

Relatório científico

Envelhecimento e Violência

PROJECTO ENVELHECIMENTO E VIOLÊNCIA



FINANCIAMENTO



Coordenação científica do Projeto Envelhecimento e Violência

Ana Paula Gil

Equipa de investigação:

DEP/INSA

Ana Paula Gil

Ana João Santos

Irina Kislaya

Baltazar Nunes

Direção-Geral do Território

Rita Nicolau

CESNOVA/FCSH

Ana Alexandre Fernandes

Inês Gomes

Paula Lobato Faria

APAV

Maria Oliveira

João Lázaro

INMLCF, IP

César Santos

Duarte Nuno Vieira

ISS, IP

Sofia Rasgado

GNR

Luísa Mascoli

António José Leal

Alexandra Inácio Ferreira

Colaboradores no projeto:

Carlos Matias Dias (DEP/INSA), Rita Marques (DEP/INSA), Glória Pargana (ISS, IP), Maria João Bárrio (CESNOVA/FCSH)

Conteúdo

Sumário executivo	1
Introdução.....	7
Capítulo I: Enquadramento, questões teóricas e metodológicas	8
1. Estudos de prevalência: <i>uma revisão de literatura</i>	8
2. Um modelo de análise para o estudo da violência.....	23
Capítulo II: Fase exploratória, contributos da abordagem qualitativa	29
Introdução	29
1. Enquadramento jurídico-legal.....	29
2. Abordagem qualitativa no desenvolvimento de dois estudos quantitativos	31
3. Definição operacional e modelo de análise.....	40
Capítulo III: Estudo populacional sobre violência	44
Introdução	44
1. Metodologia.....	44
2. Aspectos éticos e deontológicos.....	52
3. Implementação.....	53
4. Tratamento de dados e análise estatística	55
5. Resultados.....	61
5.1. Caracterização sociodemográfica e socioeconómica da população.....	61
5.2. Estado de saúde, estado funcional e redes de suporte social da população.....	70
5.3. Prevalência da violência em 12 meses	86
5.4. Caracterização do agressor: fatores associados.....	120
5.5. Apresentação de queixa ou denúncia das situações de negligência e violência a terceiros	126
Discussão dos resultados	132
Capítulo IV: Estudo sobre vítimas de violência	141
Introdução	141
<i>Subcapítulo IV.1: Inquérito presencial às vítimas</i>	<i>142</i>
1. Metodologia.....	142
2. Apresentação dos resultados.....	151
2.1. Caracterização sociodemográfica dos respondentes.....	151
2.2. Caracterização socioeconómica.....	154
2.3. Comparação de perfis sociodemográficos dos respondentes entre instituições.....	159
2.4. Estado de saúde.....	161
2.5. Redes de suporte informal e formal	164
2.6. Caracterização das experiências de violência vivenciadas	166
2.7. Caracterização do agressor: fatores associados.....	181

2.8. Apresentação prévia de queixa/denúncia	189
Discussão de resultados	196
<i>Subcapítulo IV.2: Violência física em contexto familiar - a perspectiva forense.....</i>	<i>202</i>
Introdução	202
1. Apresentação de resultados	202
1.1. Caracterização das vítimas e dos agressores	202
1.2. Caracterização das condições de ocorrência dos casos da violência e resultados da avaliação pericial	204
Discussão	207
<i>Subcapítulo IV.3: Denúncias telefônicas de situações de violência - APAV.....</i>	<i>210</i>
Introdução	210
1. Resultados.....	210
1.1. Validação dos dados.....	210
1.2. Caracterização das denúncias e denunciantes.....	212
1.3. Caracterização das vítimas de violência participada à APAV	214
1.4. Tipo de contacto vs. Características das vítimas	217
1.5. Caracterização das ocorrências da violência participadas à APAV	218
1.6. Caracterização dos agressores	222
Algumas notas conclusivas	227
Capítulo V. Fatores de risco de violência física contra as pessoas com 60 e mais em contexto familiar - caso controlo	228
Introdução	228
1. Apresentação de resultados	229
1.1. Caracterização dos participantes.....	229
1.2. Avaliação dos fatores de risco	230
1.3. Análise multivariada.....	232
Discussão	234
Capítulo VI. Entrevistas em profundidade.....	236
Introdução	236
O Método	236
Violência filial: <i>retratos de vitimização</i>	238
Violência conjugal: <i>retratos de vitimização</i>	256
Violência por outros familiares: <i>retratos de vitimização</i>	270
Considerações finais	275
Capítulo VII. Recomendações.....	278
Agradecimentos	283
Referências.....	286

Índice de quadros, figuras e gráficos

Quadro 1. Síntese das definições conceituais e operacionais dos estudos de prevalência revistos	12
Quadro 2. Síntese dos resultados dos estudos de prevalência revistos.....	14
Quadro 3. Potenciais determinantes das vítimas	19
Quadro 4. Taxas de resposta e taxas de prevalência dos estudos revistos	22
Quadro 5. Tipificação de condutas segundo formas de violência	31
Quadro 6. Variáveis incluídas nos dois estudos: sobre a violência e sobre vítimas	49
Quadro 7. Itens da GDS5.....	50
Quadro 8. Distribuição dos contatos gerados segundo tipo de rede e o resultado do contacto telefónico	54
Quadro 9. Número de marcações necessárias para estabelecimento.....	55
Quadro 10. Distribuição dos inquiridos por região.....	57
Quadro 11. Fatores de ponderação por região	58
Quadro 12. Comparação da distribuição por sexo e grupos etários da amostra e da população	59
Quadro 13. Fatores de correção por sexo e grupo etário	60
Quadro 14. Distribuição da população segundo grupos etários agregados	61
Quadro 15. Distribuição da população segundo o estado civil	61
Quadro 16. Distribuição da população segundo o estado civil agregado	62
Quadro 17. Dimensão dos agregados familiares.....	63
Quadro 18. Distribuição da população segundo o nível de escolaridade	64
Quadro 19. Distribuição da população segundo níveis de escolaridade agregados.....	64
Quadro 20. Distribuição da população segundo a situação perante o trabalho (ocupação)	65
Quadro 21. Distribuição da população segundo a profissão	66
Quadro 22. Distribuição da população segundo o regime de ocupação da habitação.....	66
Quadro 23. Distribuição da população segundo o rendimento económico mensal	67
Quadro 24. Distribuição da população por segmentos socioeconómicos e profissionais	69
Quadro 25. Existência de Doença crónica diagnosticada pelo médico.....	70
Quadro 26. Prevalência de doenças, classificadas de acordo com a CID-9, na população	72
Quadro 27. Prevalência de doenças, classificadas de acordo com a CID-9, segundo o sexo	73
Quadro 28. Prevalência de cada grupo de doença na população segundo grupos etários.....	73
Quadro 29. Prevalência de sintomas depressivos na população	74
Quadro 30. Prevalência de sintomas depressivos segundo o sexo, grupos etários, estado de saúde física e tipologia socioeconómica.....	75
Quadro 31. Atividades da vida diária	76
Quadro 32. Grau de incapacidade da população.....	77
Quadro 33. Prevalência de sintomas depressivos segundo o estado funcional	79
Quadro 34. Elementos que integram a rede social informal da população	80
Quadro 35. Perceção do apoio recebido através da rede social informal.....	84
Quadro 36. Apoio recebido através da rede social formal.....	85
Quadro 37. Prevalência de sintomas depressivos segundo o apoio social (formal e informal) recebido.....	86

Quadro 38. Avaliação do conhecimento de situações de violência contra terceiros na rede de contatos da população com 60+ anos.....	87
Quadro 39. Caracterização da população que tem conhecimento de casos de violência contra terceiros segundo o sexo e grupos etários	87
Quadro 40. Caracterização da população que tem conhecimento de casos de violência contra terceiros segundo o estado civil	88
Quadro 41. Caracterização da população que tem conhecimento de casos de violência contra terceiros segundo o nível de escolaridade.....	88
Quadro 42. Caracterização do tipo de violência contra terceiros que é do conhecimento da população estudada.....	88
Quadro 43. Locais de ocorrência dos atos de violência contra terceiros que são do conhecimento da população estudada	90
Quadro 44. Prevalência de diferentes tipos de violência na população com 60+ anos.....	91
Quadro 45. Prevalência da violência global segundo o sexo e grupos etários	93
Quadro 46. Estimativas da prevalência global por região	94
Quadro 47. Estimativas de prevalência da violência global segundo o estado civil.....	94
Quadro 48. Estimativas de prevalência da violência global segundo o tipo de família	94
Quadro 49. Estimativas de prevalência da violência global segundo o nível de escolaridade ...	95
Quadro 50. Estimativas de prevalência da violência global segundo a tipologia socioeconômica	95
Quadro 51. Estimativas de prevalência da violência global segundo o rendimento	96
Quadro 52. Estimativas de prevalência da violência global segundo o estado de saúde	96
Quadro 53. Estimativas de prevalência da violência global segundo o nível de funcionalidade	97
Quadro 54. Estimativas de prevalência da violência global segundo a percepção do apoio da rede social informal.....	97
Quadro 55. Estimativas de prevalência da violência global segundo a utilização de serviços de apoio social.....	97
Quadro 56. Fatores de risco associados à violência global: Modelo de regressão logística.....	100
Quadro 57. Prevalência da violência financeira, segundo os tipos de conduta.....	101
Quadro 58. Prevalência da violência financeira segundo regiões	102
Quadro 59. Prevalência da violência financeira nos grupos específicos	103
Quadro 60. Prevalência da violência psicológica, segundo os tipos de conduta	104
Quadro 61. Prevalência da violência psicológica segundo a região.....	104
Quadro 62. Prevalência da violência psicológica nos grupos específicos.....	106
Quadro 63. Prevalência da violência física, segundo os tipos de conduta	107
Quadro 64. Tipo de relação das vítimas de violência global com o agressor	109
Quadro 65. Tipo de relação das vítimas de violência financeira com o agressor.....	110
Quadro 66. Tipo de relação das vítimas de violência psicológica com o agressor	111
Quadro 67. Tipo de relação das vítimas de violência física com o agressor.....	111
Quadro 68. Grupos geracionais dos “outros familiares” em relação à idade da vítima	113
Quadro 69. Distribuição das vítimas de violência segundo o sexo e grupos etários.....	114
Quadro 70. Distribuição das vítimas de violência segundo o estado civil.....	114
Quadro 71. Distribuição das vítimas de violência segundo a dimensão do agregado familiar.	115
Quadro 72. Distribuição das vítimas de violência segundo níveis de escolaridade.....	115

Quadro 73. Distribuição das vítimas de violência segundo o regime de ocupação da habitação	116
Quadro 74. Distribuição das vítimas de violência segundo o rendimento económico mensal	116
Quadro 75. Distribuição das vítimas de violência por segmentos socioeconómicos e profissionais.....	117
Quadro 76. Prevalência de doença crónica diagnosticada pelo médico nas vítimas	117
Quadro 77. Prevalência de doenças, classificadas de acordo com a CID-9, na população das vítimas.....	118
Quadro 78. Prevalência de sintomas depressivos na população das vítimas.....	119
Quadro 79. Distribuição das vítimas segundo o estado funcional.....	119
Quadro 80. Apoio recebido pelas vítimas através da rede social formal.....	119
Quadro 81. Perceção do apoio recebido pela vítima através da rede social informal	120
Quadro 82. Distribuição dos agressores segundo o tipo de relação com a vítima.....	121
Quadro 83. Distribuição dos agressores por grupos etários segundo o tipo de relação com a vítima	122
Quadro 84. Caracterização dos agressores responsáveis pelo ato mais grave identificado pela vítima	123
Quadro 85. Características do agressor segundo o tipo de relação do agressor com a vítima..	124
Quadro 86. Características do agressor segundo o tipo de violência.....	125
Quadro 87. Apresentação de queixa/denúncia.....	126
Quadro 88. Entidades contactadas pelas vítimas para a apresentação de queixa/denúncia ..	129
Quadro 89. Motivos evocados para a não apresentação de queixa/ denúncia sobre a situação de violência	129
Quadro 90. Motivos evocados para a não apresentação de denúncia/queixa segundo tipos de violência	130
Quadro 91. Síntese dos instrumentos desenvolvidos	145
Quadro 92. Síntese das formações e materiais desenvolvidos	148
Quadro 93. Distribuição dos questionários por instituição de recolha dos dados.....	149
Quadro 94. Distribuição dos respondentes segundo o sexo e os grupos etários	151
Quadro 95. Distribuição dos respondentes por Região.....	151
Quadro 96. Distribuição das vítimas segundo o estado civil.....	152
Quadro 97. Dimensão dos agregados familiares.....	153
Quadro 98. Distribuição dos respondentes segundo o tipo da família.....	153
Quadro 99. Distribuição dos respondentes segundo o nível de ensino frequentado	154
Quadro 100. Distribuição dos respondentes segundo a situação atual perante o trabalho	155
Quadro 101. Distribuição das participantes segundo a profissão (classificação CPP)	155
Quadro 102. Distribuição dos respondentes segundo a situação na profissão	157
Quadro 103. Distribuição dos respondentes segundo o escalão do rendimento	157
Quadro 104. Distribuição dos respondentes segundo o regime de ocupação da habitação ...	157
Quadro 105. Distribuição dos respondentes por segmentos socioeconómicos e profissionais	159
Quadro 106. Perfil das vítimas segundo a entidade de recolha dos dados.....	160
Quadro 107. Distribuição dos respondentes segundo doenças crónicas.....	161
Quadro 108. Distribuição dos respondentes segundo as doenças crónicas reportadas.....	161
Quadro 109. Avaliação dos sintomas depressivos nos grupos específicos.....	162

Quadro 110. Capacidade funcional por tipo de AVD	163
Quadro 111. Distribuição dos respondentes segundo a percepção do apoio da rede social.....	165
Quadro 112. Distribuição dos respondentes segundo a frequência dos serviços de apoio.....	165
Quadro 113. Tipo de violência.....	167
Quadro 114. Distribuição da violência física segundo os tipos de conduta.....	168
Quadro 115. Condutas de violência psicológica	169
Quadro 116. Condutas de violência financeira	170
Quadro 117. Percentagem da violência sexual e negligência	171
Quadro 118. Relação das vítimas com os responsáveis pelas condutas da violência física, por tipo de conduta.....	172
Quadro 119. Relação das vítimas com os responsáveis pelas condutas da violência psicológica, por tipo de condutas	173
Quadro 120. Relação das vítimas com os responsáveis pelas condutas da violência financeira, por tipo de conduta.....	175
Quadro 121. Relação da vítima com os responsáveis pela negligência	177
Quadro 122. Distribuição das vítimas segundo o número de condutas de violência experienciadas.....	177
Quadro 123. Distribuição das vítimas segundo a coocorrência de tipos da violência.....	178
Quadro 124. Frequências absolutas e relativas da polivitimização nos grupos específicos dos respondentes.....	179
Quadro 125. Frequências absolutas e relativas da polivitimização nos grupos específicos dos respondentes segundo a percepção do apoio e utilização dos serviços.....	180
Quadro 126. Ato de violência percebido como mais grave pelos respondentes recrutados por ISS, IP, GNR e APAV	181
Quadro 127. Distribuição dos agressores segundo o tipo de relação com a vítima.....	182
Quadro 128. Caracterização dos agressores responsáveis pelo ato mais grave identificado pela vítima	184
Quadro 129. Tipo de laço familiar entre vítimas e agressores segundo o tipo de vítimas.....	187
Quadro 130. Caracterização dos agressores responsáveis pelo ato de violência mais grave segundo o tipo de vítimas.....	187
Quadro 131. Modelo de regressão logística: fatores associados à vulnerabilidade na polivitimização.....	189
Quadro 132. Apresentação anterior de queixa/denúncia.....	190
Quadro 133. Apresentação anterior de queixa/denúncia segundo as características sociodemográficas da vítima.....	190
Quadro 134. Apresentação anterior de queixa/denúncia segundo o tipo de relação com o agressor.....	191
Quadro 135. Apresentação anterior de queixa/denúncia segundo o tipo de violência	191
Quadro 136. Apresentação de queixa/denúncia segundo o tipo de vitimização.....	191
Quadro 137. Apresentação de queixa/denúncia segundo a percepção do apoio informal.....	192
Quadro 138. Apresentação de queixa/denúncia segundo frequência de serviços	192
Quadro 139. Apresentação de queixa/denúncia segundo a coabitação com o agressor	193
Quadro 140. Apresentação de queixa/denúncia segundo a relação conflituosa prévia com o agressor.....	193
Quadro 141. Número de instituições contactadas pelas vítimas	194

Quadro 142. Instituições contactadas pelas vítimas de violência	194
Quadro 143. Motivos da inibição para a denúncia	195
Quadro 144. Distribuição dos casos por região segundo o local de residência da vítima.....	203
Quadro 145. Distribuição das vítimas segundo os grupos etários e o sexo.....	203
Quadro 146. Caracterização do agressor e do tipo da relação com a vítima	204
Quadro 147. Súmula dos instrumentos contundentes mais frequentemente reportados pela vítima	204
Quadro 148. Assistência médica e internamento hospitalar das vítimas	205
Quadro 149. Período de tempo decorrido até ao exame médico-legal.....	205
Quadro 150. Existência de elementos para valorização da agressão física.....	205
Quadro 151. Tipo de lesões.....	206
Quadro 152. Distribuição das lesões por segmento corporal.....	206
Quadro 153. Período de doença, de afetação das capacidades gerais e das capacidades profissionais.....	207
Quadro 154. Consequências para a saúde da vítima	207
Quadro 155. Resumo de trabalho de campo e validação das fichas de denúncia	211
Quadro 156. Distribuição das denúncias apresentadas segundo o tipo de denunciante.....	213
Quadro 157. Distribuição das denúncias apresentadas por familiares das vítimas segundo o grau de parentesco do denunciante com a vítima	214
Quadro 158. Distribuição geográfica das participações segundo o distrito da residência da vítima	215
Quadro 159. Distribuição das vítimas da violência denunciada segundo o estado civil.....	215
Quadro 160. Dimensões dos agregados familiares das vítimas	216
Quadro 161. Distribuição das vítimas segundo a situação familiar.....	216
Quadro 162. Distribuição das vítimas segundo a situação atual perante o trabalho.....	217
Quadro 163. Tipo de violência.....	218
Quadro 164. Condutas denunciadas	219
Quadro 165. Tipo de relação da vítima com o agressor.....	223
Quadro 166. Distribuição dos participantes (casos e controlos) segundo as características demográficas, sociais e do estado de saúde.....	230
Quadro 167. Estimativas de risco de vitimização por agressão física, em contexto familiar, associado às características sociodemográficas, de saúde e suporte social.....	231
Quadro 168. Estimativas ajustadas OR de vitimização associadas com vários fatores sociodemográficos	233
Quadro 169. Estimativas ajustadas OR de vitimização associadas com estado de saúde e estado funcional	234

Figura 1. Sistematização das teorias explicativas	24
Figura 2. Modelo conceptual em três níveis da violência contra as pessoas idosas	28
Figura 3. Condutas avaliadas.....	42
Figura 4. Modelo de análise do projeto “Envelhecimento e violência”	43
Figura 5. Segmentos socioeconómicos e profissionais identificados.....	68
Figura 6. Locais de aplicação do questionário às vítimas	143
Figura 7. Distribuição do número de questionários recolhidos ao longo do país	152

Gráfico 1. Razões de recusa	54
Gráfico 2. Distribuição da população com 60+ anos por região.....	57
Gráfico 3. Comparação das pirâmides etárias da amostra e da população.....	59
Gráfico 4. Distribuição da população segundo o estado civil e o género.....	62
Gráfico 5. Famílias clássicas com e sem núcleo familiar.....	63
Gráfico 6. Habilitações literárias da população segundo o género	65
Gráfico 7. Indicador socioprofissional individual de classe (ISPI)	67
Gráfico 8. Número de doenças descritas pela população que possui uma ou mais doenças crónicas.....	71
Gráfico 9. Número de doenças descritas pela população que possui uma ou mais doenças crónicas, segundo o sexo	71
Gráfico 10. Grau de incapacidade da população segundo o sexo	77
Gráfico 11. Grau de incapacidade segundo o grupo etário	78
Gráfico 12. Quem ajuda a população feminina em situação de incapacidade	81
Gráfico 13. Quem ajuda a população masculina em situação de incapacidade	81
Gráfico 14. Perceção do apoio recebido pela rede social informal: “Tem pessoas suficientes em que se apoiar quando precisa?”	82
Gráfico 15. Perceção do apoio recebido pela rede social informal segundo o tipo de agregado doméstico.....	83
Gráfico 16. Perceção do apoio recebido pela rede social informal segundo o tipo de agregado doméstico.....	84
Gráfico 17. Apoio social formal recebido pela população, segundo tipos de apoio.....	85
Gráfico 18. Conhecimento de situações de violência contra terceiros na rede de contactos da população com 60+ anos, segundo a experiência de alguma forma de violência	89
Gráfico 19. Autores dos atos de violência contra terceiros que são do conhecimento da população estudada	89
Gráfico 20. Frequência das condutas da violência sofridas pelas vítimas de múltiplos tipos de violência	91
Gráfico 21. Ilustração da frequência das condutas mais reportadas pela polivítimas.....	92
Gráfico 22. Prevalência da violência global segundo grupos etários e sexo.....	93
Gráfico 23. Frequência de ocorrência da conduta “Roubo e/ou utilização objetos e/ou bens contra a vontade do próprio” num período de 12 meses	101
Gráfico 24. Frequência de ocorrência das condutas Bater/agredir e Impedir de falar/estar com outras pessoas.....	108
Gráfico 25. Número de condutas cometidas segundo o tipo de relação entre vítima e agressor	110

Gráfico 26. Número de doenças descritas pelas vítimas que possuem uma ou mais doenças crônicas.....	118
Gráfico 27. Distribuição dos agressores responsáveis pelo ato mais grave segundo grupos etários.....	122
Gráfico 28. Apresentação de queixa/denúncia segundo o tipo de relação da vítima com o agressor.....	127
Gráfico 29. Apresentação de queixa/denúncia segundo o número de condutas a que a vítima foi sujeita.....	127
Gráfico 30. Apresentação da queixa/ denúncia segundo o tipo de violência a que a vítima foi sujeito	128
Gráfico 31. Distribuição dos respondentes segundo estado civil, desagregada por sexo.....	153
Gráfico 32. Distribuição dos respondentes segundo o nível de ensino frequentado por sexo	154
Gráfico 33. Distribuição das participantes do sexo masculino (n=111) segundo a profissão (classificação CPP).....	156
Gráfico 34. Distribuição das participantes do sexo feminino (n=358) segundo a profissão (classificação CPP).....	156
Gráfico 35. Indicador socioprofissional individual de classe (ISPI)	158
Gráfico 36. Distribuição dos respondentes segundo o nível de escolaridade por entidade de recolha dos dados	160
Gráfico 37. Distribuição dos respondentes (N=508) segundo o nível de incapacidade.....	163
Gráfico 38. Distribuição dos respondentes (N=508) segundo o nível de incapacidade e o sexo	164
Gráfico 39. Distribuição dos respondentes segundo o nível de incapacidade e o grupo etário	164
Gráfico 40. Distribuição dos respondentes com incapacidade (N=60) segundo os elementos que integram a rede social informal	165
Gráfico 41. Sinalização dos casos da violência financeira, psicológica e física por Entidade ...	167
Gráfico 42. Sinalização dos casos da violência sexual e da negligência por entidade	168
Gráfico 43. Frequência de ocorrência das condutas de violência física.....	169
Gráfico 44. Frequência de ocorrência das condutas de violência financeira.....	170
Gráfico 45. Frequência de ocorrência da violência sexual.....	171
Gráfico 46. Relação das vítimas de violência física com os agressores segundo o género da vítima por tipo de conduta.....	173
Gráfico 47. Relação das vítimas de violência psicológica com os agressores segundo o género da vítima	174
Gráfico 48. Relação com os agressores segundo o género da vítima da violência financeira..	176
Gráfico 49. Condutas da violência referenciadas pelas polivítimas.....	179
Gráfico 50. Sentimentos e emoções predominantes nas situações de violência.....	181
Gráfico 51. Tipo de relação da vítima com o agressor segundo o sexo da vítima.....	183
Gráfico 52. Distribuição dos agressores identificados pelas vítimas segundo o grupo etário..	183
Gráfico 53. Coabitação do agressor com a vítima segundo o laço social (N=504)	185
Gráfico 54. Relação conflituosa do agressor com a vítima segundo o laço social (N=492).....	185
Gráfico 55. Dependência financeira do agressor face à vítima segundo o laço social (N=491)	186
Gráfico 56. Isolamento social do agressor face à vítima segundo o laço social (N=482).....	186
Gráfico 57. Resumo dos resultados da validação das fichas de denúncia.....	212

Gráfico 58. Distribuição dos casos de violência participados pela rede nacional de gabinetes de apoio a vítima (N=404)	212
Gráfico 59. Denúncias efetuadas (mensalmente) (N=404).....	213
Gráfico 60. Distribuição dos contactos feitos por parte de instituições ou técnicos segundo o tipo de instituição (N=32)	214
Gráfico 61. Distribuição das vítimas da violência denunciada segundo o estado civil e sexo (N=359)	216
Gráfico 62. Distribuição dos casos denunciados por grupo etário da vítima e tipo de denúncia	218
Gráfico 63. Distribuição dos casos denunciados segundo a situação familiar e tipo de denúncia	218
Gráfico 64. Frequências de ocorrência das condutas denunciadas da violência financeira.....	220
Gráfico 65. Frequências de ocorrência das condutas denunciadas da violência física e sexual	220
Gráfico 66. Tipo de relação da vítima com o agressor nas condutas da violência financeira...	221
Gráfico 67. Tipo de relação da vítima com o agressor nas condutas da violência psicológica.	221
Gráfico 68. Tipo de relação da vítima com o agressor nas condutas da violência física e sexual	222
Gráfico 69. Tipo de relação da vítima com o agressor nas condutas da negligência.....	222
Gráfico 70. Coabitação com agressor.....	223
Gráfico 71. Relação conflituosa de agressor com a vítima ou outros familiares	224
Gráfico 72. Saúde mental do agressor.....	224
Gráfico 73. Dependências e comportamentos aditivos do agressor	225
Gráfico 74. Problemas do jogo	225
Gráfico 75. Problema de isolamento social do agressor	226
Gráfico 76. Agressor foi vítima de violência na infância.....	226
Gráfico 77. Dependência financeira do agressor face à vítima.....	226

Sumário executivo

Introdução

- O projeto Envelhecimento e Violência (2011-2014), financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia teve como entidade proponente o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP (Departamento de Epidemiologia) e como entidades parceiras: CESNOVA da Faculdade Ciências Sociais e Humanas da UNL (CESNOVA/FCSH); Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (INMLCF, IP); Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV); Instituto da Segurança Social, IP (ISS, IP) e Guarda Nacional Republicana (GNR).
- Pretendeu contribuir para o conhecimento da dimensão e características do fenómeno da violência (física, psicológica, financeira, sexual e negligência) contra pessoas com 60 e mais anos, em contexto familiar, residentes em Portugal, de modo a estimar a sua prevalência e identificar os fatores de risco que contribuem para a sua ocorrência. Para alcançar este objetivo realizaram-se dois estudos, que integraram o projeto “Envelhecimento e violência”: o estudo populacional sobre violência e o estudo sobre vítimas de violência.
- O projeto desenvolveu uma abordagem compreensiva ao fenómeno utilizando metodologias qualitativas e quantitativas.
- Na fase exploratória do projeto foram realizadas **entrevistas exploratórias** (n=13) e **focus group** (n=60), de modo a analisar e delimitar as definições conceituais e operacionais, adequar os domínios a incluir nos dois inquéritos (populacional sobre a violência e sobre vítimas de violência) e explorar a melhor forma de abordar potenciais participantes;
- O **estudo populacional sobre a violência** compreendeu uma amostra de 1123 pessoas, com 60+ anos, residentes em domicílios particulares em Portugal (continental e ilhas). Teve como objetivos:
 - Estimar a proporção de pessoas com 60+ anos (prevalência) na população portuguesa sujeita a violência, em contexto familiar, nos 12 meses anteriores à entrevista;
 - Caracterizar os agressores;
 - Avaliar os fatores de risco das vítimas;
 - Identificar os fatores protetores;
 - Conhecer perceções coletivas face à violência.
- O **estudo sobre vítimas de violência** compreendeu uma amostra de 510 vítimas de violência, com 60+ anos, residentes em domicílios particulares em Portugal, sinalizadas pelas entidades-parceiras: APAV; INMLCF, IP; ISS, IP e GNR. Teve como objetivos:
 - Aprofundar e caracterizar o conhecimento dos processos e condições de violência no contexto da vida familiar (tipos de condutas, frequência, sentimentos associados à vitimização);
 - Identificar os fatores de risco das vítimas;
 - Identificar os fatores protetores;
 - Compreender as trajetórias das vítimas na rede institucional.

- A análise sobre os **fatores de risco da violência física (caso-controlo)** avaliou o risco de vivenciar a agressão física em relação a alguns fatores demográficos, socioeconómicos e de saúde. Como variáveis destacam-se o sexo, a idade, a coabitação, o estado civil, as habilitações literárias, o estado funcional e o apoio social. Realizou-se um estudo epidemiológico do tipo - caso-controlo - tendo como amostra 276 casos de vítimas de alegada agressão física, com 60+ anos residentes em Portugal Continental em domicílios particulares, que tinham apresentado queixa/denúncia na GNR, ISS, IP, APAV ou foram alvo de perícia médico-legal no INMLCF, IP. Os 712 controlos foram selecionados da população da mesma área geográfica por amostragem aleatória, via geração aleatória dos números de telefone.
- Após a recolha e análise estatística dos dados foram ainda realizadas **entrevistas em profundidade** (n=19). Estas tiveram como objetivo aprofundar o conhecimento das dinâmicas da vitimização das pessoas idosas, contribuindo ainda para aprofundar algumas dimensões das tipologias resultantes da análise estatística.

ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS E FOCUS GROUP: PRINCIPAIS RESULTADOS

- As representações sociais da velhice abarcam conceções e interpretações da realidade social assentes em imagens estereotipadas e em crenças culturais com um posicionamento dual: envelhecimento como aprendizagem/ sabedoria e envelhecimento como doença/ dependência/ problema.
- A violência surge associada ao envelhecimento enquanto problema, pela doença e vulnerabilidades associadas.
- A violência suscita semelhanças, mas também diferentes entendimentos por parte de vítimas e não vítimas (população em geral):
 - Em ambos os grupos a extensão da violência excede as condutas e comportamentos considerados abusivos e retratados na literatura: é também falta de apoio (moral, emocional), distanciamento (físico e psicológico) e abandono.
 - No grupo das não vítimas a violência é associada a uma perda de valores sociais e familiares; argumento raramente invocado pelo grupo de vítimas.
 - As vítimas salientam, entre outros aspetos, a progressiva deterioração das relações interpessoais, exacerbada quer pela perda da figura masculina (geralmente paterna), quer pelo aumento da fragilidade física da vítima por uma situação de doença ou incapacidade.

ESTUDO POPULACIONAL SOBRE A VIOLÊNCIA: PRINCIPAIS RESULTADOS

Prevalência da violência global nos últimos 12 meses

- Estimou-se que 12.3% da população com 60+ anos foi vítima de, pelo menos, uma conduta de violência, nos 12 meses anteriores à entrevista, por parte de um familiar, amigo, vizinho ou profissional remunerado.
- Entre Outubro de 2011 e Outubro de 2012, estima-se que o problema tenha afetado cerca de 314291 pessoas com 60+ anos a residir em Portugal.

Prevalência dos tipos de violência nos últimos 12 meses

- A violência *financeira* e a *psicológica* foram as mais frequentes, cada afetando 6.3% da população com 60+ anos.
- Na violência *física* obteve-se uma frequência de 2.3%.
- Os tipos menos frequentes foram a *negligência*, que afetou 0.4% da população, e a violência *sexual* com uma frequência de 0.2%.
- Das pessoas com 60+ anos que foram vítimas de situações de violência, a maioria (72.1%) vivenciou um único tipo de violência. Cerca de 3.4% referiu ter experienciado mais do que um tipo de violência.

Fatores associados à violência

- *Idade*: nos indivíduos com idade superior a 76 anos, o risco de se ser vítima aumentou 10% por cada ano de idade.
- *Incapacidade funcional*: o risco de se ser vítima de violência nas pessoas que precisam de ajuda nas atividades da vida diária (AVD) foi o dobro do apresentado pelas pessoas independentes.
- *Escolaridade*: a escolaridade foi um fator protetor da violência. Os indivíduos que concluíram o 2º e 3º ciclo são os que estarão em menor risco. O risco de se ser vítima de violência para este grupo de indivíduos é 83% inferior ao risco dos indivíduos sem escolaridade.

Agressores

- Considerando a *violência global*, os principais agressores foram: outros familiares (27%); descendentes (16.1%); (ex)cônjuges ou (ex)companheiros (13.4%) e amigos/vizinhos (11.6%). Cerca de 13.5% recusou identificar o agressor.
- a) *Violência financeira*: descendentes (26.1%); outros familiares (25.9%); amigos/vizinhos (11.6%); profissional remunerado (10.8%).
- b) *Violência psicológica*: outros familiares (37.4%); (ex)cônjuges ou (ex)companheiros (29.6%); amigos/vizinhos (12.6%) e descendentes (11.6%).
- c) *Violência física*: (ex)cônjuges ou (ex)companheiros (56.4%); descendentes (24.3%); outros familiares (10.5%) e amigos/vizinhos (2.5%).
- d) No caso de *violência sexual* os atos foram perpetrados por outro familiar e amigo/vizinho. As categorias dos agressores identificados como responsáveis pela *negligência* foram: filha, outro familiar e amigo/vizinho.

Denúncia

- Estimou-se que cerca de 64.9% das vítimas de crime e violência não falou, nem contactou ou apresentou queixa sobre a situação vivida.
- Quando procurou ajuda, 20.7% dirigiu-se às forças de segurança (PSP ou GNR) para denunciar a sua situação de vitimização; 7% partilhou a sua história de violência com a rede informal e 4.5% procurou auxílio de um profissional de saúde.
- Alguns dos principais motivos evocados pelas vítimas para não denunciarem ou apresentarem queixa foram: considerar que o incidente foi irrelevante (38.1%); a importância da família e dos laços afetivos com o agressor (10.5%) e o medo (5.9%).

ESTUDO SOBRE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: PRINCIPAIS RESULTADOS

Caracterização das vítimas

- Predominaram as mulheres (76.1%) e o grupo etário dos 60 aos 69 anos (49.8%).
- Mais de metade dos participantes era casada (61.5%) e residia em núcleo familiar composto sobretudo por duas pessoas (57.2%).
- A maioria frequentou o ensino básico (65.7%) ou não tinha escolaridade (22.9%), encontrava-se em situação de reforma (78.8%) e auferia um rendimento considerado baixo, até 500 euros (66.4%).
- Cerca de um terço das vítimas (23.0%) tinha dificuldade na realização de pelo menos uma das atividades da vida diária e 76.3% referiu ter pelo menos uma doença crónica.

Caracterização da violência vivenciada

- Considerando os cinco tipos de violência avaliados, os respondentes reportaram mais frequentemente a violência *física* (87.8%), a violência *psicológica* (69.6%) e a violência *financeira* (47.5%). Ainda que em menor proporção, 7.5% foi alvo de violência *sexual* e somente 6.5% foi vítima de *negligência*.
- As agressões denunciadas pelas vítimas, independentemente da sua natureza, ocorreram de forma recorrente (mais do que uma vez).
- A maioria das vítimas vivenciou múltiplos tipos de violência (74.1%) - *polivitimização*. As condutas mais reportadas foram o “bater/agredir” (89.2%) e o “gritar” (78.0%), seguidas do “ameaçar” (48.3%), do “ignorar” (47.4%) e do “roubo” (46.4%).

Fatores associados à polivitimização

- *Coabitação*: os indivíduos que viviam em coabitação com o agressor evidenciaram uma possibilidade acrescida de serem polivítimas.
- *Relação conflituosa com o agressor*: a existência de uma relação conflituosa prévia à ocorrência da violência é um fator de risco face à polivitimização.
- *Rede social informal*: os indivíduos que afirmam ter pouco apoio da rede informal estavam em maior risco de experienciar polivitimização.

Agressores

- Os principais agressores de *violência física* e de *violência psicológica* foram os/as (ex)cônjuges ou (ex)companheiros, seguidos dos descendentes.
- Na *violência financeira*, os descendentes e os (ex)cônjuges ou (ex)companheiros constituíram os principais agressores.
- A *violência sexual* ocorreu maioritariamente no âmbito das relações conjugais (94.6%).
- Na *negligência* as vítimas indicaram os (ex) cônjuges/(ex) companheiros (39.4%), seguidos dos filhos/enteados como os principais agressores.

Diferenças no laço com o agressor, de acordo com o sexo da vítima

- *Violência física* - Na conduta “bater/agredir” as vítimas do sexo feminino referenciaram como agressor os (ex)cônjuges/companheiros (54.4%) seguido dos descendentes do sexo masculino (28.4%), enquanto as vítimas do sexo masculino indicaram sobretudo os descendentes do sexo masculino (44.7%).

- *Violência psicológica* - Em todas as condutas (“ignorar”, “gritar” e “ameaçar”) as mulheres reportaram mais frequentemente os (ex) cônjuges/companheiros como os principais agressores, seguidos dos descendentes do sexo masculino. Contrariamente, as vítimas do sexo masculino indicaram sobretudo os descendentes do sexo masculino, seguidos das (ex) cônjuges/companheiras.
- *Violência financeira* - Os descendentes desempenharam o papel de agressor principal nas vítimas de ambos os sexos e em todas as condutas (“roubo”; “ser forçado a conceder direitos legais”; “apropriação de casa”), exceto na “não contribuição para as despesas do domicílio”. Nesta conduta os cônjuges/companheiros foram identificados como agressores, com maior frequência pelas mulheres.

Episódio mais grave e sentimentos associados

- Das várias condutas vivenciadas, o “bater/agredir” (32.4%), o “ameaçar” (17.9%) e o “gritar” (14.5%) foram os episódios mais frequentemente indicados como sendo o mais grave.
- O episódio mais grave evocou nas vítimas de violência, principalmente sentimentos de medo (48.2%), de tristeza (45.4%) e de vergonha (27.8%).

Denúncia

- Face à situação de violência vivenciada, a maior parte das vítimas contactou apenas e pela primeira vez a instituição onde foi aplicado o questionário. Somente 20.8% afirmou ter já anteriormente recorrido a outra instituição/serviço para além daquela onde foi aplicado o questionário.
- Alguns dos principais motivos evocados pelas vítimas para não terem anteriormente denunciado ou apresentado queixa foram: o medo de represálias (33.0%), a proteção do agressor (28.9%) e a importância da família (21.4%).

CASO-CONTROLO: PRINCIPAIS RESULTADOS

- Os resultados obtidos, após ajustamento para o sexo, a idade e o estado civil, confirmam a importância do apoio social da rede informal e das habilitações literárias como fatores protetores face a violência.
 - Ter pessoas disponíveis (muitas/suficientes) na rede de apoio reduz o risco da vitimização em cerca de 78%.
 - Os níveis de escolaridade mais elevados associaram-se à redução gradual estatisticamente significativa do risco da vitimização por violência física, de 61% para o 1º ciclo do ensino básico, 79% para o 2 ou 3 ciclo e 83% para o ensino secundário ou superior comparativamente os indivíduos sem escolaridade.
 - Viver em coabitação foi um fator significativamente associado ao maior risco de violência física (OR=4.39).

ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE: PRINCIPAIS RESULTADOS

- A análise qualitativa baseou-se em dezanove entrevistas em profundidade a mulheres e homens com 60+ anos, pertencentes a um subconjunto de vítimas identificadas pela

APAV e pela GNR. Os temas abordados durante a entrevista incidiram em três linhas de problematização: (a) a história da violência, (b) as razões para a denúncia e as (c) expectativas para a intervenção.

- Os testemunhos dos entrevistados permitiram evidenciar que a violência psicológica é transversal às diferentes formas de violência doméstica quer ela seja filial, conjugal ou cometida por outros familiares. A violência financeira exercida por filhos tem, quase sempre, como objetivo ganhos financeiros, devido à ausência de rendimento e à dependência económica face aos pais. Na violência conjugal prolongada, a violência financeira surge como uma estratégia de controlo sobre as vítimas.
- Nas vítimas de violência filial há um sentimento de indignação face ao comportamento do agressor: a falta de respeito para com um pai ou uma mãe. Este sentimento apesar de estar presente nas vítimas de violência conjugal é também dirigido ao próprio (à vítima) por ter permanecido na relação, existindo um processo de auto-desvalorização. As vítimas reconhecem que o problema vivido está associado a valores socioculturais, ancorados numa identidade de género, assente na passividade do papel da mulher, mas também do medo do repúdio dos filhos pela decisão de apresentar queixa. A crença feminina de que não se rompe com o laço biológico entre mãe e filho são elementos diferenciadores entre homens e mulheres vítimas por parte dos filhos. A proteção da família e do agressor sobressaem como as principais razões para a não apresentação de queixa, quer ela seja violência filial, conjugal ou cometida por outros familiares.

Introdução

O fenómeno da violência, nas suas diferentes formas, quer ela seja contra as crianças, mulheres ou pessoas idosas é hoje reconhecido como um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos (World Health Organization, 2002a). Conhecer as condições de ocorrência e os fatores de risco associados à violência é o primeiro passo para a definição de uma estratégia de intervenção pública. É neste âmbito que a atuação em saúde pública se torna pertinente, considerando o seu objetivo – assegurar a promoção, proteção e melhoria da saúde dos indivíduos e das populações (Last, 2007).

A violência contra as pessoas idosas representa uma violação grave dos direitos humanos e ocasiona custos elevados (WHO, 2004), sejam eles de natureza social, individual, ou económica, sejam os sujeitos vítimas de violência ou meras testemunhas (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002).

O aumento da violência nas suas diferentes formas tem vindo a ser reconhecido por várias organizações internacionais como um dos mais graves problemas de saúde pública do século XXI. A maioria destas organizações tem vindo, assim, a dar prioridade ao fenómeno nas suas agendas políticas, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Comissão Europeia (CE) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

Em 1996 este reconhecimento é expresso nas intenções e recomendações produzidas na sequência da 49ª Assembleia Mundial de Saúde, sob a epígrafe “Prevention of violence: a public health priority” (WHO, 1996). Em 2002 no relatório mundial sobre a violência e a saúde, a OMS (WHO, 2002b) conclui que “a violência constitui um dos principais problemas de saúde pública no mundo” e é importante “fazer da violência uma prioridade de investigação na saúde pública” (p. xv). Deste modo, a OMS reconheceu a necessidade de desenhar uma estratégia global para a prevenção dos maus-tratos às pessoas idosas, na qual foram definidas três grandes áreas: negligência (isolamento, abandono e exclusão social); violação de direitos (humanos, legais e médicos) e a privação de direitos (tomada de decisões, situação social, gestão económica e de respeito) (WHO, 2002b).

A problemática da violência contra as pessoas idosas ganha maior visibilidade social também pelo envelhecimento demográfico que caracteriza a sociedade contemporânea. O número de indivíduos com idade superior a sessenta e cinco anos tem vindo a aumentar na generalidade dos países e na Europa em particular. Em 2009, a mediana das idades da população europeia era de 40.6 anos, mas as projeções apontam para que se atinja os 47.9 anos em 2060, consequência também da redução dos grupos mais jovens (EuroStat, 2008, 2010). De acordo com a OMS (WHO, 2008), entre 2006 e 2050 a população idosa corresponderá a cerca de 22% da população mundial e cerca de 20% desta terá uma idade superior a oitenta anos.

Portugal tem assistido a um envelhecimento acelerado. De acordo com os censos de 2011, o grupo das pessoas com 65 ou mais anos representava 19% da população residente, ou seja, dois milhões e 14 mil pessoas, percentagem superior à da União Europeia, 17.5% (Eurostat, 2013). Portugal apresenta também um dos maiores índices de dependência de

idosos na Europa dos 27 (28.9%), sendo a média Europeia de 26.2%. O envelhecimento da população portuguesa com 65 e mais anos irá agudizar-se nas próximas décadas, prevendo-se que em 2050 represente 32% do total dos efectivos populacionais.

Uma das questões essenciais que se colocam em relação ao envelhecimento demográfico é o facto de contarmos com uma vida mais longa. Em que condições é que virá a decorrer essa velhice prolongada tendo em conta os riscos associados às vulnerabilidades e fragilidades da vida na última fase do ciclo vital? Até que ponto podemos ter a segurança de envelhecermos condignamente e de não sermos vítimas de violência ou de negligência, numa fase da vida em que poderemos estar numa situação de maior vulnerabilidade física e mental? Quais os fatores que contribuem para que uma pessoa idosa se encontre numa situação de maior risco face à violência? Estas são algumas das questões de originaram o projeto Envelhecimento e Violência e que irão ser analisadas no presente estudo.

Capítulo I: Enquadramento, questões teóricas e metodológicas

1. Estudos de prevalência: *uma revisão de literatura*

Uma das primeiras etapas do projeto “Envelhecimento e violência” consistiu numa revisão sistemática dos principais estudos de prevalência nas três últimas décadas, especialmente na Europa e nos países anglo-saxónicos.

Nesta revisão pretendeu-se conhecer não só a expressão quantitativa do fenómeno nos vários países onde foram realizados inquéritos de base populacional, mas também as orientações concetuais e metodológicas que fundamentaram tais estudos, bem como os métodos estatísticos utilizados e a forma de cálculo das taxas de participação.

O acesso a várias bases de dados internacionais constituiu o principal meio de pesquisa, tendo como recurso a palavras-chave da temática em inglês e em português: *estudos de prevalência, pessoas idosas e contexto familiar*. Nesta revisão definiu-se como critérios de exclusão, os estudos que contemplavam como população alvo pessoas idosas institucionalizadas; estudos meramente descritivos ou qualitativos; estudos quantitativos baseados em amostras de conveniência e estudos que não documentavam os instrumentos de recolha de dados e/ou a análise de dados efetuada. Também foram considerados fora do âmbito do presente trabalho, estudos que contemplavam pessoas idosas institucionalizadas.

1.1. Como se define violência?

No quadro das ciências sociais e humanas a década de 90 caracterizou-se por diferentes etapas no estudo da violência contra as pessoas idosas. Na primeira fase, os estudos desenvolvidos tiveram como principal preocupação a concetualização da violência, pela dificuldade que se revestia a medição do fenómeno. A ausência de consenso marcou esta primeira fase e repercutiu-se no próprio conhecimento que se poderia ter do problema.

Neste âmbito veja-se a definição de violência formulada por três diferentes organizações. A OMS define a violência contra as pessoas idosas como: “*um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma*

peessoa mais velha” (WHO/INPEA, 2002, p3). A ONU definiu, por sua vez, a violência como *“todo o ato violento da natureza que acarreta, ou tem o risco de acarretar, um prejuízo físico, sexual ou psicológico; que pode implicar ameaças, negligência, exploração, constrangimento, privação arbitrária da liberdade, tanto no seio da vida pública e privada”* (ONU, 2002, p. 18). Já a definição avançada pela 2ª Assembleia sobre o Envelhecimento (2002) assemelha-se à adotada pela OMS: *“qualquer ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada que ocorra em qualquer relação, supostamente de confiança, que cause dano ou angústia, a uma pessoa de idade”*. As três definições propostas assentam em pressupostos comuns: um ato ou conduta, variável de acordo com a sua natureza e tipo, uma relação interpessoal de confiança e uma consequência que provoca um efeito, traduzido num dano físico e/ou mental.

A definição adotada pela OMS (WHO/INPEA, 2002) - desenvolvida inicialmente pela organização *“Action on Elder Abuse”* (1995) - parece ser uma das mais reconhecidas na literatura especializada, bem como das mais adotadas pelos movimentos políticos e Organizações Não Governamentais (Biggs & Haapala, 2010). Apesar de esta definição ter alcançado grande popularidade por englobar várias dimensões do problema, alguns aspetos são alvo de crítica, nomeadamente a sua difícil operacionalização devido à inclusão de elementos subjetivos, como a expectativa de confiança e *“mal ou aflição”* (Biggs & Haapala, 2010).

Após uma primeira fase de concetualização, sucedeu-se, uma segunda fase, em que se tipificam diferentes formas de violência: financeira, física, psicológica, sexual e a negligência (Podnieks, 1992 citada por Gil, 2010). Baseando-se numa revisão sobre a literatura, um documento da OMS sobre a *“medição”* do fenómeno considera cinco principais formas de violência contra as pessoas idosas (Perel-Levin, 2008, p.6).

A violência física é definida como o conjunto de ações levadas a cabo com intenção de causar dor física ou ferimentos ao idoso, da qual são exemplos, entre outros, as punições físicas (bater, esbofetear), empurrar, atirar um objeto e sub ou sobre medicar.

A violência psicológica, emocional e/ou verbal descreve todas as ações que infligem sofrimento, angústias ou aflição, através de estratégias verbais ou não-verbais, como são exemplo as ameaças, a humilhação, intimidação e a manipulação, entre outros.

A violência sexual refere-se ao envolvimento da pessoa idosa em atividades sexuais para as quais não deu consentimento, não quer e/ou não compreende o seu significado, tais como a intimidade não consentida, o assédio sexual ou a violação, entre outros.

A violência económica ou financeira inclui o uso ilegal ou inapropriado, por parte de cuidadores e/ou familiares, de bens, fundos ou propriedades da pessoa idosa, de que são exemplo, entre outras atividades, o roubo, a venda de propriedades ou a transferência de dinheiro sem o consentimento do proprietário.

A negligência constitui outra dimensão da violência, que compreende a recusa, omissão ou ineficácia na prestação de cuidados, obrigações ou deveres à pessoa idosa e inclui, entre outros exemplos, a recusa/omissão de alimentação, recusa/omissão de suporte material e emocional e a negligência a nível dos cuidados de higiene e de saúde.

Considerando a intencionalidade das condutas a negligência pode ainda ser dividida em dois tipos: a ativa (através da negação ou fracasso intencional no cumprimento das ações necessárias ao bem-estar da pessoa) e a passiva (que difere da primeira pelo facto de não ser consciente ou intencional) (Wolf et al., 1989 em Dias, 2004).

Outras tipologias que têm vindo a ser avançadas, mas que não se encontram no modelo mais clássico de classificação dos tipos de abuso são: a violação dos direitos (Cohen, Halevi-Levin, Gagin & Friedman, 2007; Perel-Levin, 2008; WHO/INPEA, 2002); o abuso estrutural e social e o *ageism* ou idadismo (Swagerty, Takahashi & Evans, 1999; WHO/INPEA, 2002).

A violação dos direitos pessoais de uma pessoa idosa não é frequentemente incluída nas discussões sobre conceitos teóricos e práticos de investigação, tendo sido desenvolvida inicialmente no âmbito da violência institucional (Cohen et al., 2007), mas atualmente reporta-se também à violência em contexto familiar. Inclui, por exemplo, a violação da privacidade, do direito à autonomia, de liberdade, recusa no acesso a visitas ou isolamento da pessoa idosa. Um estudo, realizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO/INPEA, 2002) revelou que este é um assunto de grande importância na perceção e experiências de abuso.

O abuso estrutural e social é exercido pelos governos e instituições e compreende a discriminação na política face às pessoas idosas, a falta de recursos para colmatar as suas necessidades assistenciais, assim como a falta de garantia dos seus rendimentos e alojamento (Swagerty et al., 1999; WHO/INPEA, 2002).

O *ageism* ou idadismo corresponde à discriminação com base na idade, refletindo numa sociedade os estereótipos, preconceitos e atitudes baseadas em perceções globais sobre a idade e a velhice (Biggs & Haapala, 2010; Hagestad & Uhlenberg, 2005; WHO/INPEA, 2002).

1.2. Qual a dimensão do problema? Alguns resultados de Estudos de prevalência

Os dados sobre a prevalência¹ da violência têm permitido, em alguns países, conhecer a amplitude do fenómeno, apresentando uma grande variação entre as estimativas. Considerando os estudos de revisão sistemática das taxas globais de prevalência da violência, em inquéritos de base populacional, podemos encontrar estimativas que vão desde 1% a 5% (Swagerty et al., 1999) e de 3.2% a 27.5% (Cooper, Selwood & Livingston, 2008).

A discrepância entre as taxas de prevalência é também resultado da diversidade de desenhos de investigação, metodologias e populações-alvo consideradas (Santos, Nicolau, Fernandes & Gil, 2013). Observa-se diferenças nos períodos de tempo analisados (por exemplo, últimos 12 meses, desde os 60 ou 65 anos), na delimitação da população-alvo (>60 anos, >65 anos ou 65-84 anos), no perfil do agressor (tipo de relacionamento entre este e a vítima), nas metodologias adotadas (questionário ou escala; entrevista presencial, por telefone

¹ A taxa de prevalência (TP) corresponde à razão entre o número total de casos (novos e antigos) de um determinado evento (p. ex. doença, incapacidade, comportamento, ou qualquer outra característica individual de relevo para a saúde do indivíduo ou da população), ocorridos numa região ou país, num determinado período de tempo (geralmente um ano civil), relativamente à população total dessa região ou país, no mesmo período. Geralmente é expressa por 100 habitantes.

ou correio) e nas condutas, variáveis de acordo com a sua natureza e tipo (física, psicológica, financeira, sexual e negligência)².

Da revisão elaborada, conclui-se que a utilização de métodos mistos, em estudos de prevalência, parece ser pouco explorada. No caso dos 9 estudos revistos, que estimaram prevalências da violência a nível nacional, apenas dois fazem referência à utilização de metodologias qualitativas (O'Keeffe et al., 2007; Naughton et al., 2010). A utilização de entrevistas e focus group teve como objetivo adequar, rever e delimitar a definição e a operacionalização do fenómeno (O'Keeffe et al., 2007), bem como adequar o instrumento de recolha de dados à população-alvo (O'Keeffe et al., 2007; Naughton et al., 2010).

A revisão dos estudos de prevalência revelou ainda que a maioria destes apresenta definições operacionais não enquadráveis num modelo teórico que permita orientar as metodologias e instrumentos adotados, bem como um modelo de análise que possibilite uma leitura interpretativa dos resultados (Santos et al., 2013).

No quadro que se segue (Quadro 1) descrevem-se as definições concetuais e operacionalizações presentes nos estudos revistos.

² Para uma análise mais aprofundada ver o artigo: Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A. & Gil, A. P. (Maio, 2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia: Problemas e práticas*, 72, 53-77.

Quadro 1. Síntese das definições conceituais e operacionais dos estudos de prevalência revistos

	Definição conceitual	Avaliação da violência	Métodos (Recolha dos dados)
Naughton et al., 2010 (Irlanda)	"A single or repeated act or lack of appropriate action occurring within any relationship where there is an expectation of trust, which causes harm or distress to an older person (World Health Organisation 2002)."	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Critério e período ✓ Instrumento Violência avaliada através de múltiplas questões com descrição de condutas/comportamentos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maus-tratos é usado como referência a todos os tipos de violência; abuso é utilizado para se referir a todos os tipos de violência exceto negligência e abuso interpessoal é usado para descrever coletivamente a violência física, psicológica e sexual ▪ Negligência e violência psicológica - se a pessoa refere mais de 10 incidentes ou se 10 ou menos incidentes, mas com sério impacto ▪ Perpetrada por alguém numa posição de confiança (família, amigo próximo ou profissional de saúde) nos últimos 12 meses ✓ Instrumento adaptado de um inquérito telefónico de Pillemer & Finkelhor (1988) 	Estudo quantitativo com uso preliminar de métodos qualitativos (entrevistas cognitivas) (Face-a-face)
Acierno et al., 2010 (EUA)	Não é reportada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência avaliada através de múltiplas questões com descrição de condutas/comportamentos ▪ Perpetrada por qualquer pessoa; desde os 60 anos e últimos 12 meses ✓ Instrumento desenvolvido com base na investigação já realizada (literatura) e nas recomendações do National Research Council (Bonnie & Wallace, 2003). 	Não é reportada (Telefone)
Lowenstein et al., 2009 (Israel)	"destructive and offensive behavior inflicted upon an elder person within the context of a trusting relationship. (Hudson, 1989)"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência avaliada através de múltiplas questões com descrição de condutas/comportamentos ▪ Perpetrada por alguém numa posição de confiança (família ou cuidador profissional) nos últimos 12 meses ou 3 meses no caso da negligência ✓ Conflict Tactics Scale Revised ([CTS2] Straus et al., 1996) e adicionalmente questões próprias 	Não é reportada (Face-a-face)
Laumann et al., 2008 (EUA)	"(a) intentional actions that cause harm or create a serious risk of harm, wether or not intended, to a vulnerable elder by a caregiver or other person who stands in a trust relationship to the elder or (b) failure by a caregiver to satisfy the elder's basic needs or to protect the elder from harm" (Bonnie & Wallace, 2003)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência avaliada através de uma única questão para cada um dos tipos de violência, com descrições de condutas/comportamentos como exemplos ▪ Perpetrada por alguém numa posição de confiança (família, amigo próximo/conhecido ou cuidador profissional) nos últimos 12 meses ▪ Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test ([H-S/EAST] Hwalek & Sengstock, 1986) and Vulnerability to Abuse Screening Scale ([VASS] Schofield & Mishra, 2003) e adicionalmente questões próprias 	Não é reportada (Face-a-face)
O'Keefe et al., 2007 (Reino Unido)	"A single or repeated act or lack of appropriate action occurring within any relationship where there is an expectation of trust, which causes harm or distress to an older person (World Health Organisation 2002)."	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência avaliada através de múltiplas questões com descrição de condutas/comportamentos ▪ Maus-tratos é usado como referência a todos os tipos de violência; abuso é utilizado para se referir a todos os tipos de violência exceto negligência e abuso interpessoal é usado para descrever coletivamente a violência física, psicológica e sexual ▪ Negligência e violência psicológica - se a pessoa refere mais de 10 incidentes ou se 10 ou menos incidentes, mas com sério impacto. No caso da violência psicológica eram considerados os incidentes levados a cabo por um único agressor. ▪ Perpetrada por alguém numa posição de confiança (família, amigo próximo ou profissional de saúde) nos últimos 12 meses ✓ Instrumento adaptado de um inquérito telefónico de Pillemer & Finkelhor (1988) 	Estudo quantitativo com uso preliminar de métodos qualitativos (entrevistas cognitivas e focus grupo) (Face-a-face)
Marmolejo, 2005 (Espanha)	"any voluntary -i.e., non-accidental-act that harms or may harm an elderly person, or any omission that deprives an elderly person of the care they need for their wellbeing, as well as any violation of their rights [...] take place within the framework of an interpersonal relationship in which one expects trust, care, convivencia ("livingtogether") or dependency. (Iborra, 2003, 2005)"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência avaliada através de questões gerais (uma para cada um dos tipos de violência), sem descrição de condutas/comportamentos ▪ Perpetrada por alguém numa posição de confiança (família, amigo ou cuidador profissional) nos últimos 12 meses ✓ Instrumento desenvolvido propositalmente para o inquérito 	Não é reportada (Face-a-face)
Grande et al., 1999 (Austrália)	"another person committing any of the following acts on an older person: physical abuse; sexual abuse; social restriction, such as restring social freedom and isolation from family and friends; neglect, such as failing to provide essentials like adequate food, shelter, care and emotional support; psychological abuse, such as threats of punishment, abandonment, intimidation and humiliation, or financial or material abuse"	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência avaliada através de questões gerais (uma para cada um dos tipos de violência), sem descrição de condutas/comportamentos ▪ Perpetrado por qualquer pessoa; desde os 65 anos ✓ Instrumento desenvolvido propositalmente para o inquérito 	Não é reportada (Telefone)
Podnieks, 1993 (Canadá)	Não é reportada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência avaliada através de múltiplas questões com descrição de condutas/comportamentos ▪ Perpetrada por alguém numa posição de confiança (companheiro, familiar ou outro significativo) desde os 65 anos e últimos 12 meses ▪ Negligência e violência psicológica - se a pessoa refere mais de 10 incidentes ou se 10 ou menos incidentes, mas com sério impacto ✓ CTS2 (Straus et al., 1996) e a escala Older Americans Resources and Services ([OARS], Duke, 1978) 	Não é reportada (Telefone)
Ogg et al., 1992 (Reino Unido)	Não é reportada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência avaliada através de questões gerais (uma para cada um dos tipos de violência), sem descrição de condutas/comportamentos ▪ Perpetrada por alguém numa posição de confiança (família nuclear ou alargada) nos últimos 12 meses ✓ Instrumento desenvolvido propositalmente para o inquérito 	Não é reportada (Face-a-face)

O quadro 2 apresenta as taxas de prevalência, considerando a violência global e os diferentes tipos de violência analisados em cada um dos estudos revistos.

As taxas globais de prevalência da violência os valores variaram entre 0.8% para pessoas com 65+ anos a residir em Espanha (Marmolejo, 2008) e 18.4% para o mesmo grupo alvo a residir em Israel (Lowenstein, Eisikovits, Band-Winterstein & Enosh, 2009). De facto, excluindo Israel existe uma aproximação entre as diversas estimativas de violência observadas nos estudos nacionais. Espanha é o país que apresenta a menor prevalência da violência contra as pessoas idosas (0.8%; Marmolejo, 2008), seguindo-se a Irlanda (2.2%; Naughton et al., 2010), o Reino Unido (2.6%; O’Keeffe et al., 2007), a Austrália (2.7%; Grande et al., 2000), a Alemanha (3.1%; Wetzels, & Greve, 1996), o Canadá (4.0%; Podnieks, 1993), a Suécia, a Dinamarca (8.0% e 8.0%; Tornstam, 1989), e, por último, Israel (18.4% violência e 26% negligência; Lowenstein et al., 2009). Nos inquéritos de base populacional regional as estimativas obtidas denotam uma maior variabilidade, oscilando entre 3.2% para pessoas com 65 + anos residentes em Boston, EUA (Pillemer & Finkelhor, 1988) e 29.3%, para pessoas com 75 + anos residentes em Girona, Espanha (Garre-Olmo et al., 2009).

A “violência psicológica e/ou verbal” é a forma de violência mais relatada pelas pessoas idosas. Em mais de 70% dos estudos que a analisaram, este foi o tipo de violência mais frequentemente reportado, designadamente pelas pessoas idosas residentes na Austrália (2.0%; Grande et al., 2000), na Irlanda (2.4%; Naughton et al., 2010) e nos EUA (13.5%; Acierno et al., 2010).

A “violência financeira” surge usualmente como a segunda forma de violência mais frequente. Espanha foi o país que assinalou a menor prevalência (0.2% em 12 meses; Marmolejo, 2008), enquanto a mais elevada foi registada por Israel (6.4% em 12 meses; Lowenstein et al., 2009).

A “negligência”, provavelmente também como resultado da dificuldade associada à sua operacionalização, é uma das dimensões do fenómeno que apresenta maior diversidade de frequências. Nos países com inquéritos de âmbito nacional as estimativas da negligência oscilaram entre 0.3% na Irlanda, Espanha e Austrália (Grande et al., 2000; Marmolejo, 2008; Naughton et al., 2010) e 26% em Israel (Lowenstein et al., 2009).

A violência física e a violência sexual são os tipos de violência menos frequentemente observados nos estudos da prevalência. Nos nove estudos onde a violência física foi avaliada através de inquéritos de âmbito nacional, as estimativas (relativas a 12 meses) situaram-se entre 0.2% em Espanha e nos EUA (Laumann, Leitsch & Waite, 2008; Marmolejo, 2008) e 1.6% também nos EUA (Acierno et al., 2010).

A “violência sexual” constitui uma das dimensões do problema menos avaliada, tendo apresentado nos cinco estudos de âmbito nacional que analisaram a prevalência da violência sexual, estimativas entre 0.05% na Irlanda (Naughton et al., 2010) e 0.6% nos EUA (Acierno et al., 2010).

Quadro 2. Síntese dos resultados dos estudos de prevalência revistos

		Estudos de âmbito nacional											Estudos de âmbito regional						Estudos de âmbito transnacional																
Autor, ano		Acierno <i>et al.</i> , 2010		Naughton <i>et al.</i> , 2010		Lowenstein <i>et al.</i> , 2009		Marmolejo 2008		Laumann <i>et al.</i> , 2008		O’Keeffe <i>et al.</i> , 2007		Grande <i>et al.</i> , 2000		Podnieks <i>et al.</i> , 1993		Ogg <i>et al.</i> , 1992		Garre-Olmo <i>et al.</i> , 2009		Oh <i>et al.</i> , 2006		Chokkanathan <i>et al.</i> , 2005		Yan <i>et al.</i> , 2004		Comijs <i>et al.</i> , 1999		Pillemer <i>et al.</i> , 1988		Luoma <i>et al.</i> , 2011		Soares <i>et al.</i> , 2010	
País(es) ^a		EUA		IE		IL		ES		EUA		UK		AU		CA		UK		ES		KR		IN		CN		NL		EUA		AT; BE; FI; LT; PT		DE; EL; ES; IT; LT; PT; SE	
População Alvo (dimensão da amostra)		Pessoas com 60+ anos (n=5777)		Pessoas com 65+ anos (n=2021)		Pessoas com 65+ anos (n=1045)		Pessoas com 65+ anos (n=2401)		Pessoas entre 57 e 85 anos (n=3005)		Pessoas com 66+ anos (n=2111)		Pessoas com 65+ anos (n=1158)		Pessoas com 65+ anos (n=2008)		Pessoas com 60+ anos (n=589)		Pessoas com 75+ anos (n=676)		Pessoas com 65+ anos (n=15230)		Pessoas com 65+ anos (n=400)		Pessoas com 60+ anos (n=276)		Pessoas entre os 69 e 89 anos (n=1797)		Pessoas com 65+ anos (n=2020)		Mulheres com 60+ anos (n=2880)		Pessoas com 60 e mais anos (n = 4467)	
Recolha de dados	Método	Telefone		Telefone		Presencial		Presencial		Presencial		Presencial		Telefone		Telefone		Presencial		Presencial		Presencial		Presencial		Presencial		Presencial e telefone		Presencial, telefone e via postal		Presencial			
	Global (período)	NA* (últimos 12 meses)	NA* (Desde 60 anos)	2.2% (últimos 12 meses)	4% (desde 65 anos)	18.4% (últimos 12 meses)	0.8% (últimos 12 meses)	NA* (últimos 12 meses)	2.6% (últimos 12 meses)	3.4% (desde 65 anos)	2.7% (desde 65 anos)	4.0% (últimos 12 meses)	NA* (Recentemente)	29.3% (últimos 12 meses)	6.3% (último mês)	14% (últimos 12 meses)	27.5% (últimos 12 meses)	5.6% (últimos 12 meses)	NA* (desde 65 anos)	2.6% (últimos 12 meses)	3.2% (desde 65 anos)	23.8% (últimos 12 meses)	NA* (últimos 12 meses)												
Prevalência	Tipos de violência	Negligência	5.1%	5.1%	0.3%	1.2%	26% (últimos 3 meses)	0.3%	NA*	1.1%	NA*	0.3%	0.4%	NA*	16%	2.4%	4.3%	NA*	0.2%	NA*	0.4%	NA*	5.4%	NA*	16%	4.2% Psi. 3.6% Verbal	10.8%	26.8%	3.2%	NA*	1.1%	NA*	23.6%	19.4%	
		Financeira	5.2%	NA*	1.3%	1.4%	6.4%	0.2%	3.5%	0.7%	1.2%	0.6%	2.5%	1.5%	4.7%	4.1%	5.0%	NA*	1.4%	4.8%	NA*	8.8%	3.8%												
		Física	1.6%	1.8%	0.5%	0.7%	2%	0.2%	0.2%	0.4%	0.8%	0.4%	0.5%	1.5%	4.0%	1.9%	4.3%	2.5%	1.2%	3.9%	NA*	2.5%	2.7%												
		Sexual	0.6%	0.3%	0.05%	NA*		0.1%	NA*	0.2%	0.3%	0.1%	NA*	NA*	0.5%	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	3.1%	0.7%												
		Violação dos direitos	NA*		NA*		NA*	NA*	NA*	NA*		NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	5.1%	NA*	NA*	6.4%	NA*												
		Restrição de liberdade	NA*		NA*		2.7%	NA*	NA*	NA*		1.0%	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*											

a Siglas dos países onde decorreram os estudos: AT - Áustria; BE - Bélgica; FI - Finlândia; LT - Lituânia; PT - Portugal; EUA - Estados Unidos da América; IE - Irlanda; IL - Israel; ES - Espanha; UK - Reino Unido; AU - Austrália; CA - Canadá; EL - Grécia; DE - Alemanha; IT - Itália; SE - Suécia; KR - Coreia do Sul; IN - Índia; CN - China; NL - países Baixos.

Estudos realizados em Portugal

Em Portugal os estudos que procuraram estabelecer a prevalência e caracterizar o fenómeno da violência contra as pessoas idosas têm sido desenvolvidos em municípios (Pires, 2009) ou conduzidos no decorrer de percursos académicos ao nível de mestrado ou outras pós-graduações (Ferreira-Alves & Santos, 2010). Ainda que permitindo uma aproximação ao fenómeno, estes estudos não permitem estimar a extensão deste problema social à escala nacional.

Nos últimos quatro anos, realizaram-se dois estudos europeus sobre a violência contra as pessoas idosas que abrangeram residentes em Portugal. O primeiro foi desenvolvido no âmbito do projeto ABUEL (Soares et al., 2010), a partir de uma amostra de 656 pessoas, que incluiu pessoas idosas com idade compreendida entre os 60 e os 84 anos, residentes em domicílios particulares, na área urbana do Porto, que sabiam ler e escrever (Fraga, Lucas, Costa, & Barros, 2013; Soares et al., 2010). O segundo foi desenvolvido no âmbito do projeto AVOW (Luoma et al., 2011) e contemplou somente mulheres com 60+ anos.

O projeto ABUEL revelou que a violência psicológica foi a mais prevalente (21.9%), seguida pela financeira (7.8%), física (2.1%) e sexual (1.3%). Em todos os tipos de violência foram observadas diferenças entre os países parceiros, na proporção de pessoas idosas que reportaram ter sido sujeitas a violência. Portugal foi o país onde a violência financeira foi a mais prevalente e o segundo país, depois da Grécia, onde a violência sexual ocorreu mais frequentemente.

O projeto AVOW teve como objetivo fornecer estimativas da prevalência da violência, em cinco países europeus (Áustria, Bélgica, Finlândia, Lituânia e Portugal), numa amostra nacional de mulheres com 60+ anos (N=649), a residir em domicílios particulares (Luoma et al., 2011). Quatro em cada dez mulheres (39.4%) relataram ter sido vítimas de algum tipo de violência nos últimos 12 meses. A forma de violência mais prevalente foi a psicológica (32.9%), seguida da financeira (16.5%), violação de direitos pessoais (12.8%), negligência (9.9%), violência sexual (3.6%) e física (2.8%).

Os resultados dos dois estudos são dissemelhantes entre si, ainda que a violência psicológica e a violência financeira se tenham destacado em ambos os estudos como os principais problemas.

1.3. Grupos de maior risco e fatores associados³

Ao longo da última década, a investigação sobre a prevalência da violência na população idosa tem originado também uma vasta e heterogénea evidência ao nível dos fatores de risco da violência contra as pessoas idosas. No contexto dos estudos epidemiológicos, a identificação de fatores de risco associados à ocorrência de determinado evento, pode ser realizada através de estudos transversais ou longitudinais.

³ Uma descrição mais aprofundada destes dados será disponibilizada no artigo ainda não publicado: "Gil, A. P., Santos, A. J., Nicolau, R. & Santos, C. (s/d). Fatores de risco da violência contra as pessoas idosas: consensos e controvérsias em estudos de prevalência, no prelo".

A maioria dos estudos integra-se na categoria dos estudos epidemiológicos transversais, que têm por objetivo principal estimar a prevalência do fenómeno da violência contra pessoas idosas, a partir de amostras representativas da população (Gil, Santos, Nicolau & Santos, s/d; Pillemer, 2005). Contudo, muitos destes estudos não recorrem a testes estatísticos que permitam comprovar a existência de uma associação entre a ocorrência de tais atos e as características individuais ou aspetos contextuais ou socioculturais de interesse, como será a análise estatística de regressão logística (Gil et al., s/d). A maior parte dos fatores de risco identificados nos estudos transversais resultam da análise de frequências aplicada às características das vítimas, dos agressores e dos aspetos contextuais e/ou socioculturais.

Também Pillemer (2005) sustenta serem escassos os estudos que utilizam abordagens epidemiológicas longitudinais, como o método de estudo caso-controlo e sublinha a importância de uma leitura crítica dos fatores de risco identificados pelos diversos estudos de prevalência. Ainda assim os fatores identificados nos diversos estudos revistos podem ser indicativos de potenciais fatores de risco, até pela sua reprodutibilidade entre os diferentes estudos.

A vítima-tipo tem sido descrita como uma mulher de 75 ou mais anos (Wolf, 1992). De facto, metade dos estudos reportou que as pessoas do género feminino estavam potencialmente em maior risco de serem vítimas de violência global (Marmolejo, 2008) ou apenas em determinados tipos de violência (Laumann et al., 2008; O'Keeffe et al., 2007; Podnieks, 1993). No entanto, os dados não permitem falar do género enquanto fator de risco consistente. A desproporção entre homens e mulheres, a nível demográfico, e nos grupos etários mais envelhecidos, pela sobremortalidade masculina, pode constituir um argumento explicativo para o maior risco de vitimização por parte das mulheres (Kosberg, 1988 em Crichton, Bond, Harvey & Ristock, 1999). Além disso, muitas vezes os estudos não diferenciam o contexto e o tipo de violência, o que poderá também explicar a variabilidade dos resultados.

O **estado civil** surge associado ao género na vulnerabilidade a determinados tipos de violência. No caso da violência física e sexual perpetrada, sobretudo, pelos cônjuges/parceiros o estado civil surge como um potencial fator de risco (Laumann et al., 2008; Lowenstein et al., 2009). Na violência financeira observou-se que as pessoas idosas que vivem sozinhas, que são solteiras, separadas ou divorciadas estavam potencialmente mais vulneráveis a este tipo de violência (Laumann et al., 2008; O'Keeffe et al., 2007; Podnieks, 1993).

Relativamente à **idade da vítima**, os estudos apresentam resultados inconsistentes, constituindo a idade um potencial fator de risco na violência psicológica, financeira ou na negligência (Laumann et al., 2008; O'Keeffe et al., 2007), enquanto dois outros estudos observam que os grupos etários apresentavam maior vulnerabilidade face à violência psicológica, física e sexual (Acierno et al., 2010; O'Keeffe et al., 2007).

Uma revisão sistemática dos fatores de risco da violência contra as pessoas idosas conclui que não é possível detectar uma tendência no caso do género e da idade, considerando os resultados díspares encontrados entre os diversos estudos (Johannesen & Logiudice, 2013).

Os **determinantes de saúde** da vítima são avaliados através de um conjunto heterogêneo de variáveis que vão desde a autopercepção do estado de saúde, à capacidade funcional e ao número de contactos com serviços médicos. De todos os tipos de violência a negligência é a que surge de modo mais consistente associada a uma pior estado de saúde (Acierno et al., 2010; O’Keeffe et al., 2007; Podnieks, 1993) e a um maior grau de incapacidade funcional nas AVD (Lowenstein et al., 2009; Podnieks, 1993).

O fenómeno da violência também parece estar associado à existência de um diagnóstico de demência. No entanto, usualmente nos estudos de prevalência da violência, em contexto familiar, a incapacidade cognitiva não é incluída, sendo um dos critérios de exclusão na seleção da amostra (Acierno et al., 2010; Lowenstein et al., 2009; Marmolejo, 2008; O’Keeffe et al., 2007). O único estudo prospetivo (Lachs, Williams, O’Brien, Hurst & Horwitz, 1997), que se conhece, partiu de uma coorte de pessoas com 65+ anos, seguidas durante nove anos, e concluiu-se que as pessoas com incapacidade cognitiva apresentavam três vezes mais, probabilidade de virem a ser vítimas de violência, comparativamente às pessoas sem incapacidade cognitiva.

Quando a população-alvo inclui ou é exclusivamente composta por pessoas idosas com diagnóstico de demência, esta variável tem sido associada ao aumento do risco de violência (Lachs & Pillemer, 2004), particularmente, quando as vítimas são doentes de Alzheimer. Esta doença é descrita como fator de risco na violência física (Lachs & Pillemer, 2004).

Na revisão efetuada por Johannesen e Logiudice (2013) um pior estado de saúde foi encontrado como fator de risco em subpopulações específicas: pessoas idosas com diagnóstico de demência e/ou que requerem ajuda nas atividades de vida diária. Os autores sugerem que a saúde física e mental pode provavelmente ser só um fator de risco nestas populações ou que os estudos com população geral não detetam o seu impacto. Apesar de algumas dúvidas quanto ao seu peso as variáveis de saúde têm-se mostrado consistentemente associadas a uma maior vulnerabilidade da violência (Johannesen & Logiudice, 2013).

Os **determinantes sócio económicos** foram avaliados através dos rendimentos e da escolaridade. Os rendimentos mais baixos e as necessidades económicas são potenciadores da negligência (Acierno et al., 2010; Lowenstein et al., 2009), enquanto rendimentos mais elevados surgem mais associados à violência psicológica (Lowenstein et al., 2009). Quanto à escolaridade os estudos apresentam resultados contraditórios (Laumann et al., 2008; Lowenstein et al., 2009), o que vai ao encontro do que já tinha sido observado por outros autores (Johannesen & Logiudice, 2013).

Relativamente ao **agressor**, quer os estudos nacionais, quer internacionais identificam como principais agressores os familiares diretos, particularmente cônjuges/companheiros e filhos. A análise da autoria dos atos violentos segundo as dimensões do fenómeno revelou que, enquanto a violência física e sexual é exercida sobretudo pelos parceiros do sexo masculino (Lowenstein et al., 2009; O’Keeffe et al., 2007), a violência financeira é maioritariamente cometida pelos filhos e outros familiares (Laumann et al., 2008; Lowenstein et al., 2009; Naughton et al., 2010). Todavia, vários estudos têm reportado outros elementos como agressores: os amigos, vizinhos, conhecidos (não familiares) e cuidadores formais.

Os **determinantes sócio situacionais do agressor**, mais concretamente a situação perante o trabalho, o rendimento e a situação económica, foram avaliados na Austrália, Irlanda, Reino Unido, Israel Espanha e Canadá e a dependência económica do agressor em relação à vítima surge como um fator de risco relativamente sólido (Grande et al., 2000; Lowenstein et al., 2009; Marmolejo, 2008; Naughton et al., 2010; O’Keeffe et al., 2007; Podnieks, 1993).

As **características patológicas do agressor**, nomeadamente doenças ou incapacidades mentais, o uso ou abuso do álcool e de drogas, problemas de jogo constituem importantes fatores de risco, identificados pelos diferentes estudos (Grande et al., 2000; Lowenstein et al., 2009; Marmolejo, 2008; Naughton et al., 2010; O’Keeffe et al., 2007; Podnieks, 1993).

Relativamente ao nível de stress do cuidador os estudos em que o nível de stress entre cuidadores agressores foi comparado com um o nível de stress em cuidadores não agressores não foram encontradas diferenças significativas (Pillemer, 2005).

Do mesmo modo os estudos que avaliam a exposição do agressor a atos de violência na infância ou adolescência, como vítima ou mera testemunha não apresentam evidências da sua importância enquanto fator de risco. Todavia, a maior parte dos estudos sobre o ciclo da violência têm incidido sobre a violência nas relações conjugais e dada a sua importância nesta forma de violência, esta variável deveria continuar a ser investigada enquanto fator de risco na violência contra a pessoa idosa (Pillemer, 2005).

A **coabitação** tem sido um dos fatores de risco que mais tem surgido na literatura (Lachs & Pillemer, 2004; Wolf, 1992). Dos estudos revistos apenas um estudo revelou que coabitar com descendentes poderia ser um fator de risco para a violência (Naughton et al., 2010), ainda que seja considerado como um fator consistente tanto na experiência clínica como nos resultados da investigação (Pillemer, 2005; Johannesen & Logiudice, 2013).

A **rede social de suporte** é outro dos fatores, de natureza contextual, que, com maior frequência, tem sido associado à ocorrência de violência, muitas vezes entrelaçada com o conceito de isolamento social. Os vários estudos têm evidenciado que o risco de se ser vítima aumenta com o isolamento social da pessoa idosa, nomeadamente quando a sua rede social de suporte, quer formal, quer informal é frágil ou é inexistente (Pillemer, 2005). Nos vários estudos revistos (Quadro 3) pode-se concluir que a ausência de uma rede de suporte de apoio (ou a perceção de) constituiu um potencial fator de risco na violência em geral ou nos diferentes tipos de violência, particularmente na violência psicológica, financeira e negligência.

Quadro 3. Potenciais determinantes das vítimas

Autor, Ano e País	Género	Idade	Estado civil / Coabitação	Saúde	Capacidade funcional	Rendimento Económico	Situação de trabalho	Escolaridade	Utilização de serviços sociais/ Suporte social	Outras variáveis
Acierno et al., 2010 EUA	-	V. psicológica e física: ↑ idosos < 70 anos	-	Negligência: ↑ idosos com pior estado de saúde.	V. psicológica e financeira: ↑ em idosos que necessitam de ajuda e assistência nas AVD*.	Negligência: ↑ idosos com rendimentos mais baixos.	V. psicológica: ↑ idosos desempregados.	-	V. psicológica, física, sexual e negligência: ↑ idosos com perceção de um suporte social baixo. V. financeira: ↑ idosos com < utilização serviços.	V. psicológica e sexual: ↑ idosos com anteriores experiências de eventos traumáticos (incluindo V.D.).
Naughton et al., 2010 Irlanda	-	-	V. global: ↑ idosos que coabitam com um filho adulto.	V. global: ↑ idosos que percecionam a sua saúde física ou mental abaixo da média.	-	Violência global: ↑ idosos com baixo rendimento, reduzido nível de escolaridade e uma ocupação manual.	-	-	V. global: ↑ idosos com < suporte social. V. interpessoal ^a : ↑ idosos com < suporte social na comunidade. V. financeira: ↑ idosos com < suporte familiar.	-
Lowenstein et al., 2009 Israel	V. financeira: ↑ mulheres.	-	V. psicológica ^b , física e sexual: ↑ casados.	V. psicológica ^b : ↑ idosos que efectuam > número de contactos com serviços médicos.	Negligência: ↑ idosos com > necessidade de apoio nas AVD*.	V. psicológica ^b : ↑ idosos com rendimentos mais elevados e Negligência: ↑ idosos com > necessidade de assistência financeira.	-	V. física e psicológica ^b : ↑ idosos com baixos níveis de escolaridade.	-	V. psicológica ^b e financeira: ↑ idosos que percecionam ser negligenciados e v. psicológica ^b ↑ nos que percecionam solidão.
Marmolejo, 2008 Espanha	V. global: ↑ mulheres.	-	-	V. global: ↑ idosos com transtornos psicológicos ou depressão.	V. global: ↑ idosos dependentes.	-	-	-	-	-
Laumann et al., 2008 EUA	V. psicológica ^b : ↑ mulheres.	V. psicológica ^b e financeira: ↓ em idosos > 85 anos	V. financeira: ↓ casados e com companheiro(a).	V. financeira: ↓ idosos que percecionam a sua saúde como boa ou muito boa.	V. psicológica ^b : ↑ idosos com ≥ 1 vulnerabilidade física.	-	-	V. psicológica ^b : ↑ idosos com escolaridade ≥ ensino secundário.	-	-
O'Keeffe et al., 2007 Reino Unido	Negligência e interpessoal ^a : ↑ mulheres. V. financeira: ↑ homens.	Negligência: ↑ mulheres com 85+ e v. interpessoal ^a : ↑ entre os 66 a 74 V. financeira: nos homens ↑ com idade	V. financeira: ↑ idosos e mulheres que vivem sós ou que estão divorciadas.	V. global: ↑ idosos com depressão. V. financeira e negligência: ↑ idosos que percecionam o seu estado de saúde como mau ou muito mau.	-	-	V. global: ↑ idosos com atividades de rotina ou semi-manuais.	-	Negligência e v. financeira: ↑ idosos que utilizam serviços de apoio domiciliário e/ou contactam profissionais.	V. financeira: ↑ mulheres e v. interpessoal ^a ↑ nos homens que percecionam solidão
Grande et al., 2000 Austrália	-	-	-	V. global: ↑ idosos com problemas de saúde física e mental.	-	V. global: ↑ idosos com escassez rendimentos.	-	-	-	V. global: ↑ idosos que se sentem isolados.
Podnieks, 1993 Canadá	-	-	V. financeira: ↑ viúvos, divorciados ou solteiros. Negligência: ↑ em viúvos. V. psicológica ^b e física: ↑ casados.	V. financeira e negligência: ↑ idosos que percecionam o estado de saúde como mau. V. financeira, física e negligência: ↑ idosos com mal-estar psicológico. V. financeira, física e psicológica ^b : ↑ idosos com sintomas depressivos.	Negligência: ↑ idosos com incapacidade funcional e dependência nas AVD*.	-	-	-	V. financeira e psicológica ^b : ↑ idosos que percecionam não ter alguém em quem confiar e v. financeira ↑ nos que percecionam não ter quem os apoie se adecerem.	-
Lachs et al., 1997, EUA	-	-	V. global: ↓ idosos que vivem sós.	V. global: ↓ em idosos com > número de doenças crónicas.	V. global: ↑ idosos com > incapacidade e dependência nas AVD	-	-	-	-	V. global: ↑ idosos com incapacidade cognitiva.

Nota: * AVD - Atividades da Vida Diária; ^a Violência interpessoal inclui a violência psicológica, a violência física e a violência sexual; ^b Violência psicológica avaliada através da agressão verbal; ↑ Efeito potenciador do risco (aumento); ↓ Efeito protetor do risco (decréscimo)

De uma forma geral, os fatores de risco descritos pelos diversos estudos vão ao encontro do que tem sido descrito na literatura, sublinhando a possível associação entre alguns fatores de risco e alguns tipos de violência e para a importância de estudos que utilizem metodologias capazes de dar conta da complexidade e multidimensionalidade do fenômeno.

1.4. Cálculo da taxa de participação e análise estatística

A revisão da literatura incidiu sobre estudos de prevalência da violência contra pessoas idosas em contexto familiar. Apenas os estudos publicados até 2011, relatórios e artigos com revisão por pares, foram considerados. Foram excluídos os estudos que focaram a violência em contexto institucional, qualitativos ou que não tinham como principal objetivo estimar a prevalência.

Na revisão sistemática efetuada identificou-se também os diferentes métodos estatísticos utilizados. Um aspeto que é muito pouco consensual entre os vários estudos internacionais, que ressalta da revisão de literatura, é a forma de cálculo da taxa de participação e da taxa de não resposta (Quadro 4). As formas de cálculo diferem entre si ou são omissas, pela ausência de valores brutos ou da especificação das formas de cálculo. Por exemplo, alguns estudos especificam taxas de resposta de 83% (Naughton et al., 2010) ou de 65% (O'Keeffe et al., 2007), enquanto outros referem somente taxas de recusa (Lowenstein et al., 2009 de 25%) ou taxas de participação (Acierno et al., 2010, de 69%). Esta diversidade de valores leva-nos a concluir que a forma de cálculo é distinta entre os estudos, o que tem inevitavelmente consequências em termos de comparabilidade dos valores e da avaliação das próprias metodologias utilizadas.

Para superar esta diversidade de metodologias consideramos crucial harmonizar formas de cálculo de taxas de participação e de recusa. A *American Association for Public Opinion Research* (AAPOR) estabelece e promove “boas práticas” na recolha, análise e interpretação de dados (AAPOR, 2011). Entre as taxas propostas destacam-se a taxa de resposta e de recusa, no qual se define os critérios como elegíveis (completas e parciais, recusas, elegibilidade desconhecida e não elegíveis).

Da revisão sobre os métodos estatísticos utilizados conclui-se que a maioria destes estudos teve por objetivo principal estimar a prevalência a partir de amostras representativas da população, não tendo a identificação de fatores de risco sido sempre explicitada como um objetivo secundário. Consequentemente, em alguns dos estudos revistos (Grande et al., 2000) as variáveis identificadas como potenciais fatores de risco da violência resultam da análise de frequências aplicada às características das vítimas, agressores e aspetos contextuais. Dado que a análise de frequências só disponibiliza informação descritiva sobre a amostra utilizada é também usual o desenvolvimento de testes estatísticos para comparação de médias ou de proporções relativas à mesma característica observada em vítimas e não vítimas.

Em rigor, esta abordagem apenas permite evidenciar a associação entre uma característica da amostra e a violência, mas não possibilita estimar o efeito independente desta característica.

Para identificar fatores de risco, ou seja, para avaliar se determinadas características são determinantes da violência, é necessário comprovar a existência de uma associação entre a

ocorrência de tais atos e as características individuais ou aspectos contextuais, com controle do efeito produzido por aspectos adicionais que podem confundir e/ou modificar tal associação. Neste sentido, é usual o emprego da análise estatística de regressão logística. Este tipo de análise permite avaliar a magnitude e a significância da medida de associação existente entre a probabilidade de ocorrência de atos violentos e cada característica que se configura como potencial fator risco ou de proteção.

Da revisão efetuada e considerando as publicações até 2011, verificou-se que a maior parte dos estudos de prevalência (Quadro 4) utilizam técnicas estatísticas de análise bivariada, com o objetivo de encontrar associações entre a ocorrência da violência e as características das vítimas. Já os estudos de Acierno e colaboradores (2010), de Laumann e colaboradores (2008) e de Lowenstein e colaboradores (2009) empregaram a análise de regressão logística na identificação de fatores de risco.

Devido ao pequeno número de casos de violência identificado e aos diferentes métodos de análise empregues na identificação dos fatores mais associados ao fenómeno, os fatores de risco sugeridos por alguns dos estudos carecem de investigação adicional, designadamente de sustentabilidade do ponto de vista epidemiológico e estatístico. Neste sentido e indo ao encontro da perspectiva de Pillemer (2005), apesar dos avanços obtidos na investigação dos fatores de risco, é necessária uma leitura crítica destas variáveis uma vez que a investigação que foi desenvolvida se caracteriza também por a) uma definição pouco clara do objeto; b) não diferencia, por vezes, os diferentes tipos de violência; c) utiliza diferentes critérios para determinar a população em risco; d) utiliza diferentes métodos; e) é escassa na utilização de desenhos longitudinais e estudos caso-controle; f) a mensuração dos fatores de risco nem sempre é fiável e g) são quase inexistentes os estudos prospetivos.

Quadro 4. Taxas de resposta e taxas de prevalência dos estudos revistos

	Response rate calculation ^a			Prevalence						Risk factors analysis
	Response	Refusal	Cooperation	Global	Physical	Sexual	Psychological	Financial	Neglect	
Naughton et al., 2010 (Irland)	$= \frac{I}{I + P + R + O + e}$ 83%	Not reported	Not reported	2.2%	0.5%	0.05%	1.2%	1.3%	0.3%	Univariate analysis – proportion comparison
Acierno et al., 2010 (EUA)	Not reported	Not reported	$= \frac{I}{I + P + R}$ 69%	Not assessed	1.6%	0.6%	4.6%	5.2%	5.1%	Multiple Logistic Regression
Lowenstein et al., 2009 (Israel)	Not reported	25%	Not reported	18.4%	2%		14.2%	6.4%	26%	Multiple Logistic Regression
Laumann et al., 2008 (EUA)	75%	Not reported	Not reported	Not assessed	0.2%	Not assessed	9%	3.5%	Not assessed	Multiple Logistic Regression
O’Keeffe et al., 2007 (United Kingdom)	$= \frac{I}{I + (P + R + O)}$ 65%	Not reported	Not reported	2.6%	0.4%	0.2%	0.4%	0.7%	1.1%	Univariate analysis – proportion comparison
Marmolejo, 2005 (Spain)	Not reported			0.8%	0.2%	0.1%	0.3%	0.2%	0.3%	Univariate analysis – mean and proportion comparison
Grande et al., 1999 (Australia)	Not reported ^b			2.7%	0.4%	0.1%	2.0%	0.6%	0.3%	Univariate analysis – mean and proportion comparison
Podnieks, 1993 (Canada)	Not reported			4.0%	0.5%	Not assessed	1.1%	2.5%	0.4%	Analysis of contingency tables
Ogg et al., 1992 (United Kingdom)	Not reported ^b			Not assessed	1.5%	Not assessed	5.4%	1.5%	Not assessed	Univariate analysis – mean and proportion comparison

^aDefinição das fórmulas de cálculo das taxas de resposta, recusa ou participação: I = Entrevistas completas; P = Entrevistas parciais; R = Recusas (elegíveis); NC = Não contacto; O = Outros não contactos; UH = Elegibilidade desconhecida; UO = Elegibilidade desconhecida outro; e = Estimativa de elegibilidade.

^b Apresenta a taxa de resposta para todo o inquérito de violência interpessoal realizado numa amostra da população com 18 ou mais anos, não sendo possível identificar para a população idosa

2. Um modelo de análise para o estudo da violência

2.1. Modelos teóricos e explicativos da violência contra pessoas idosas⁴

Os primeiros trabalhos desenvolvidos para explicar a violência contra as pessoas idosas, partiram de perspectivas teóricas assentes em explicações individuais, como as que se inserem nos modelos teóricos psicológico e sociológico, este último assente em fatores socio-situacionais. Estes referenciais teóricos contribuíram para desenvolver a imagem, relativamente simplista, do agressor como um cuidador bem-intencionado, mas sobrecarregado (Wolf, 1992). Nomeadamente, o modelo do “stress do cuidador”, hipótese que estabelece uma ligação entre a dependência física, emocional e/ou financeira da pessoa idosa em relação ao cuidador com o facto deste se sentir sobrecarregado e ressentido pelas exigências do ato de cuidar, eventualmente, agindo de forma agressiva e violenta ou recusando satisfazer as necessidades da pessoa idosa. Se por um lado, grande parte dos modelos provém de teorias explicativas dos maus-tratos infantis e da violência conjugal, a multiplicidade de explicações teóricas será também, em grande parte, influenciada pela heterogeneidade de fatores de risco apontados pela investigação (Ferreira-Alves, 2005).

Burnight e Mosqueda (2011) propõem a organização dos diversos modelos teóricos em quatro grandes abordagens, de acordo com o foco que é dado aos diferentes determinantes: interpessoal, intrapessoal, multisistémica e sociocultural (Figura 1).

A abordagem intrapessoal centra-se nos fatores individuais e integra, pelo menos, duas teorias: a teoria da aprendizagem social desenvolvida por Bandura (1973 em Burnight & Mosqueda, 2011) e a teoria da psicopatologia do cuidador (Ferreira-Alves, 2005; Fulmer, Guadagno, Dyer & Connolly, 2004).

A teoria da aprendizagem social, também denominada “teoria do ciclo da violência” ou “transmissão transgeracional” assume que “violência é um comportamento aprendido ao longo do ciclo de vida e transmitido entre as diferentes gerações” (Burnight & Mosqueda, 2011, p.9). Os indivíduos que durante a infância foram sujeitos a maus-tratos ou que observaram comportamentos violentos por parte dos seus modelos de referência (e.g., pais), integrariam a violência no seu reportório comportamental e, deste modo, teriam maior probabilidade de se comportarem de forma violenta na idade adulta.

A teoria da psicopatologia do cuidador examina o papel do cuidador e as suas características, relacionando os seus problemas mentais com o risco de violência (Ferreira-Alves, 2005; Fulmer et al., 2004). O’Connor e Rowe (2005) citam vários estudos cujos resultados indicam que os cuidadores abusivos, ao contrário dos não abusivos, têm mais probabilidades de possuir uma história de doença mental, de terem perturbações de personalidade, de abusarem de álcool ou de outras substâncias e de serem financeiramente dependentes da pessoa idosa. Conquanto as características do cuidador citadas pareçam ser fatores de risco importantes na ocorrência da violência, estas não chegam para dar conta da complexidade do fenómeno como um todo.

⁴ Uma descrição mais aprofundada destes dados será disponibilizada no artigo ainda não publicado: “Gil, A. P., Santos, A. J., Nicolau, R. & Santos, C. (s/d). Fatores de risco da violência contra as pessoas idosas: consensos e controvérsias em estudos de prevalência, no prelo”.

A teoria do stress do cuidador, a teoria da troca social e teoria da díade de discórdia enquadram-se na abordagem interpessoal onde se incluem as teorias que se centram na relação entre vítima e agressor. A teoria do stress do cuidador preconiza a origem da violência numa sobrecarga do cuidador, incapaz de responder às necessidades da pessoa cuidada (Fulmer et al., 2004). A violência é tida como um subproduto do envelhecimento, o qual leva a que as pessoas idosas fiquem mais dependentes e a necessitar de cuidados. Os cuidados familiares são concebidos como uma experiência negativa, um peso (Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980) e o contexto de cuidados constitui um espaço propício à emergência da violência contra a pessoa cuidada, geralmente idosa e em situação de incapacidade funcional e mental. Seria um fenómeno situacional que ocorreria pelo isolamento social e condições socioeconómicas adversas associadas ao longo período de prestação de cuidados (Paveza et al., 1992; Luescher e Pillemer, 1998; Lachs et al., 1997). Criar uma relação unívoca entre a violência/negligência e stress como principal causa constitui, contudo, uma análise de causalidade linear (Gil, 2010). Se um número crescente de pessoas idosas necessita de algum tipo de cuidados por parte dos seus familiares, os dados provenientes dos estudos de prevalência indicam que só uma minoria daquelas é de facto vítima (Pillemer, 2005). Por outro lado, vários estudos revistos não evidenciaram diferenças significativas no nível de stress entre cuidadores abusivos e não abusivos (Pillemer, 2005).

Figura 1. Sistematização das teorias explicativas

Foco na relação entre vítima e agressor	
Interpessoal	<p>Modelo do stress do cuidador</p> <p>Fenómeno situacional gerado pelo stress do cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade física e/ou mental da vítima • Condições desfavoráveis • Baixas competências de <i>coping</i>
	<p>Teoria da troca social</p> <p>Fenómeno relacional gerado pelo desequilíbrio nas trocas sociais entre a pessoa idosa e o cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diferença entre poder • Menor recompensa emocional da relação
	<p>Teoria díade da discórdia/violência bidirecional</p> <p>Fenómeno bidirecional provocado tanto pelo cuidador como pela pessoa que recebe cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlo geracional (bater, gritar, ameaçar); <p>Pessoa idosa sofre de demência (e.g., doença de Alzheimer) com comportamentos agressivos para com o cuidador.</p>
	<p>Modelo da psicopatologia do perpetrador</p> <p>Fenómeno patológico provocado por problemas de saúde mental e de consumo de substâncias pelo agressor (e.g., esquizofrenia, psicoses, alcoolismo).</p>
Foco no desenvolvimento individual	
Intrapessoal	<p>Modelo da violência transgeracional</p> <p>Fenómeno relacional gerado pelo ciclo de violência familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprendizagem relacional entre pais e filhos; • Perpetuação da violência ao longo do desenvolvimento relacional entre gerações.
Foco nos contextos socioculturais da vítima e agressor	

	Teoria de poder e controlo	Fenómeno originário na perda de poder e controlo da pessoa idosa devido à discriminação com base na idade (ageism)
Multissistémica	Foco na interação e impacto dos diferentes sistemas onde vítima e agressor habitam	
	Modelo sócio ecológico	Multiplicidade de causas, agrupadas em subsistemas: macro (sistema de crenças e atitudes sociais), o exo e o meso (sistema de relações de trabalho, educação, família, entre outros) e o micro sistema (relações entre pais-filhos)

Fontes: Burnight e Mosqueda (2011) e Ferreira-Alves (2005).

A teoria da troca social aborda a relação entre a pessoa idosa e um cuidador abusivo e as tácticas e respostas implícitas que foram sendo estabelecidas na vida familiar daquela relação (Fulmer et al., 2004). As interações entre os indivíduos são percebidas como um processo de trocas negociadas, onde circulam apoios recíprocos (domésticos, materiais, financeiros, etc.), indissociáveis das normas de obrigação e reciprocidade familiar (Bengston, 2001), mas que também implicam relações ambivalentes de desigualdade, poder e dependência (Luescher & Pillemer, 1998). Ou seja, há uma expectativa entre ambas as partes acerca dos benefícios ou recompensas, bem como das responsabilidades inerentes a essa relação; essa expectativa que pode ver-se defraudada face ao envelhecimento e à dependência e/ou mais baixo estatuto social que este processo pode implicar. O envelhecimento, pela situação de dependência decorrente e/ou baixo estatuto social percecionado pode gerar uma alteração de poder e reciprocidade na relação (Burnight & Mosqueda, 2011). Um cuidador sentiria assim maior poder, mas simultaneamente uma menor recompensa na relação, o que originaria a relação abusiva. Uma das críticas dirigidas à teoria da troca social reside precisamente na não inclusão dos determinantes macrossociais e na visão redutora de cingir a pessoa idosa a uma posição social desigual e de dependência (Sev'er, 2009), como se a dependência marcasse a dissolução da relação familiar e o fim da reciprocidade social (Lavoie, 2000). Além disso, alguns estudos têm observado que o cuidador é, por vezes, ele dependente da vítima e que esta dependência é um fator de risco significativo para o abuso (Pillemer & Finkelhor, 1988; Pillemer & Wolf, 1986).

A teoria da diáde da discórdia postula que a discórdia e os comportamentos são constructos centrais na violência familiar (Riggs & O'Leary, 1996 em Burnight & Mosqueda 2011). Também denominada de "violência bidirecional", esta abordagem decorreu de investigações na violência conjugal, cujos resultados indicavam que as mulheres podiam ser tão violentas quanto os homens nas relações de intimidade (Archer, 2000 em Burnight & Mosqueda, 2011). A reciprocidade da violência faz dos próprios cuidadores vítimas de violência, sendo esta, por isso, bilateral e resultante da interação social. O estudo de Paveza e colaboradores (1992) veio demonstrar que as famílias com doentes de Alzheimer estão mais vulneráveis a episódios comportamentais violentos, tanto por parte de quem é cuidado, como por quem cuida.

Da abordagem sociocultural destaca-se a teoria de poder e controlo, desenvolvida inicialmente no âmbito da violência conjugal e enquadrada na perspectiva feminista. A violência

conjugal surgiria a partir de uma “relação de poder desigual e opressiva entre homens e mulheres” (Walker, 1990 em Burnight & Mosqueda, 2011, p.14). No caso da população idosa, tal derivaria do conceito de “*ageism*” ou idadeísmo. Esta forma de discriminação com base na idade reflete numa particular sociedade os estereótipos, preconceitos e atitudes baseados em percepções globais sobre a idade e sobre a velhice, em particular (WHO, 2002a) e explicita uma tendência para desvalorizar as competências e capacidades das pessoas mais velhas. A violência não resultaria assim de um aumento das necessidades da vítima, mas de estratégias coercivas utilizadas pelo agressor para manter controlo e poder na relação.

Das abordagens multisistémicas destaca-se a teoria ecológica (Bronfenbrenner, 1979). Esta teoria foi adotada para aprofundar o conhecimento sobre a violência conjugal, centrando a sua análise nas potenciais causas da violência (Dutton, 1985 em Burnight & Mosqueda, 2011). O modelo sócio ecológico deriva da teoria ecológica e alia-a à perspectiva do ciclo de vida, enfatizando a variável temporal no contexto da vida familiar. Por outras palavras, o processo de desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida é condicionado pelas mudanças que configuram os contextos sociais e culturais onde os indivíduos se inserem e estabelecem diferentes relações sociais. Procura-se assim, explicar o fenómeno por uma multiplicidade de causas agrupadas em subsistemas: macro (sistema de crenças e atitudes sociais), o exo e o meso (sistema de relações de trabalho, educação, família, entre outros) e o micro (sistema de relações entre pais-filhos).

2.2. Modelo socio ecológico

Os modelos teóricos e explanações desenvolvidas sobre a violência contra as pessoas idosas tenderam a focar-se em aspetos ou individuais ou da relação entre vítima e agressor. Já os aspetos culturais, associados às representações coletivas do significado de envelhecimento e de violência, constituem uma dimensão quase sempre ausente das matrizes teóricas que identificam e sistematizam os principais fatores de risco, enfatizando apenas fatores psicológicos, sociais ou contextuais. Neste âmbito, têm surgido alguns estudos, sobretudo de natureza qualitativa, que vêm ressaltar para a importância que a perspectiva cultural tem na explicação do fenómeno, chamando atenção para as crenças, mitos e estereótipos que podem estar subjacentes às percepções coletivas da violência, constituindo esta uma dimensão a ser atendida na análise deste fenómeno social (del Corral, García-Armesto, Pajares, Otero, & Ruipérez, 2004; Mercurio & Nyborn, 2006; Mouton et al., 2006; Patterson & Malley-Morrison, 2006)

Na análise da violência como um problema de saúde, social e político, multidimensional, onde intervêm vários fatores explicativos, os aspetos macrossociais não podem ser escamoteados. Uma compreensão mais abrangente do fenómeno exige o reconhecimento dos diferentes fatores de risco explicativos sobre o problema, para o qual a abordagem do modelo socio ecológico oferece uma estrutura teórica, enquadradora e multifatorial.

O modelo sócio ecológico deriva do modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1997 em Schiamberg & Gans, 1999). Utiliza uma visão multidimensional da violência interpessoal, examinando a sua ocorrência como resultado da interação entre o indivíduo, relações interpessoais, comunidade e traços societais, combinando, assim, fatores de risco a

partir de diferentes abordagens (Nahmiash, 2002; Schiamberg & Gans, 1999; Sev'er, 2009; WHO, 2010).

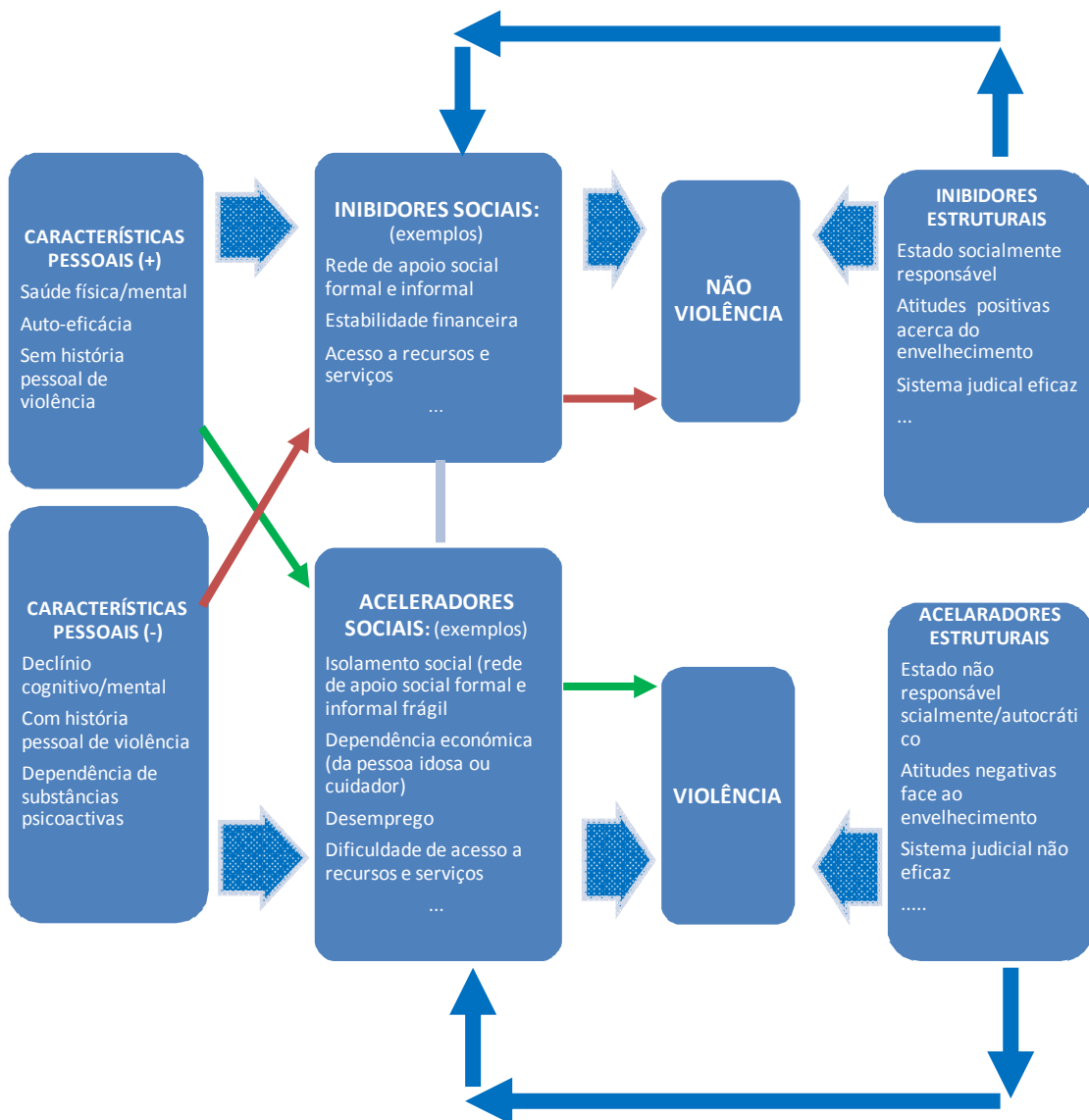
O ser humano desenvolve-se e age interactivamente com 4 níveis e sistemas ambientais. O microssistema centra-se na família enquanto o principal contexto de desenvolvimento. O mesossistema compreende as inter-relações entre dois ou mais contextos, como por exemplo as relações entre a família, o trabalho e a vida social. O exossistema compreende contextos indiretos à pessoa, como será o trabalho de um familiar. Por último, o macrosistema inclui valores, normas e padrões ideológicos de uma determinada cultura. Procura-se, assim, explicar o fenómeno por uma multiplicidade de causas, agrupadas em subsistemas:

- O *nível macro* refere-se aos determinantes estruturais (incluindo o sistema jurídico da pessoa idosa vítima de violência, a trajetória institucional da denúncia e de proteção) e ao sistema de crenças, normas culturais e atitudes sociais face ao *ageism* e à violência. As especificidades culturais determinam não só o estatuto social da pessoa idosa, que pode diferir entre culturas e países, como as atitudes sociais associadas ao processo de envelhecer (*ageism*, idadismo), que podem fundamentar diferentes conceções sobre a violência e a maior ou menor tolerância face à mesma;
- O *exo* e o *meso* referem-se ao sistema de relações de trabalho (o desemprego, a instabilidade laboral, os recursos financeiros) e às redes sociais de suporte (informal e formal);
- O *nível micro* refere-se ao tipo de relações familiares (conjugais, filiais). Este último inclui as características individuais que podem potenciar o risco de um indivíduo se tornar vítima (o sexo, a idade, a situação de incapacidade física e/ou mental, etc.) ou agressor (sexo, a idade, os traços de personalidade, os problemas de saúde mental, os problemas aditivos, a falta de apoio social, entre outros), bem como os fatores de risco de contexto (a coabitação, a história familiar de violência/transmissão intergeracional, o isolamento social).

Na figura 2 pode-se observar de que modo estes diferentes níveis descritos, interagem entre si de modo a aumentar ou diminuir a vulnerabilidade de ocorrência de violência.

Determinantes individuais que funcionarão como fatores de risco são moldados pelas condições sociais, as quais são influenciadas pela estrutura societal. Ou seja, por exemplo, a incapacidade física (determinante individual) pode não ser um fator de risco por si só. Possivelmente este aspeto, pode sim, ser um fator de risco se considerarmos que o principal cuidador é um filho sem recursos psicológicos ou emocionais, por exemplo, também devido a problemas de saúde mental (determinante individual), para lidar com o ato de cuidar e sem apoio social formal, como por exemplo, um serviço de apoio domiciliário na comunidade (determinante social). Neste caso os determinantes individuais do cuidador (problema de saúde mental) juntamente com os determinantes sociais (ausência de serviços de apoio domiciliário na comunidade) poderão em conjunto potenciar ainda mais a vulnerabilidade à ocorrência de violência do que a incapacidade funcional da pessoa idosa, fator de risco em si mesmo. Ou seja, determinadas condições sociais da pessoa idosa e possível agressor poderão aumentar ainda mais as probabilidades de ocorrência da violência que determinantes individuais tidas isoladamente.

Figura 2. Modelo conceptual em três níveis da violência contra as pessoas idosas



Por sua vez, as características estruturais para além de influenciarem, indiretamente, as condições sociais, podem também fornecer uma “arena” onde a violência seja mais ou menos provável de ocorrer. Por exemplo, um Estado com políticas ativas de proteção e apoio à população idosa pode providenciar mais e melhores serviços de suporte a cuidadores familiares e, assim, potenciar, um melhor cuidado, por exemplo, a pessoas idosas com incapacidade funcional. Para além disso, o próprio contexto cultural e a perceção social da pessoa idosa e do envelhecimento podem influenciar atitudes face à violência contra a pessoa idosa e potenciar medidas de prevenção e minimização do fenómeno.

Capítulo II: Fase exploratória, contributos da abordagem qualitativa

Introdução

Um aspeto que surge associado à definição conceptual de violência diz respeito à sua operacionalização. *O que significa ser-se vítima de violência?* No caso da definição concetual e operacional da violência, o presente projeto teve em conta várias dimensões de análise e, nesse sentido, foi também importante considerar o impacto das especificidades jurídicas e culturais. O problema coloca-se ao nível da definição dos critérios para medir o problema, quer na perspetiva de quem investiga, quer do país no qual o estudo é desenvolvido. As especificidades culturais determinam não só o estatuto social da pessoa idosa, as atitudes sociais associadas ao processo de envelhecer (*ageism*, idadismo), como também podem fundamentar diferentes conceções sobre a violência e a maior ou menor tolerância face à mesma.

Na fase exploratória do presente projeto procedeu-se a um enquadramento das condutas na jurisdição portuguesa. Adicionalmente utilizou-se duas metodologias qualitativas - *focus group* e entrevistas - que permitiram delimitar conceitos e adequar as questões à população-alvo. Além da contribuição para o desenvolvimento dos dois questionários aplicados nos dois estudos do projeto, estas abordagens também permitiram desenvolver estratégias para abordar os participantes e diminuir o risco de *distress* emocional das potenciais vítimas.

1. Enquadramento jurídico-legal

A operacionalização dos tipos de crimes previstos na lei torna mais complexo o consenso na definição das condutas de violência, dado, por um lado, os ordenamentos jurídicos próprios de cada país e, por outro, as especificidades culturais, que também moldam as condutas, as quais devem ser inevitavelmente enquadradas no sistema normativo e jurídico-legal, de cada país. A equipa de investigação procurou ultrapassar esta questão através da delimitação de um quadro operacional que permitisse efetuar uma correspondência entre os crimes tipificados na Lei portuguesa e os conceitos operatórios utilizados pela literatura.

A equipa de investigação procurou ultrapassar esta questão através da delimitação de um quadro operacional que permitisse efetuar uma correspondência entre os crimes tipificados na Lei portuguesa e os conceitos operatórios utilizados pela literatura. Procedeu-se a uma análise aprofundada dos textos jurídico-penais em Portugal, o que implicou uma clarificação conceptual e a construção de uma matriz analítica que consensualizasse os crimes tipificados na lei Portuguesa e os conceitos operatórios (traduzidos em condutas) utilizados na presente investigação (Fonseca, Gomes, Faria & Gil, 2012).

Nesta medida, foi construída uma tipologia de condutas pelos cinco tipos de violência e respetivo enquadramento jurídico-legal (Quadro 5)⁵. A violência física, psicológica, sexual e financeira resulta de forma clara da terminologia jurídica vigente, considerando que se

5 Para uma análise mais aprofundada ver o artigo: Fonseca, R., Gomes, I., Faria, P. & Gil, A.P. (2012). Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 149-162.

inserir no âmbito da violência física todos os atos e condutas que causem dano à integridade física (corpo) e saúde dos indivíduos. As ameaças e as condutas que visam a humilhação, a diminuição psicológica e o isolamento, que prejudiquem a saúde psicológica, a autodeterminação e o desenvolvimento individual inserem-se no âmbito da violência psicológica. A violência sexual contempla as ações destinadas a obrigar alguém a manter contacto sexual com outrem contra a sua vontade, nas suas diferentes formas, por recurso à intimidação, ameaça, violência física ou qualquer outra forma que diminua ou anule a vontade individual. Por último, a violência financeira abrange as situações cujas condutas têm como objetivo a obtenção de um determinado benefício, ilegítimo, financeiro ou patrimonial. As diferentes formas de violência aqui enunciadas, no caso Português, podem ainda ser enquadradas ou caracterizadas como violência doméstica ou crime de maus tratos, de acordo com o disposto nos artigos 152º e 152º-A do Código Penal, dependendo da relação existente entre a vítima e o agente agressor⁶.

A negligência, prevista no Código Penal Português (nº 2 do artigo 10º), verifica-se quando alguém que se encontra obrigado a agir, não o faz, ou seja, se abstém (omissão) provocando, com a sua omissão, lesão, mau estar, dor, sofrimento ou até a própria morte a outrem que se encontra ao seu cuidado ou guarda (Cf. Decreto-lei nº 48/95 citado por Fonseca et al., 2012)

Quanto às figuras da “apropriação do domicílio” e da “não participação nas despesas domésticas” (quando tal tenha sido acordado e haja capacidade de o cumprir por parte daquele que não contribui), as mesmas não encontram enquadramento no texto normativo português. No entanto, e face à revisão da literatura realizada bem como às percepções dos técnicos no terreno (Gil & Fernandes, 2011), estas formas encontram-se entre aquelas que terão maior expressão na realidade portuguesa.

⁶ A violência doméstica pressupõe que a relação entre vítima e agressor previamente existente se insira nas alíneas do nº 1 do artigo 152º do Código Penal. Referimo-nos a maus tratos, se o agente agressor tiver à sua guarda e sob a responsabilidade, direção ou educação ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa atendendo às suas circunstâncias e idade (Cf. artigo 152º-A).

Quadro 5. Tipificação de condutas segundo formas de violência

Tipo de violência	Descrição da conduta em relação à pessoa idosa	Crime a que corresponde na Lei
Violência Física	Agredir (por exemplo: empurrar, puxar, agarrar, amarrar, cortar, bater, atirar objeto, etc.)	Ofensas à integridade física Artigos 143º a 147º
	Trancar num quarto/ compartimento ou impedir o acesso a toda a casa	Sequestro Artigo 158º
	Ter uma incapacidade (por exemplo, dificuldades de locomoção ou défice cognitivo) e ser deixado(a) sozinho(a) por longos períodos de tempo, pondo em risco a sua segurança	Crime de abandono Artigo 138º
Violência Psicológica	Ameaçar de forma grave abandonar, agredir, castigar, institucionalizar	Crime de ameaça/coação Artigos 153º e 154º
Violência Sexual	Sujeitar, sem consentimento a algum contacto do tipo sexual	Crime de coação sexual/violação/ Crime de abuso sexual de pessoa incapaz de resistência Artigos 163º e 164º, artigo 165º
Violência Financeira	Roubar ou utilizar objetos e/ou bens contra a vontade do proprietário desses bens	Crime furto/roubo Artigos 203º e 210º
	Forçar ou obrigar a assinar um documento ou um qualquer papel que conceda direitos a si próprio	Crime de burla/extorsão Artigos 217º e 223º
	Utilizar objetos e/ou bens sem autorização	Crime de abuso de confiança/abuso de cartão de crédito Artigos 205º e 225º
	Apropriação de casa, e.g. modificar mobília e decoração da casa, colocar objetos pessoais e/ou ocupar divisões da mesma sem autorização (apropriação de casa)	Sem previsão criminal correspondente
	Não contribuir para as despesas da casa depois de tal ter sido acordado e não havendo incapacidade económica para o fazer (não participação nas despesas domésticas)	Sem previsão criminal correspondente
Negligência	Recusa no apoio às atividades da vida diária	Artigos 10º e 15º

Fonte: Fonseca, Gomes, Faria & Gil (2012)

2. Abordagem qualitativa no desenvolvimento de dois estudos quantitativos

Algumas das questões de partida definidas no início do projeto de investigação, nomeadamente a consideração dos aspetos culturais na análise de um fenómeno multidimensional como é a violência, implicam uma reflexão sobre a abordagem qualitativa, num projeto de natureza eminentemente quantitativa. Esta reflexão remete também para uma discussão teórica entre o contributo de um paradigma quantitativo e qualitativo e de que forma a complementaridade entre os dois potencia uma análise mais adequada ao objeto de estudo.

Em sociologia, Raymond Boudon (1990) situa estes dois paradigmas numa perspetiva que pretende ser mais explicativa, tendo como influência um modelo positivista (quantitativo), ou uma perspetiva compreensiva (qualitativa), tendo como base um modelo construtivista. A sociologia contemporânea há muito que tem chamado a atenção para a necessidade de

superar esta divisão paradigmática e o discurso simplista sobre as vantagens e desvantagens de ambos os métodos (Lima, 1989). Na última década, o reconhecimento da mais-valia em cruzar a pesquisa qualitativa e quantitativa tornou-se objeto de múltiplas reflexões (Bryman, 1993 em Burton, 2000; Flick, 2005), processo usualmente denominado por triangulação (Fielding & Schreier, 2001). “A triangulação pode ser definida como a utilização de dois ou mais dos métodos de recolha de dados para o estudo de alguns aspetos do comportamento humano” (Cohen & Manion, 1989, p. 269).

Apesar da utilização frequente do termo “triangulação”, desde que foi introduzido por Denzin (1970), para denominar qualquer investigação que combine métodos qualitativos e quantitativos, o termo tem sido utilizado para além do seu significado inicial (em Fielding & Schreier, 2001). Mais do que a combinação de métodos por si mesmo, o conceito de “triangulação” ou “métodos mistos” permite a validade (externa e interna) dos resultados (Fielding & Schreier, 2001). Ou seja se diferentes métodos geram diferentes tipos de erros, a combinação destes permitiria diminuir os vieses que a utilização individual de cada método possa implicar. Os dados obtidos pelos diferentes métodos, na medida em que apontariam para a convergência de resultados seriam formas distintas de validação. Todavia, mais do que a triangulação como forma de validação de resultados, ela surge como uma forma possível de integrar perspetivas diferentes, mas complementares, sobre um mesmo fenómeno de estudo.

Morgan (1998) apresenta 4 possíveis formas de combinação de métodos qualitativos e quantitativos: (a) confirmação, quando os mesmos resultados (utilizando métodos distintos) conduzem às mesmas conclusões; b) elaboração, quando os dados qualitativos exemplificam, em casos particulares, a aplicação dos dados quantitativos; c) complementaridade, quando os dados qualitativos e quantitativos, mesmo que diferindo geram “general insights”; e contradição, quando os dados qualitativos e quantitativos são contraditórios e oponentes.

Um desses métodos é denominado por sequenciação. No caso da sequenciação, os métodos qualitativos e quantitativos são utilizados no mesmo estudo, embora em diferentes fases do processo de investigação (Fielding & Schreier, 2001; Morgan, 1998), com objetivos específicos, abordando diferentes questões de pesquisa (Brannen, 2005).

Da combinação entre a escolha do método principal e a decisão sequencial, Morgan (1998) propõe quatro possíveis “*basic designs*”: (a) estudo qualitativo que utilize preliminarmente o método quantitativo como complementar; (b) estudo quantitativo que utilize preliminarmente o método qualitativo como complementar; (c) estudo qualitativo que utilize como follow-up o método quantitativo como complementar; e (d) estudo quantitativo que utilize como follow-up o método qualitativo como complementar.

O projeto “Envelhecimento e violência” parte de dois destes “*basic designs*”. O qualitativo surge como ponto de partida e ponto de chegada, tendo como método principal o método quantitativo (b e d).

De forma a analisar algumas das contradições e dos problemas associados à temática da violência no contexto doméstico, partimos de uma estratégia metodológica essencialmente qualitativa, entrevistas em profundidade e dinamização de focus group, identificando dois grupos: vítimas e não vítimas. As metodologias qualitativas permitiram explorar e pensar em

estratégias mais adequadas para definir, conceptual e operacionalmente, o problema e antever os potenciais riscos em inquéritos de base populacional: a sobrestimação versus subestimação.

2.1. Focus group e entrevistas

Dadas as especificidades do objeto de estudo, a definição operacional de caso é essencial, atendendo a dois potenciais riscos na estimação de prevalências: “a sobrestimação do fenómeno se o campo tem fronteiras muito ténues e o risco de subestimação se a definição é muito estreita” (Hugonot, 1990, p.24).

Estes dois riscos vêm enfatizar mais uma vez a importância que a dimensão cultural tem na análise do problema. Por um lado, pode existir um risco de sobrestimação se na mesma categoria linguística são colocadas diferentes interpretações, devido a um incorreto entendimento do significado principal do problema. Por outro lado, a desvalorização do problema vivido e apreendido socialmente, pode diminuir a capacidade da população idosa em proceder à denúncia da vitimização, levando ao risco da subestimação do problema. Assim, a expressão do problema reportado pode ser subavaliada, devido a sentimentos inibidores da denúncia, tais como a vergonha ou o medo, a culpa ou, até mesmo, pelo desconhecimento por parte da vítima dos direitos sociais que lhe são conferidos, com consequências inevitáveis para as estimativas de prevalência.

A introdução do contexto socio cultural na reflexão sobre a avaliação da violência contra as pessoas idosas em Portugal suscita as seguintes interrogações: *Qual o entendimento e as interpretações que vítimas e não vítimas (população em geral) fazem do fenómeno? Como o definem? Que categorias linguísticas são utilizadas? Como definem as várias formas de violência? Quais as causas? Como concebem a denúncia?*

Procurando responder a estas interrogações foram realizados, na fase exploratória do projeto, quatro *focus group* e entrevistas exploratórias em profundidade de modo a analisar algumas das contradições e dos problemas associado à temática da violência no contexto doméstico. Para além disso, a utilização destas metodologias qualitativas permitiram adequar os domínios a incluir nos questionários finais, a assegurar que a formulação das perguntas seja compreendida e a analisar a melhor forma de abordar potenciais participantes.

Ao todo foram realizadas 13 entrevistas exploratórias em profundidade a vítimas, selecionadas a partir da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) e de outras entidades (Junta de freguesia e Polícia de Segurança Pública – PSP). As entrevistas exploratórias tiveram como objetivo examinar a complexidade do problema, partindo de vários perfis de vítimas, de modo a compreender a história de vitimização, os ato(s) de violência experienciados, as condições de ocorrência (onde, duração, frequência), as características do agressor (sexo, idade, escolaridade situação profissional), o tipo de relação (familiar, amizade, vizinho, formal) e as perceções sobre a vitimização (motivações, razões, problemas).

Alguns dos resultados obtidos através das entrevistas focaram, apenas, as situações de vitimização perpetradas por descendentes e a análise de seis entrevistas permitiu-nos, não só

compreender a história de vitimização, como captar as percepções sobre a forma como esta se relaciona com o processo de envelhecimento⁷.

A perspetiva do grupo de não-vítimas foi obtida através da dinamização de focus group. Esta técnica de recolha de dados consiste na utilização da interação grupal como um meio de produção de dados exploratórios e de identificação de diferentes posicionamentos sobre um determinado tema (Flick, 2005; Duchesne & Haegel, 2004).

Para a dinamização dos focus group partimos da matriz conceptual do envelhecimento ativo. Esta opção foi intencional de modo a chegar ao eixo da segurança, ou seja, aos aspetos referentes à proteção e à prevenção da violência. Procurou-se explorar as definições e as percepções da violência contra as pessoas idosas, a partir de um grupo de pessoas com 60 e mais anos. No total, foram contempladas 60 pessoas distribuídas por 4 subgrupos, provenientes de diferentes fontes de seleção (universidade sénior, centro de dia, juntas de freguesia) e oriundas do meio urbano, semiurbano e rural da Área Metropolitana de Lisboa. Os quatro focus group contaram com a participação de grupos heterogéneos de pessoas (máximo de 20 pessoas), homens e mulheres, oriundos de diferentes idades e de diversas categorias socioprofissionais.

Como eixos de discussão definiram-se os seguintes: “O que significa envelhecer?”; “Que fatores contribuem para a qualidade de vida após a reforma?”; “Na sua rede de contactos conhece alguém (60 e + anos) que seja vítima de alguma forma de violência?”; “Quais as formas de violências identificadas e descritas?”; Quais as principais causas para a ocorrência da violência?”.

Conforme analisado por Gil e Santos (2012a) as especificidades culturais geram diferentes entendimentos sobre o problema. Os estereótipos e crenças em torno do processo de vitimização na velhice mostram como um mesmo problema pode expressar diferentes posicionamentos de sobrevalorização ou subestimação. Do confronto entre as percepções de vítimas e não vítimas sobre a violência sobressaem diferentes interpretações. Em ambos os grupos (vítimas e não vítimas) o entendimento da violência excede as condutas e comportamentos considerados abusivos e retratados na literatura⁸.

Para os grupos focais, por um lado, violência é falta de apoio (moral, emocional), distanciamento (físico e psicológico) e abandono. Por outro lado, as dificuldades nas práticas de cuidados na velhice podem ser consideradas uma forma de omissão e, por vezes, de violência. O estar longe, física, geográfica e emocionalmente, entre pais e filhos adultos, é considerado uma forma de abandono e não cumprimento das obrigações familiares.

Percecionado pela população em geral como resultante da perda dos valores sociais e familiares, o significado atribuído às condutas de violência pode contribuir para um excessivo empolamento do mesmo. A sensibilização do problema, através da comunicação social, como

⁷ Para uma análise mais aprofundada ver o artigo: Gil, A. P. & Santos, A. J. (2012). Simbologias em torno do processo de envelhecer e da vitimização: um estudo qualitativo, *Sociologia*, número temático: envelhecimento demográfico, 151-175.

⁸ Para uma análise mais aprofundada ver o artigo: Gil, A.P. & Santos, A. J. (2012). (In)visibilidades e paradoxos na violência contra as pessoas idosas, *Atas do VII Congresso Português de Sociologia*, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 19 e 22 de Junho.

se conclui dos *focus group* realizados, representa uma forma de conhecimento de casos problemáticos, que necessitam de intervenção pública e social. A representação coletiva sobre o fenómeno poderá contribuir assim para a sobrestimação do fenómeno.

Enquanto no grupo das não vítimas, a violência é associada a uma perda de valores sociais e familiares, este argumento raramente é invocado pelo grupo de vítimas. Nos seus discursos os determinantes da violência são - e tal como também reconhecidos pela população em geral - as dependências, a doença mental e o desemprego, mas também a progressiva deterioração das relações interpessoais. O enquadramento da violência numa história familiar pode explicar assim a subvalorização que é feita pelas vítimas da violência perpetrada por descendentes. Existe não só uma tentativa de minimização dos atos de violência física, como também uma desresponsabilização por parte dos agressores. Os atos cometidos são concebidos não como um crime, mas associados a doença (física e/ou mental). Este posicionamento diferencia-se em relação às vítimas de violência conjugal, observando-se um discurso mais objetivo sobre a eficácia da intervenção jurídico-legal. Se no caso da população geral a violência conjugal pode ser moralmente menos reprovável que a violência dos filhos, no caso das vítimas de violência conjugal, o fenómeno é atualmente menos estigmatizado e mais facilmente denunciável. As vítimas reconhecem que o problema vivido está associado a valores socioculturais, ancorados numa identidade de género, assente na submissão e passividade do papel da mulher.

Na violência conjugal, o processo de envelhecimento pode aumentar a vulnerabilidade face à violência por parte dos cuidadores, devido ao aumento da fragilidade física e mental. Por outro lado pode também contribuir para a tomada de decisão permitindo a cessação de situações de vitimização conjugal prolongadas no tempo. Deste modo, é importante considerar a complexidade do fenómeno, quer pelas diferentes dimensões que abarca, quer pelas especificidades culturais associadas à sua definição (Gil & Santos, 2012b).

A utilização destas duas metodologias qualitativas permitiram ainda aperfeiçoar e adequar a formulação das questões, a estrutura do questionário, além do teste piloto dos instrumentos (questionário à população em geral e questionário às vítimas). Adicionalmente possibilitaram desenvolver estratégias que poderiam incrementar a taxa de resposta e permitir uma abordagem mais eficaz aos participantes, bem como estratégias que evitassem a retraumatização das vítimas de violência.

2.2. Desenvolvimento dos instrumentos

O projeto incluiu dois estudos quantitativos, para os quais foram desenvolvidos dois questionários: o estudo populacional de violência e o estudo sobre vítimas de violência. Os questionários utilizados no âmbito dos dois estudos possuíam uma estrutura semelhante e contemplavam, na sua grande maioria, as mesmas questões. Em ambos os questionários incluíram-se questões gerais e questões específicas direcionadas às vítimas. No desenvolvimento destas questões, as metodologias qualitativas foram essenciais.

Em primeiro lugar, as abordagens qualitativas mostraram que não existe consenso na nomenclatura a utilizar para definir o fenómeno. Violência pode ser abuso, maus-tratos ou negligência para alguns participantes, enquanto para outros a negligência corresponderá a uma categoria à parte, mais relacionada com o abandono (Gil & Santos, 2012a). Neste âmbito

o enquadramento às questões sobre violência incluiu, intencionalmente, todos os termos utilizados pelos participantes do focus group e entrevistas: *“Vamos falar agora de si, de situações violência, maus-tratos e negligência que poderão ter ocorrido nos últimos 12 meses por parte de alguém que está próximo de si, com quem passa bastante tempo ou que vive consigo. Trata-se de um estudo confidencial e anónimo. Não precisamos de saber nomes.”*

No questionário, cada um dos cinco tipos de violência foi operacionalizado em termos de comportamentos específicos concretizados através de exemplos. É de ressaltar que a maioria dos exemplos de comportamentos violentos descritos foi discutida pelos participantes do focus group, tendo por vezes, levado à reformulação de algumas perguntas. Por exemplo, a seguinte questão foi dividida em duas perguntas: *“Nos últimos 12 meses alguém se apropriou indevidamente da sua casa e está lá a viver sem contribuir para as despesas?”*. Os participantes consideravam que esta questão avaliava dois comportamentos diferentes. A questão não se referia apenas às despesas de gestão doméstica, mas também à utilização indevida de objetos, bens e propriedades de outro indivíduo. Neste caso, o comportamento, enquadrado como uma manifestação de violência financeira, foi formulado em duas questões diferentes (*“alguém se apropriou da sua casa”* e *“vive alguém em sua casa com quem tenha combinado dividir despesas e essa pessoa deixou de o fazer, ainda que tenha capacidade económica”*). Para cada uma das questões foram ainda incluídas como exemplo todas as ações possíveis de enquadrar o comportamento. De uma forma geral, os exemplos incluídos nas questões que avaliavam os comportamentos utilizados para medir os diferentes tipos de violência, foram fornecidos pelos participantes dos *focus groups* e entrevistas.

As entrevistas exploratórias revelaram ainda que as respostas sociais e institucionais eram percebidas diferenciadamente pelas vítimas de violência conjugal e as vítimas de violência perpetrada por descendentes (filhos e netos). Após o término da relação conjugal, em quase todos os casos, as vítimas de violência conjugal apresentaram uma queixa-crime, enquanto a mesma só foi realizada por uma das seis vítimas de violência filial. Mesmo quando os procedimentos jurídico-legais são acionados (queixa-crime apresentada por terceiros), as vítimas de violência filial nunca consideram a saída compulsiva do filho ou neto da sua habitação. Estas duas perspetivas, sobre como e onde pedir ajuda, levaram à inclusão de uma secção no questionário que abordasse o comportamento de procura de ajuda por parte das vítimas.

Por último, procedeu-se ao pré-teste dos questionários junto dos participantes do *focus group*, como das vítimas entrevistadas. O questionário foi revisto após o pré-teste, que permitiu identificar dificuldades de compreensão das perguntas, mais sensíveis, alteração da ordem das perguntas. O feedback dos inquiridos no final da aplicação, via telefone e presencial, conduziu à revisão de alguma das perguntas contempladas no questionário. No total, o pré-teste abrangeu aproximadamente 100 pessoas, tendo-se utilizado a entrevista presencial e telefónica.

2.3. Abordagem dos participantes

A exploração de diferentes formas de abordagem (via telefone, presencial) a vítimas e não-vítimas foram possíveis graças à utilização de metodologias qualitativas na fase exploratória. É de notar que se, por um lado a violência é um tema sensível e complexo de

abordar, por ser do foro íntimo e por suscitar, conseqüentemente, sentimentos de vergonha, negação e medo, é também alvo de uma imprevisibilidade na resposta. Os resultados das entrevistas e *focus group* mostraram também que o impacto de reviver situações potencialmente traumáticas (a designada “vitimização secundária”) não pode ser generalizada, pois diferentes indivíduos sentem e reagem diferentemente à entrevista. Pode mesmo nalguns casos ter efeitos benéficos para as pessoas idosas vítimas de violência, como se constatou em algumas entrevistas exploratórias (Gil, Santos & Santos, 2013)⁹. De facto as metodologias qualitativas utilizadas na fase exploratória do projeto constituíram um contributo fundamental no desenvolvimento do inquérito de natureza quantitativa, ao nível quer das estratégias para fomentar a participação via telefone, quer na diminuição dos riscos de impacto emocional nos potenciais participantes (Gil et al., 2013).

Os aspetos éticos num estudo desta natureza são elementos também essenciais no desenvolvimento do projeto, que nem sempre podem ser acautelados antes do confronto com os potenciais participantes. Neste sentido, a fase exploratória do projeto permitiu testar, em parte, as condições da recolha de dados da fase quantitativa, revelando questões éticas, às quais se procurou contornar aquando da implementação do questionário via telefone (Gil et al., 2013).

Os estudos de prevalência sobre a violência doméstica confrontam-se com este duplo desafio: serem dotados de robustez metodológica de modo a maximizar a identificação de vítimas entre a população geral e, ao mesmo tempo, permitirem cumprir os mecanismos que assegurem e salvaguardem o anonimato, a confidencialidade e a segurança das potenciais vítimas, alvo de inquirição, princípios éticos básicos em qualquer investigação científica.

Estudo populacional sobre violência

Nos *focus group* foi possível explorar ainda algumas estratégias sobre a forma de abordar os potenciais participantes, como o contacto ou o envio prévio de uma carta a apresentar o estudo e a problemática do questionário. A receção de uma carta a explicar o objetivo do estudo, a identificar a entidade promotora, o nome e o contacto telefónico da equipa de investigação, foi acolhida por alguns dos participantes do *focus group* como uma estratégia a promover, e para a qual a referência do Instituto Nacional de Saúde – Dr. Ricardo Jorge serviria como garantia da credibilidade para a participação no estudo. Para outros participantes, a carta poderia ser importante, contudo fácil de esquecer e perder-se no amontado do correio recebido. Por seu turno, o contacto telefónico poderia gerar outros riscos, como o descontentamento em participar em questionários via telefone, pelo grande volume de estudos de mercado a que os indivíduos são atualmente sujeitos. Além disso, alguns dos participantes referiram que não atenderiam o telefone, sem validarem previamente o número de telefone, por questões de segurança. Dado que, tanto a opção de enviar uma carta previamente ou se efetuar um primeiro contacto telefónico, terem sido opções inviabilizadas pela Comissão Nacional de Proteção de Dados devido à garantia de anonimato e à proteção dos dados; optou-se por realizar apenas um único contacto.

9 Para uma análise mais aprofundada ver capítulo do livro: Gil, A.P., Santos, A.J. & Santos, C. (2013). Ethical and methodological issues in violence against elderly people in Portugal: an intersection between sociological and epidemiological research. In I. Paoletti, M. I. Tomás & F. Menéndez (2013), *Practices of Ethics: An Empirical Approach to Ethics in Social Sciences Research*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.

No entanto e dada a sensibilidade do tema, também reconhecida pelos participantes optou-se por questões genéricas sociodemográficas, questões relativas ao estado de saúde, capacidade funcional para realizar as atividades da vida diária. Antes de confrontar o indivíduo sobre a experiência de violência, no questionário, a aplicar via telefone, optou-se por colocar, primeiramente, questões genéricas sobre se a pessoa que está a ser inquirida, conhece na sua rede de contactos pessoais alguém que seja vítima de alguma forma de violência, maus-tratos e/ou negligência, nos últimos 12 meses. A opção por colocar a questão na 3ª pessoa foi intencional de modo a introduzir o problema da violência como um modo de influenciar a saúde e o bem-estar dos indivíduos. Só, após o enfoque na 3ª pessoa é que se optou por introduzir as questões relativas às condutas de violência e aos fatores de risco associados.

Ainda assim é de notar que se, por um lado a violência, os maus tratos e a negligência são temas sensíveis e complexos de abordar, por serem do foro íntimo e por suscitarem, consequentemente, sentimentos de vergonha, negação e medo, são também alvo de uma imprevisibilidade na sua resposta. Por vezes, a resposta a questionários sobre o tema pode suscitar também a oportunidade de verbalização por parte da vítima, como foi referenciado no estudo de O’Keeffe e colaboradores (2007).

No caso do estudo inglês (O’Keeffe et al., 2007), a equipa de investigação optou por omitir no título do estudo as palavras de abuso, violência e negligência, como estratégia para evitar que a carta fosse interceptada pelo agressor. Esta sugestão foi dada também por alguns dos participantes dos *focus group*. O nome designado para o estudo foi “*Envelhecer: experiências de vida e bem-estar*”. Este estudo utilizou uma metodologia distinta da presente investigação. O questionário foi feito presencialmente, após a receção de uma carta de apresentação do estudo, na qual se salientou o carácter confidencial da entrevista.

A política definida para este estudo foi a de manter a confidencialidade, incluindo o respeito pela liberdade do respondente em não denunciar a situação. Os entrevistadores foram formados para facultar no final da entrevista vários contactos telefónicos úteis, incluindo contactos de ajuda ou das entidades competentes para denunciar. Esta estratégia de omissão da natureza do estudo de O’Keeffe e colaboradores (2007) levanta, na nossa perspetiva, alguns problemas éticos, de difícil solução. Como vimos anteriormente, segundo a OMS (2001) por razões éticas e de segurança, é importante que o inquirido não seja introduzido como um inquirido sobre violência. Em vez disso, a OMS propõe que o estudo seja apresentado como um estudo sobre saúde, experiência de vida ou relações familiares. No entanto, no caso particular das mulheres vítimas de violência doméstica, sugere-se que estas devam ser informadas sobre a natureza das questões. Ao longo da entrevista o entrevistador deve introduzir o tema sobre violência, informando com cuidado sobre a natureza das questões e sobre o direito de interromper ou não responder a determinadas questões (WHO, 2001, p.12).

Atendendo às recomendações internacionais e aos dados resultantes dos *focus group*, e no caso do estudo populacional sobre violência optou-se por uma estratégia gradativa. Na abordagem telefónica, apresentou-se o estudo como um estudo sobre saúde e bem-estar (físico e psicológico) das pessoas com 60 e mais anos em Portugal. Após o cumprimento do critério de seleção – 60 ou mais anos – foi identificado o objetivo global do estudo,

especificando algumas das questões contidas no questionário, relativas ao estado de saúde, à necessidade de ajuda para a realização de atividades do dia-a-dia e ainda sobre possíveis situações de conflito e violência que podem surgir nas relações pessoais e familiares. Após o enfoque ao tema central do questionário, referenciou-se a sensibilidade do assunto em estudo, ao mesmo tempo, ressaltou-se para a importância da participação, quer das pessoas que vivem o problema no dia-a-dia, quer nas pessoas que assistem, passivas ao mesmo, quer daquelas que nunca passaram ou viveram o mesmo. E por último, a garantia de que toda a informação fornecida é completamente anônima e confidencial e que é um direito a quem responde ao questionário, interromper ou a liberdade de não responder a alguma questão específica.

Estudo sobre vítimas de violência

Da fase exploratória do presente estudo, mais concretamente das entrevistas foram levantadas questões éticas que tiveram implicações no inquérito específico às vítimas, nomeadamente a identificação e referência dos possíveis participantes através de instituições e serviços e a revisitação do trauma.

A relação estabelecida entre um profissional que está a prestar apoio e a pessoa vítima de violência que recebe esse apoio pode ter implicações nas motivações para se aceitar ou não ser participante de um estudo. Ora, se no caso das entrevistas exploratórias estas foram conduzidas por um investigador alheio à instituição através do qual os participantes foram contactados, o mesmo já não se verifica na administração do inquérito específico às vítimas. Neste sentido torna-se ainda mais premente considerar esta interligação entre intervenção e investigação, sobretudo no caso de pessoas que podem estar em situações de grande vulnerabilidade dada a situação de violência de que foram alvo. Ainda que focando os problemas éticos da investigação em saúde, Locher, Bronstein, Robinson, Williams e Ritchie (2006) salientam vários fatores que poderão contribuir para que a pessoa se sinta mais compelida a participar em estudos: a relação de confiança com o profissional; a influência da recomendação de participação por um prestador de serviços do qual depende e menos cuidado na reflexão sobre custos e benefícios; o querer agradar ao participar e/ou achar que ao participar estará a garantir melhor atenção ao seu caso e contrariamente, ter medo de que a recusa implique diminuição na qualidade dos serviços prestados; e por último a solidão e isolamento social. Reconhece-se, assim, que a interligação entre a intervenção e investigação pode imprimir ambiguidade no processo decisório das pessoas idosas vítimas de violência. Daqui decorrem um conjunto de questões. No inquérito às vítimas provenientes de instituições que prestam apoio e serviços, de que modo as estratégias que visam aumentar a participação dos respondentes (minimizando as não-respostas) podem incorrer na perceção de livre-arbítrio dos participantes sobre a sua colaboração no estudo? Por outras palavras, poderá uma vítima idosa, alvo de violência doméstica, que pretendemos que participe num estudo, sentir-se obrigada a participar dado que pretende uma solução para o seu próprio problema? Que estratégias e soluções de investigação a implementar perante este problema ético? Estas questões e outras revelaram-se pertinentes no inquérito às vítimas pela própria natureza das instituições parceiras.

Uma das formas através da qual a equipa de investigação procurou responder a estas questões éticas foi através da formação desenvolvida junto dos profissionais que iriam

administrar os questionários. O processo formativo, além da apresentação do instrumento de recolha de dados e regras de preenchimento, versou também o consentimento informado. Não só se sublinhou a importância deste, como também a possibilidade deste ter que ser adaptado ao contexto sociocultural dos participantes. Foi também sublinhada a importância dos profissionais explicitarem que a inclusão no estudo não interviria de nenhum modo nos apoios e recursos disponibilizados pelas instituições parceiras. Por exemplo, numa das formações realizadas os técnicos alertaram para a possibilidade de possuírem informação que poderia não ser fornecida pelos participantes ou que não correspondia às respostas dadas por estes. Neste caso salientou-se que se tratava de um questionário de autorrelato, pelo que todas as perguntas tinham de ser formuladas aos participantes e que o seu preenchimento deveria apenas decorrer das suas respostas. Observa-se, com este exemplo, a importância que a formação tem também para reafirmar junto dos profissionais a separação de papéis e responsabilidades no seu trabalho e enquanto colaboradores no estudo.

Se a administração de questionários às vítimas através de serviços e instituições que lhes prestam apoio implicam dilemas éticos já mencionados, pode, também, por outro lado, contribuir para a minimização do impacto da revisitação do trauma. Ou seja, a existência de uma relação prévia entre o profissional que administra o questionário e a pessoa idosa vítima de violência poderá contribuir para minimizar o *stress*, ansiedade e desconforto provocados por perguntas sobre situações de vitimização. Por um lado, porque, as questões sobre a violência poderão não ser percebidas como tão invasivas pelos participantes, se os próprios profissionais estão já familiarizados com as histórias de vitimização. Por outro lado os técnicos de apoio à vítima estarão também, dado o seu trabalho no terreno, mais sensibilizados para abordar temas sensíveis e trabalhar com populações vulneráveis.

Em suma e no caso do estudo sobre vítimas de violência desenvolvido com as entidades parceiras, as particularidades da natureza do seu trabalho poderão tanto criar, como dar resposta a diferentes dilemas e questões éticas que caracterizam um inquérito a pessoas idosas vítimas de violência.

3. Definição operacional e modelo de análise

O contexto sociocultural onde o fenómeno da violência ocorre influencia a sua medição, não só pelo enquadramento jurídico-legal que lhe está implícito, mas também pela própria percepção e entendimento que a população tem sobre o problema.

As metodologias qualitativas permitiram ainda explorar e pensar em estratégias mais adequadas para definir, conceptual e operacionalmente, o problema, quer a partir do significado simbólico associada à violência por parte da população em geral, quer em termos da “experiência vivida” pelas próprias vítimas.

Além disso, a fase piloto permitiu por um lado, definir o enquadramento legal das condutas de violência, mas também contemplar a percepção e a construção social do fenómeno e desenvolver estratégias que dessem conta desse enquadramento cultural. Daqui decorre uma questão: como operacionalizar o problema da violência em condutas que possam ser objeto de medição?

Nos estudos epidemiológicos propõe-se a designação “definição de caso”, elemento central que tem como objetivo estimar a prevalência, terminologia com pouca tradição na área das ciências sociais e humanas. A taxa de prevalência (TP) corresponde à razão entre o número total de casos (novos e antigos) de um determinado evento (p. ex. doença, incapacidade, comportamento, ou qualquer outra característica individual de relevo para a saúde do indivíduo ou da população), ocorridos numa região ou país, num determinado período de tempo (geralmente um ano civil), relativamente à população total dessa região ou país, no mesmo período. Geralmente é expressa por 100 habitantes.

Se o objetivo do projeto Envelhecimento e Violência é caracterizar as condições de ocorrência de violência e das vítimas que recorrem aos serviços (Estudo sobre vítimas), mas também estimar a taxa de prevalência de violência contra as pessoas com 60+ anos na população portuguesa (Estudo populacional à violência), então fará sentido falarmos em definição de caso? Não estamos perante uma doença, mas sim uma ocorrência de vitimização com frequência variável e um dano que pode ser de natureza física, psicológica, financeira, sexual e/ou negligente.

Antecipando os riscos de sobrestimação e subestimação, sugeridos pelas metodologias qualitativas utilizadas na fase exploratória do projeto, partiu-se assim da definição de caso proposta por Pillemer e Finkelhor (1988). Estes autores sugerem a medição da violência através de condutas correspondentes aos diversos tipos de violência, acrescentando critérios específicos na definição de caso. Assim, a negligência e a violência psicológica, emocional e/ou verbal ocorre quando os atos correspondentes tiverem sido cometidos mais de 10 vezes ao longo dos últimos 12 meses. No caso da violência física, financeira ou sexual basta que a conduta tenha ocorrido uma vez nos últimos 12 meses.

Considerou-se como polivitimização a ocorrência de mais de um tipo de violência. Assim procedeu-se a uma definição de caso a partir de uma perspetiva global e uma específica para cada tipo de violência. No caso da violência em geral considerou-se como caso:

- Pessoa vítima de violência será toda a pessoa com 60 e + anos que foi sujeita 1 ou 10 vezes mais, nos últimos 12 meses, por um membro da família, amigo, vizinho, conhecido e profissional remunerado, pelo menos a um ato de negligência, violência física, psicológica, financeira e sexual.

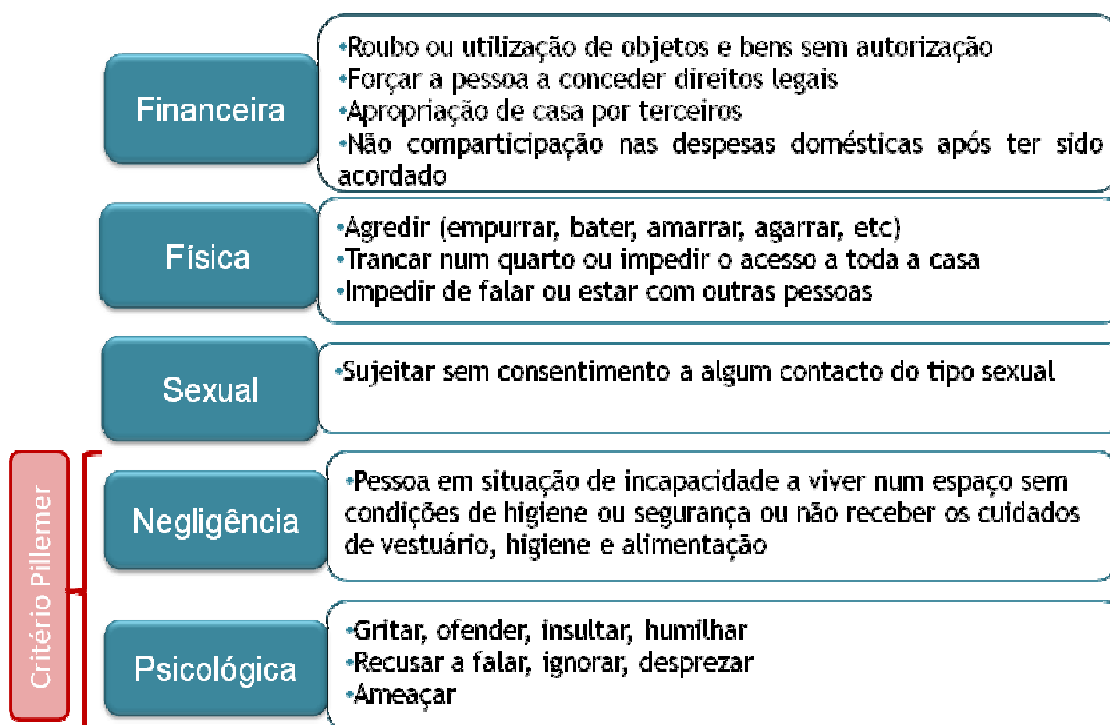
À semelhança da definição de caso avançada por Pillemer e Finkelhor (1988), no presente projeto a violência psicológica e da negligência foi considerada quando a conduta ocorreu mais de 10 vezes num período de 12 meses:

- Pessoa vítima de **violência psicológica** será toda a pessoa com 60 e + anos que foi sujeita mais de 10 vezes, nos últimos 12 meses, por um membro da família, amigo, vizinho, conhecido e profissional remunerado, a pelo menos um dos seguintes atos: gritar; ofender; insultar; ameaçar.
- Pessoa vítima de **negligência** será toda a pessoa com 60 e + anos que se encontra em situação de incapacidade funcional a quem foi recusada ajuda (+ 10 vezes), nos últimos 12 meses, nas atividades básicas da vida diária por um membro da família, amigo, vizinho,

conhecido e profissional remunerado, que habitualmente lhe presta apoio nessas atividades.

Na medição da negligência, Pillemer e Finkelhor (1988) propõe um conjunto de indicadores que visam relacionar o nível de funcionalidade nas AVD¹⁰, as necessidades de apoio na rede social e familiar, a recusa do apoio, a frequência da recusa do apoio e a percepção da pessoa face à gravidade do problema.

Figura 3. Condutas avaliadas



Fonte: Weill Cornell Medical Center of Cornell University (2011)

Nas restantes formas de violência, utilizaram-se como indicadores a natureza do ato de violência ocorrido pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista:

- Pessoa vítima de **violência física** será toda a pessoa com 60 e + anos que foi sujeita uma ou mais vezes, nos últimos 12 meses, por um membro da família, amigo, vizinho, conhecido e profissional remunerado, pelo menos a um dos seguintes atos: empurrar, puxar, agarrar com movimentos bruscos; bater; atirar um objeto para cima de si; encerrar num quarto/compartimento ou impedir acesso a toda a casa onde reside.
- Pessoa vítima de **violência financeira** será toda a pessoa com 60 e + anos que foi sujeita uma ou mais vezes, nos últimos 12 meses, por um membro da família, amigo, vizinho, conhecido e profissional remunerado, a pelo menos um dos seguintes atos:

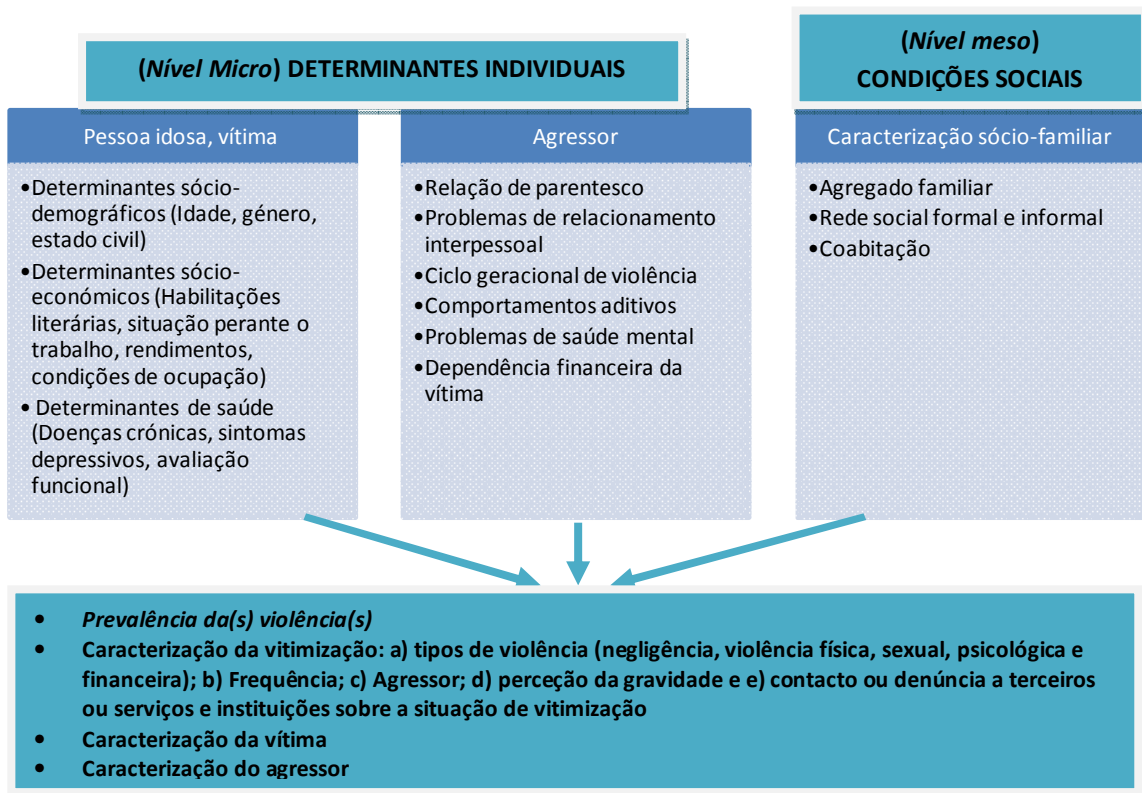
¹⁰ Entende-se por atividades básicas da vida diária (AVD) as atividades pessoais da vida diária (APVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As atividades pessoais incluem a alimentação (cortar/ comer a comida), atividades de foro pessoal (vestir e despir, tomar banho ou duche e utilizar a sanita), mobilidade (andar, deitar e levantar-se da cama), medicação, entre outras. As atividades instrumentais contemplam as tarefas domésticas, acompanhamento a consultas/assuntos administrativos (ir às compras, preparar as próprias refeições, tarefas domésticas, toma de medicamentos).

roubo de objetos e bens; utilização de objetos e bens sem consentimento do próprio; forçar a pessoa a assinar documento e a dar direitos legais de um bem a outra pessoa.

- ☐ Pessoa vítima de **violência sexual** será toda a pessoa com 60 e + anos que foi forçada a ter relações sexuais com um membro da família, amigo, vizinho, conhecido e profissional remunerado, uma ou mais vezes, nos últimos 12 meses.

Adicionalmente desenvolveu-se um modelo de análise que partiu do modelo teórico sócio ecológico, que permitiu integrar um conjunto de determinantes e fatores de risco associados (sociodemográficos, saúde, sociais e comportamentais). O modelo de análise utilizado encontra-se descrito na figura que se segue.

Figura 4. Modelo de análise do projeto “Envelhecimento e violência”



Capítulo III: Estudo populacional sobre violência

Introdução

O estudo populacional sobre violência teve como objetivo geral estimar a proporção de pessoas com 60+ anos, que na população portuguesa, foi sujeita a alguma forma de violência, nos 12 meses anteriores à entrevista. O inquérito à população teve quatro objetivos específicos:

i) Estimar a prevalência global e específica da violência (física, psicológica, financeira, sexual e negligência) na população portuguesa (Continente e Regiões Autónomas) e analisar como se distribui este indicador por sexo, idade, nível de escolaridade, região, estado civil, composição do agregado familiar, situação perante o trabalho/profissão, rendimento, estado de saúde e outras variáveis que se considerou adequadas;

ii) Avaliar quais os fatores (individuais e contextuais) dos agressores que mais contribuíram, de uma forma independente, para a ocorrência da violência;

iii) Avaliar por tipos de violência, os fatores de risco das vítimas consubstanciados na literatura (grupo etário, sexo, estado civil, região do país, classe social), bem como os fatores de risco considerados plausíveis (saúde física/ mental e capacidade funcional);

iv) Identificar por tipos de violência os fatores protetores da violência (coabitação, rede de suporte social – informal e formal).

O estudo desenvolvido é do tipo transversal e descritivo, com recolha de dados através de questionário via telefone. A amostra de base populacional é uma amostra aleatória estratificada por região.

1. Metodologia

O estudo nacional de prevalência consistiu num inquérito a uma amostra de pessoas com 60+ anos extraída da população. A população-alvo foi constituída por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos residentes em Portugal, em domicílios particulares, há pelo menos 12 meses.

No presente trabalho adotámos o entendimento da ONU (United Nations, 2002), sendo que a população de referência incluiu indivíduos com sessenta e mais anos. A opção metodológica de incluir pessoas com 60+ anos poderá ser contestável, porque a passagem à reforma (usualmente aos 65 anos) constitui um marco arbitrário que remete para uma categoria demográfica, idosos (65+ anos). No entanto, para alguns, a saída do mercado de trabalho pode ocorrer precocemente, antes da idade da reforma. A entrada na reforma implica fases de transição e de reformulação identitárias nas relações sociais, que originam a assunção de novas configurações e papéis familiares que podem ser geradores de situações de conflito e de violência na esfera familiar.

1.1. Desenho do estudo

O estudo desenvolvido é do tipo transversal e descritivo, tendo-se utilizado o inquérito via telefone enquanto método de recolha de dados. A escolha metodológica da aplicação via telefone fundamentou-se em três aspetos:

- (1) Vantagens da aplicação via telefone face ao método via postal e presencial, no caso de inquéritos à população sobre temas sensíveis (Lensvelt-Mulders, 2008; United Nations Office on Drugs and Crime, 2010).
- (2) Recorrente utilização de inquéritos por telefone em diversos estudos de base populacional de prevalência da violência contra pessoas idosas e outros temas sensíveis (Acierno et al., 2010; Grande et al., 2000; McGee, Garavan, Barra, Byrne & Conroy, 2002; Naughton et al., 2010; Pillemer & Finkelhor, 1988; Podnieks, 1993).
- (3) Experiência e longa tradição que o Departamento de Epidemiologia possui na realização de inquéritos de saúde via telefone. Os inquéritos telefónicos constituem uma peça metodológica fundamental na investigação em saúde pública.

Da revisão dos estudos de prevalência mais recentes, pode-se observar que estes têm utilizado ambos os métodos: a aplicação presencial (Garre-Olmo et al., 2009; Lowenstein et al., 2009; Marmolejo, 2008; O'Keeffe et al., 2007; Soares et al., 2010) e a aplicação via telefone (Acierno et al., 2010; Grande et al., 2000; Naughton et al., 2010; Pillemer & Finkelhor, 1988; Podnieks, 1993). No caso de inquéritos de base-populacional sobre temas tão sensíveis, como é o abuso sexual (McGee et al., 2002), a violência, o crime ou o consumo de estupefacientes, os inquéritos por telefone têm vindo na última década a ser considerados mais vantajosos na abordagem destes temas (UNODC, 2010).

O manual de inquéritos de vitimização proposto pela UNODC (2010) refere três grandes vantagens para a utilização de entrevistas telefónicas: (a) serem menos onerosas; (b) permitirem maior flexibilidade nos agendamentos; c) proporcionarem maior sentimento de anonimato aos entrevistados e, por vezes, serem mais ajustadas à obtenção de informação sensível e à denúncia de situações. Outra das vantagens deste método é a segurança do entrevistador e a sua supervisão, em termos de controlo de qualidade.

Como desvantagens destacam-se a maior dificuldade em determinar a identidade do respondente, o facto de a entrevista não poder ser tão longa ou complexa como a presencial e o viés no cálculo da amostra devido à existência de telefones fixos e móveis (McGee et al., 2002; UNODC, 2010). Em contrapartida, nas entrevistas presenciais são identificadas como potenciais vantagens, a identificação dos respondentes, uma taxa de resposta mais elevada e a criação de uma relação de empatia e de maior privacidade. Como desvantagens identificadas, as entrevistas presenciais são mais dispendiosas e implicam uma menor supervisão dos entrevistadores (UNODC, 2010).

A opção pela aplicação via telefone tem a mais-valia de preservar o total anonimato do entrevistado mas, em contrapartida, possui um risco de uma menor taxa de resposta. Alguns autores face a este risco propõem o envio prévio de uma carta, antes do contacto telefónico

(Chey, Smith, Jalaludin, Salkeld & Capon, 1995); estratégia também considerada no caso do presente estudo, mas inviabilizada pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Outros autores propõem a combinação de diferentes abordagens (utilização de carta, formação dos entrevistadores, apresentações das credenciais do investigador ou o aumento do número de tentativas de contacto) (O’Toole, Sinclair & Leder, 2008), como uma estratégia para aumentar as taxas de resposta em inquéritos por telefone.

1.2. Plano de Amostragem

A amostra do inquérito via telefone do Projeto “Envelhecimento e violência” foi desenhada de modo a ser estatisticamente representativa da população com 60+ anos residente em Portugal, designadamente das cinco regiões de saúde de Portugal Continental: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Alentejo, Algarve e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

A amostra utilizada no estudo foi estratificada pelas 7 Regiões, com alocação homogénea das unidades de amostragem. A razão de se optar por este plano de amostragem, fundamentou-se na necessidade de conhecer a expressão do fenómeno da violência a nível regional e obter estimativas com semelhante precisão para cada uma das 7 regiões.

A recolha de dados teve em conta a existência de telefones fixos e de telefones móveis e a utilização de cada uma das redes (fixa e móvel) pela população idosa. Estabeleceu-se que 60% da amostra deveria ser recrutada através de telefones fixos e 40% recrutada através de telefones móveis.

O método de seleção dos indivíduos foi diferenciado de acordo com a rede de telefones a contactar:

- ✓ Os números de telefone da rede fixa foram selecionados de forma aleatória através de listas telefónicas;
- ✓ Os números de telefone das redes móveis foram gerados aleatoriamente por *Random Digit Dialing* (RDD), tendo em atenção a quota de mercado de cada uma das redes móveis existentes.

O questionário foi aplicado através de entrevistas telefónicas assistidas por computador (CATI – Computer Assisted Telephone Interview). Foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade:

- ✓ Pessoas com 60+ anos;
- ✓ A residir em domicílios particulares;
- ✓ A residir em Portugal há mais de 12 meses;
- ✓ Contactáveis por telefone fixo ou por telefone móvel.

Perante a existência de mais do que um indivíduo elegível no domicílio contactado, optou-se por entrevistar o indivíduo com 60+ anos que tinha celebrado mais recentemente o seu aniversário. Este método de seleção do respondente foi adotado porque, em comparação com outros métodos que também acautelam a aleatoriedade, é mais rápido e requer a colocação de um menor número de perguntas na fase introdutória do questionário.

Os estudos internacionais de base populacional revistos no âmbito do atual projeto sugerem que entre 0.8% a 5% de pessoas idosas já foram vítimas de alguma forma de violência em contexto familiar. As estimativas da prevalência do fenómeno podem ser ligeiramente superiores ao valor máximo citado, dependendo do tipo de violência, e em particular se a violência financeira for contemplada. Admitindo que a prevalência do fenómeno em Portugal também rondaria os 6%, considerou-se necessário uma amostra mínima de 1100 pessoas com 60+ anos.

Para a avaliação da precisão das estimativas a nível nacional, o erro absoluto de amostragem, para um intervalo de confiança a 95% é dado por:

$$d = 1.96 \cdot \sqrt{\frac{1}{N^2} \sum_{i=1}^7 \frac{N_i^2 \cdot p_i \cdot (1 - p_i)}{n_i} - p_i \cdot (1 - p_i) \cdot N_i}$$

onde:

p_i Representa a proporção de indivíduos com a característica em estudo na região i ;

N_i Representa o número de indivíduos da população pertencentes à região i

n_i Representa o número de indivíduos da amostra pertencentes à região i

N Representa o número de indivíduos na população

No cálculo deste erro absoluto de amostragem assumiu-se que as proporções de indivíduos com a característica em estudo (p_i) seriam idênticas nas 7 regiões.

Assim, para um intervalo de confiança a 95%, uma amostra com uma dimensão de 1100 indivíduos permite obter estimativas para uma percentagem de 6% com um erro absoluto de 1.9%.

A nível regional o erro absoluto para um intervalo de confiança a 95% é dado por:

$$d_i = 1.96 \cdot \sqrt{\frac{p_i(1 - p_i)}{n_i}}$$

Como seria de esperar, a nível regional as estimativas apresentam erros absolutos mais elevados, designadamente 3.7%.

1.3. Instrumento

Os questionários utilizados no âmbito quer do estudo populacional sobre a violência quer no estudo sobre vítimas possuíam uma estrutura semelhante, contemplando na prática as mesmas questões (Cf. Anexo A).

Em ambos os questionários incluíram-se questões gerais que visaram caracterizar os aspetos sociodemográficos e socioeconómicos, estado de saúde física e mental, capacidade funcional e apoio social recebido. Tanto no estudo populacional sobre a violência, como no estudo sobre vítimas, as experiências de violência avaliaram-se através de 12 condutas

provenientes dos cinco tipos de violência (psicológica, financeira, sexual, física e negligência), a sua frequência e o tipo de relação interpessoal do agressor com a vítima.

Os questionários incluíram também uma secção de caracterização das condições de ocorrência da violência (ato mais grave, caracterização do agressor e aspetos contextuais) e questões adicionais sobre a apresentação de queixa ou denúncia a terceiros. Por último, e dado que os mesmos respondentes poderiam ter contactado mais do que uma das entidades parceiras, foi criada uma pergunta filtro que possibilitou despistar se a pessoa tinha já respondido a um questionário similar noutra instituição ou através do telefone.

Ainda que no essencial os dois questionários fossem idênticos é de ressaltar que tanto no questionário aplicado via telefone (C. Anexo B), como no questionário presencial (Cf. Anexo C) procedeu-se a adaptações, nomeadamente pela inclusão ou exclusão de perguntas específicas. Assim e como se pode constatar no quadro 6, no questionário do estudo de prevalência foi incluída uma secção sobre as perceções coletivas da negligência e violência e experiências individuais de violência (Cf. Anexo A).

No questionário do estudo sobre vítimas de violência foi ainda incluída uma questão para caracterizar os sentimentos e emoções das vítimas relativamente ao ato mais grave. Todas as entidades, com exceção do INMLCF, IP, aplicaram o mesmo questionário, com variações nas questões relacionadas com a própria entidade (p. ex.: se é a primeira vez que contacta a instituição). No caso do INMLCF, IP, atendendo ao facto do questionário ser aplicado em contexto de perícia médico-legal, procedeu-se em colaboração com o interlocutor a uma redução do número de perguntas a constar no questionário final. Assim, foram sintetizadas ou suprimidas questões relacionadas com a identificação da pessoa que ajuda nas atividades da vida diária (nos casos de incapacidade funcional), com a perceção do ato de violência mais grave e com as razões para não denunciar a situação de violência.

As questões dirigidas às vítimas visaram a caracterização das condições de ocorrência da violência e o conhecimento das formas de apresentação da denúncia destas situações a terceiros.

Quadro 6. Variáveis incluídas nos dois estudos: sobre a violência e sobre vítimas

Questionário - Secções	Estudo de prevalência (Telefónico)	Estudo de caracterização das vítimas (presencial)
Características sociodemográficas	✓	✓
Caracterização do agregado familiar	✓	✓
Caracterização do estado de saúde	✓	✓
Atividades da vida diária	✓	✓ * INMLCF, IP
Perceções da negligência e violência na população idosa	✓	–
Experiências de violência	✓	✓
Caracterização das condições de ocorrência da negligência e violência	✓	✓ * Pergunta adicional sobre sentimentos referentes à situação mais grave
Apresentação das situações de negligência e violência a terceiros	✓	✓ * INMLCF, IP
Apoio social	✓	✓
Caracterização socioeconómica	✓	✓
Participação em estudos semelhantes	✓	✓

* Questionário da entidade parceira sujeito a uma adaptação específica na pergunta assinalada

Utilização de escalas

Nos questionários foram utilizadas duas escalas. Uma para a avaliação da incapacidade e uma escala para avaliar sintomas depressivos.

Instrumentos de avaliação da Capacidade Funcional

Por definição a avaliação funcional contempla as limitações físicas que uma doença crónica pode gerar nas atividades da vida diária. Partiu-se de uma tipologia das Atividades da Vida Diária (AVD), (adaptada da escala de Katz, 1963 in Arrazola, Lezaun, Manchola & Méndez, 2001), e subdividida em atividades pessoais da vida diária (APVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD). As atividades pessoais incluem a alimentação (cortar/ comer a comida), higiene pessoal (vestir e despir, andar, deitar e levantar-se da cama, tomar banho ou duche e utilizar a sanita), mobilidade, entre outras. As atividades instrumentais contemplam as tarefas domésticas e acompanhamento a consultas/assuntos administrativos (ir às compras, preparar as próprias refeições, tarefas domésticas, toma de medicamentos).

Instrumento de avaliação da Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale [GDS])

A depressão é a desordem psiquiátrica mais comum junto da população idosa (Beekman et al., 1999, Cuijpers & Smit, 2002 in Baldwin & Wild, 2004) e tem também sido associada em diversos estudos à ocorrência da violência. Vários estudos encontraram uma maior proporção de pessoas idosas com diagnóstico de depressão junto das vítimas de violência em contexto familiar, comparativamente às pessoas não vítimas (Wolf, 2000). A depressão chegou mesmo a ser identificada como um fator preditor da violência física e financeira (Comijs, Pot, Smit & Jonker, 1999).

Neste âmbito, procedeu-se no presente estudo à avaliação de sintomas depressivos junto da população com 60+ anos, através da Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale [GDS]). Esta escala é uma ferramenta de autorrelato de avaliação da depressão em pessoas idosas e procura superar as dificuldades de rastreio da depressão, com vantagens demonstradas relativamente a outros instrumentos do mesmo tipo (Pocinho,

Farate, Lee & Yesavage, 2009). Esta escala não só é mais fácil de administrar, como elimina indicadores somáticos da depressão, que podem muitas vezes ser confundidos com as manifestações físicas comuns ao processo de envelhecimento (Pocinho et al., 2009).

No presente estudo foi utilizada a versão curta da GDS que deriva da mesma escala com 30 itens, a qual já se encontra aferida e validada para a população portuguesa (Pocinho et al., 2009). Para colmatar a fadiga das pessoas, a interferência no atendimento médico e permitir uma utilização no contexto de investigação, foram desenvolvidas, a partir da versão inicial da GDS, versões mais curtas de 15, 5, 4 e 1 itens (Rinaldi et al., 2003).

Em 1999, Hoyle e colaboradores desenvolveram uma das versões curtas da GDS, constituída por cinco itens (GDS5), mais tarde aferida e validada para a população americana (in Rinaldi et al., 2003). Os autores consideram que, embora não se trate de um diagnóstico de depressão, a escala permite obter um bom indicador da presença de sintomas depressivos. Esta foi validada para a população espanhola (Iglesia et al., 2005) e os resultados vão ao encontro do que já tinha sido observado na amostra americana, apresentando boa sensibilidade e especificidade.

A escala é constituída por 5 itens que refletem sentimentos e comportamentos comuns nos casos de depressão geriátrica (Pocinho et al., 2009). A escala foi introduzida com a questão: “Agora, vou-lhe ler algumas frases sobre bem-estar psicológico. Por favor responda sim ou não a cada uma das seguintes frases quanto à forma como se tem sentido de há uma semana para cá.”

Quadro 7. Itens da GDS5

	Sim	Não
1. Satisfeito(a) com a sua vida?	0	1
2. Muitas vezes aborrecido(a)?	1	0
3. A sentir-se muitas vezes desamparado(a)?	1	0
4. A preferir ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	1	0
5. A sentir-se inútil?	1	0

Cada um dos itens é pontuado com 0 ou 1 e o resultado final é calculado com base no somatório de respostas que podem variar entre 0 e 5 pontos.

Através do estudo exploratório conduzido para validação da escala junto da amostra da fase piloto, obteve-se o valor de corte de ≥ 2 (Cf. Anexo D). Assim, considerou-se a presença de sintomas depressivos nos indivíduos que pontuaram 2 ou mais valores e a sua ausência nos indivíduos pontuação de 0 ou 1. Este valor de corte está em concordância com o valor encontrado no estudo conduzido junto da população americana (Rinaldi et al., 2003) e na população espanhola (Iglesia et al., 2005).

1.4. Formação dos entrevistadores

Após a contratualização da empresa de sondagem, a seleção dos entrevistadores baseou-se na formação de base (profissionais de saúde e das ciências da vida) e na experiência prévia dos entrevistadores em inquéritos telefónicos. Considerando que a supervisão dos entrevistadores e o controlo da recolha dos dados vai desde o recrutamento, seleção,

treino/formação até à monitorização (Iglesia et al., 2005), foram ministradas três ações de formação, no qual participaram um total de 30 entrevistadores. A formação, tendo como objetivo geral transmitir conhecimentos necessários à aplicação do questionário e informações sobre o projeto, desenrolou-se através de métodos ativos e passivos (expositivos).

Esta formação incidiu nos seguintes aspetos:

- Regras de condução da entrevista;
- Apresentação do estudo;
- Perguntas gerais (objetivo, duração, tipo de perguntas e perguntas específicas sobre o estudo). Algumas destas questões (e respostas) foram incluídas na própria aplicação informática do questionário, podendo ser acedidas pelos entrevistadores a qualquer momento, durante a aplicação do questionário;
- Composição do questionário e regras de preenchimento;
- Formação comportamental sobre o tema. Dada a sensibilidade da temática, o treino dos entrevistadores incidiu num conjunto de estratégias de modo a fazer face a possíveis reações ao tema e a situações de maior vulnerabilidade dos respondentes (sobretudo no caso de pessoas idosas vítimas de violência). Procurou-se também desmistificar a “sensibilidade do tema” e potenciais ideias pré-concebidas sobre as atitudes e reações dos entrevistados, através de exemplos práticos decorrentes da fase piloto.

Todos os conteúdos abordados foram disponibilizados num manual do entrevistador, entregue no dia da formação. Este manual era composto por três grandes blocos, sendo que o primeiro incidia sobre: aspetos comportamentais; apresentação do estudo; possíveis reações após a apresentação do estudo e as respostas a questões frequentes. A segunda parte do manual dizia respeito à condução da entrevista (pressupostos de partida, tom de voz e atitudes a utilizar, estratégias para manter o respondente interessado ao longo do questionário e como responder perante situações difíceis de agressividade, desmotivação, indiferença, entre outros). A última parte do manual referia-se ao questionário, à sua composição e regras de preenchimento.

Foram realizadas três ações de formação que abrangeram aproximadamente 30 pessoas, das quais 20 realizaram a aplicação telefónica do questionário. Antes do início da recolha de dados o pré-teste decorreu durante 3 dias, tendo sido gerados cerca de 400 contactos e efetivadas 60 entrevistas telefónicas. Estas entrevistas permitiram testar a aplicação informática, identificar os pontos a melhorar na formulação das perguntas por parte dos entrevistadores, melhorar a condução das entrevistas e permitiu a própria (re)formulação de algumas questões.

Para o controle da qualidade foram ainda definidas as seguintes estratégias: o acompanhamento e supervisão dos entrevistadores via telefone; o cliente-mistério e a monitorização quinzenal da base de dados das entrevistas - o que permitiu detetar incongruências nas respostas e entrar de novo em contacto com alguns dos entrevistados.

2. Aspetos éticos e deontológicos

No presente estudo as questões relativas ao consentimento informado e a garantia de confidencialidade, constituíram algumas das preocupações da equipa, bem como o cumprimento dos trâmites legais para a autorização da realização do mesmo.

A submissão do protocolo científico do estudo, e respetivo pedido, à Comissão de Ética do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) foi efetuado em Maio de 2011, tendo a sua aprovação sido obtida em Janeiro de 2012.

Por se tratar de um estudo que envolvia a recolha de dados pessoais sensíveis, foi ainda solicitada autorização para a sua realização à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD). O pedido foi submetido em Julho de 2011 e autorizado em Novembro de 2011.

A autorização para realização do estudo por parte da CNPD obrigou a assegurar duas condições prévias:

1. A recolha de dados deveria ser totalmente anónima, não tendo sido autorizada a identificação de nomes e moradas dos participantes. Esta condição viria a impossibilitar a adoção de uma estratégia de divulgação do estudo através de uma carta explicativa sobre o mesmo, salientando a relevância da participação, conforme procedimento utilizado na amostra ECOS;
2. Devia ser assegurado que as entrevistas telefónicas fossem efetuadas por profissionais de saúde, devido à sensibilidade do tema e ao facto de a violência ser considerada um crime público.

A CNPD recomendou ainda duas estratégias que foram implementadas ao longo do inquérito telefónico:

1. O entrevistador deveria facultar os contactos telefónicos das entidades com competência para intervir no âmbito da violência doméstica, sempre que se identificasse uma vítima de violência;
2. O entrevistador deveria disponibilizar o contacto do investigador responsável, para confirmação, antes do agendamento da entrevista telefónica.

O consentimento informado é uma exigência nos estudos na área das ciências da saúde e implica que o indivíduo seja sempre informado sobre os objetivos do estudo, a entidade responsável, bem como outros aspetos que possa considerar relevantes no âmbito da investigação. A figura do *consentimento informado* surge, então, como um instrumento de garantia dos direitos e deveres das partes envolvidas, em especial do reconhecimento da dignidade e da autonomia do indivíduo.

O consentimento informado pode ser verbal ou escrito, mas tem necessariamente sempre que ser registado. No caso do inquérito telefónico o consentimento foi expresso verbalmente.

3. Implementação¹¹

3.1. Período de recolha, calendário e indicadores de monitorização do trabalho de campo

O trabalho de campo do inquérito telefónico teve a duração de 30 dias e decorreu entre 18 de Setembro e 16 de Outubro de 2012. A monitorização do trabalho de campo foi feita com base nos seguintes aspetos:

- Controlo da aplicação informática e criação *a priori* de filtros de modo a evitar valores omissos e incongruências de resposta;
- Obtenção de um relatório semanal sobre a execução do trabalho de campo que incluía os seguintes indicadores: números de contactos gerados; contactos atendidos (ilegíveis e elegíveis); contactos que não foram atendidos; número de entrevistas efetuadas (completas, parciais e anuladas) e motivos de recusa de participação;
- Após a aplicação do questionário procedeu-se à validação dos dados, que incluiu a validação estatística e o controlo de alguns questionários, o que, por vezes, requereu um novo contacto com os respondentes. A fase da validação desenrolou-se durante 3 semanas. Nesta fase anularam-se duas entrevistas porque foram detetadas múltiplas incongruências na resposta.

No quadro 8 descrevem-se os indicadores de monitorização do trabalho de campo. No total foram gerados 36699 contactos, dos quais 78.3% foram para a rede móvel. Esta disparidade do número de contactos gerados entre a rede fixa e a rede móvel deveu-se à utilização do sistema RDD na rede móvel.

Do total de contactos gerados, apenas 20.8% foi atendido. De entre estes, estabeleceram-se 5169 contactos (67.7%) com indivíduos que não cumpriam os critérios de elegibilidade e 947 contactos (12.4%) com indivíduos que desistiram de responder antes de poder verificar a sua elegibilidade. Dos 1517 contactos gerados que cumpriam os critérios de elegibilidade, responderam ao questionário 1123 indivíduos, dos quais 1108 responderam na íntegra e 15 responderam parcialmente, até final do bloco VI referente à experiência da violência. Os contactos remanescentes (394) resultaram em recusas após apresentação do estudo, ou no decorrer do questionário.

¹¹ Para informação mais aprofundada ver relatório de execução: Gil, A.P., Kislaya, I. & Santos, A.J. (2012). *Estudo de prevalência da violência contra as pessoas idosas numa amostra de base populacional: Relatório de execução*. Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa: Dezembro.

Quadro 8. Distribuição dos contatos gerados segundo tipo de rede e o resultado do contacto telefónico

	Total		Rede fixa		Rede móvel	
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*
Contactos realizados						
Contactos gerados	36699	-	7971	-	28728	-
Contactos não atendidos:	29066	79.2	5720	71.8	23346	81.3
<i>Não atende</i>	10594	36.4	4964	86.8	5630	24.1
<i>Número Inválido</i>	7208	24.8	511	8.9	6697	28.7
<i>Gravador de mensagens</i>	7770	26.7	88	1.5	7682	32.9
<i>Impedido</i>	3494	12.0	157	2.7	3337	14.3
Contactos atendidos:	7633	20.8	2251	28.2	5382	18.7
<i>Contactos atendidos ilegíveis</i>	5169	67.7	873	38.8	4296	79.8
<i>Contactos atendidos elegíveis</i>	1517	19.9	930	41.3	587	10.9
<i>Desistência, antes da verificação de elegibilidade</i>	947	12.4	448	19.9	499	9.3
Contactos elegíveis:	Nº	%**	Nº	%**	Nº	%**
Entrevistas completas válidas	1108	73.0	664	71.4	444	75.6
Entrevistas parciais válidas	15	1.0	12	1.3	3	0.5
Recusas	394	26.0	254	27.3	140	23.9

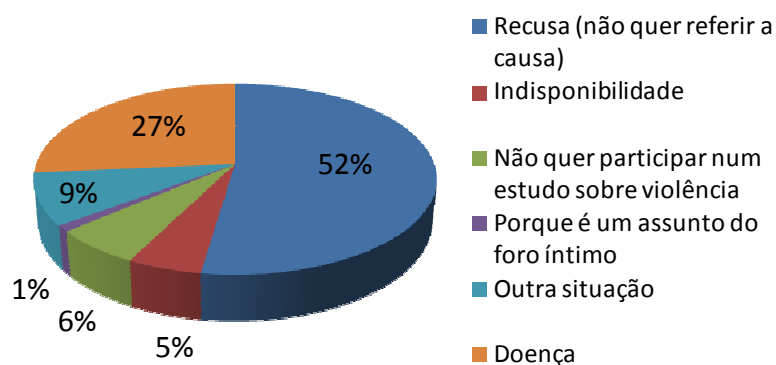
Em itálico figuram subgrupos de contactos atendidos e de contactos não atendidos.

* % relativa aos contactos gerados: total, rede fixa ou rede móvel, de acordo com a apresentação em colunas.

** % relativa aos contactos atendidos elegíveis: total, rede fixa ou rede móvel, de acordo com a apresentação em colunas.

De total de recusas (394) que ocorreram após se verificar elegibilidade, 49% (193) surgiram logo após a apresentação do estudo, enquanto 51% (201) surgiram no decorrer da entrevista. Das 193 recusas iniciais, ainda que mais de metade dos respondentes não tenha especificado o motivo para não participar, 27% referiu doença e/ou incapacidade para responder ao questionário (Gráfico 1).

Gráfico 1. Razões de recusa



O número de marcações realizadas para cada número de telefone selecionado variou entre 1 e 3 tentativas. No total realizaram-se 36699 tentativas de contacto, das quais 20.8% resultaram em contactos atendidos. A maioria (86%) atendeu logo na 1ª tentativa, ao passo que

em 14% de contactos gerados foi necessário uma 2ª tentativa para o mesmo número de telefone (Quadro 9).

Quadro 9. Número de marcações necessárias para estabelecimento de um contacto telefónico

Nº de tentativas	Nº de contactos gerados	%
1	31397	86
2	5090	14
3	212	1
Total	36699	100

3.2. Taxa de resposta

O cálculo das taxas de resposta e de recusa neste estudo baseou-se em definições, propostas pela American Association for Public Opinion Research (AAPOR¹²). Neste estudo considerou-se como entrevista completa, todas as entrevistas que foram respondidas na sua totalidade. As entrevistas parciais correspondem às entrevistas que foram completadas pelo menos até ao final do bloco das questões sobre a violência (Cf. Anexo B). Considerou-se como recusa todos aqueles inquiridos que sendo elegíveis não quiseram responder ao questionário ou que desistiram da entrevista antes de completar o bloco VI. Considerou-se ainda como não elegíveis, todos os indivíduos que não cumpriam os critérios de inclusão da amostra (60+ anos, a residir em Portugal há mais de 1 ano e a residir em domicílios particulares) e de elegibilidade desconhecida todos os indivíduos que desistiram antes de se saber se cumpriam ou não estes critérios.

De acordo com as definições normalizadas pela AAPOR (Cf. Anexo E) a taxa de resposta ao inquérito telefónico foi de 74.03% e de recusa 25.97%.

4. Tratamento de dados e análise estatística¹³

Os dados recolhidos foram gravados em suporte informático, tendo a base de dados sido submetida a um processo de verificação e validação da sua congruência. Procedeu-se à verificação, confirmação e correção de valores não admissíveis, tendo-se recorrido essencialmente a estatísticas descritivas. Para as variáveis categóricas foram calculadas frequências absolutas e relativas. Para as variáveis quantitativas foram calculadas as médias, valor mínimo, valor máximo e desvio padrão. Numa segunda fase, procedeu-se ao cruzamento de algumas variáveis de forma a identificar possíveis incongruências.

Para efeitos de análise procedeu-se à reclassificação de algumas variáveis, tais como a idade, a escolaridade e a profissão dos inquiridos.

¹² AAPOR é uma associação de profissionais e investigadores de opinião pública e de estudos de base populacional. Esta associação, líder no mercado americano, estabelece e promove “boas práticas” na recolha, análise e interpretação de dados (AAPOR, 2011).

¹³ Para uma análise mais aprofundada da recodificação das variáveis e construção de indicadores confrontar Anexo G e Anexo H, respetivamente.

As doenças foram categorizadas de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Morte, 9ª Revisão, 1975 ([CID-9] OMS, 1985). Como já mencionado a avaliação de sintomas depressivos foi efetuada através da Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale [GDS]) e a avaliação da capacidade funcional foi desenvolvida a partir das respostas às questões sobre o desempenho das atividades básicas da Vida Diária (AVD).

Para efeitos de análise foi ainda criado o indicador de tipologia socioeconómica e profissional recorrendo as técnicas da análise estatística multivariada, nomeadamente a Análise de Correspondências Múltiplas e Análise de Clusters (Cf. Anexo G).

A análise estatística incidiu sobre aspetos descritivos dos dados, baseando-se maioritariamente no cálculo de estimativas de frequências absolutas e relativas, apresentadas na forma de percentagem.

Foram obtidas ainda estimativas da prevalência da violência (física, financeira, psicológica, sexual e negligência) para o total de indivíduos em análise e para grupos específicos definidos por variáveis de caracterização socioeconómica e outras variáveis de desagregação, como por exemplo o estado da saúde e o estado funcional.

Para o cálculo das estatísticas a nível nacional procedeu-se à ponderação por região e posterior calibração para a distribuição da população portuguesa com 60+ anos por sexo e grupo etário.

Os intervalos de confiança a 95% (IC95%) para as estimativas apresentadas foram calculados através de transformação logística.

Para testar a associação entre a ocorrência da violência e as variáveis de desagregação (tais como o sexo, idade, estado funcional, estado de saúde e escolaridade) foi utilizada a estatística F-modificada variante do ajustamento de 2ª ordem do Qui-quadrado de Rao-Scott e a estatística do Qui-quadrado de Pearson para a variável região.

Adicionalmente procedeu-se a uma abordagem multivariada, com o objetivo de verificar quais os fatores que, de uma forma independente, mais contribuíam para a ocorrência do fenómeno da violência. Utilizou-se a regressão logística e ao cálculo de razões de possibilidades, mais conhecidas como “odds ratio” (OR). Como a variável dependente foi considerada a violência global (“ser vítima de algum tipo de violência: física, financeira, psicológica, sexual, negligência no contexto familiar nos últimos 12 meses”). Para a seleção das variáveis foi adotada a estratégia descrita em Hosmer e Lemeshow (2000). No processo de ajustamento do modelo foram também testadas todas as interações teoricamente plausíveis de 2 ordem. O nível de significância dos testes foi estabelecido em 5%.

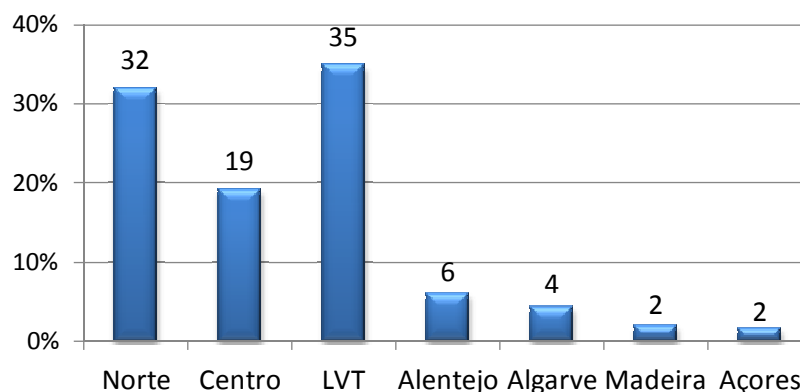
O tratamento e a análise estatística foram desenvolvidos com recurso aos programas SPSS, Stata e Excel.

4.1. Ponderação

De acordo com os resultados definitivos dos Censos 2011, a população com 60+ anos residente em Portugal em domicílios particulares, foi de 2556319 habitantes, dos quais

1440752 eram do sexo feminino e 1115567 do sexo masculino. O gráfico 2 apresenta a repartição em 2011 da população com 60+ anos residente em domicílios particulares por regiões. Da análise do gráfico verifica-se que mais de um terço da população idosa residia na região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), correspondendo a 35% da população com 60+ anos residente no país. Segue-se a região Norte com 32% da população. As Regiões Autónomas ocupam o último lugar nesta classificação, ambas com 2% da população nacional.

Gráfico 2. Distribuição da população com 60+ anos por região



Fonte: INE, 2011

A amostra utilizada neste estudo é composta por 1123 pessoas distribuídas pelas diferentes Regiões conforme descrito no quadro 10.

Quadro 10. Distribuição dos inquiridos por região

Região	N	%
Norte	165	14.7
Centro	167	14.9
LVT	166	14.8
Alentejo	161	14.3
Algarve	153	13.6
Madeira	156	13.9
Açores	155	13.8
Total	1123	100

Recorrendo ao teste do Qui-quadrado (;), não se rejeitou que a distribuição dos respondentes pelas sete regiões fosse homogénea.

Devido ao desenho da amostra teve-se que proceder à ponderação pela representatividade de cada Região no total da população portuguesa com 60+ anos (INE, 2011).

Seja o número de indivíduos na população portuguesa com 60+ anos a residir em domicílios particulares e o número de indivíduos na amostra. Sendo e , respetivamente, o número de indivíduos da região h ($h=1, \dots, 7$) na população e na amostra.

O quociente $\frac{N_h}{n_h}$ expressa o número de indivíduos da população com 60+ anos a residir em domicílios particulares representados por cada indivíduo da amostra proveniente da região h . Este quociente corresponde a um fator de ponderação não normalizado $w_h^0 = \frac{N_h}{n_h}$

A multiplicação do fator de ponderação w_h^0 pelo quociente $\frac{n}{N}$ dá origem a um fator de ponderação normalizado: $w_{ph}^0 = \frac{N_h}{n_h} \frac{n}{N}$. No quadro que se segue apresentam-se os fatores de ponderação adotados para cada região.

Quadro 11. Fatores de ponderação por região

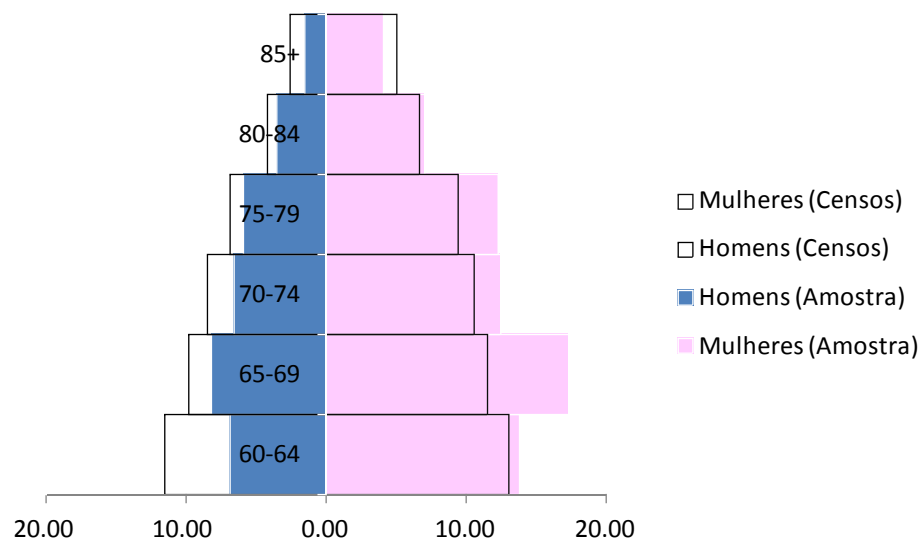
Região	População	Amostra	Fator de ponderação não normalizado	Fator de ponderação Normalizado
	N_h	n_h	w_h^0	w_{ph}^0
Norte	823848	165	4993	2.193
Centro	483677	167	2896	1.272
LVT	895073	166	5392	2.369
Alentejo	148604	161	923	0.405
Algarve	111696	153	730	0.321
Madeira	51419	156	330	0.145
Açores	42002	155	271	0.119

4.1.1. Sexo e grupos etários

De acordo com os resultados definitivos dos Censos 2011, na população com 60+ anos residente em Portugal em domicílios particulares, 56.36% eram mulheres e 43.64% homens. Com base na amostra obtida, já ponderada por região, obtém-se uma estimativa da percentagem de indivíduos do sexo feminino de 67.3%. Esta estimativa é superior à proporção de mulheres efetivamente presente na população em análise (56.4%) e o respetivo intervalo de confiança a 95% não contém o valor populacional (Quadro 12).

A análise das pirâmides etárias da amostra e da população (Gráfico 3) revela ainda que os homens da amostra estavam sub-representados em todos os grupos etários, sobretudo no grupo dos 60 aos 64 anos. Contrariamente, as mulheres da amostra estavam claramente sobre representadas nos grupos dos 65 aos 79 anos e sub-representadas no grupo dos 85+ anos.

Gráfico 3. Comparação das pirâmides etárias da amostra e da população



Por outro lado, na comparação da distribuição da população por grupo etário (Censos populacionais 2011, INE) com as estimativas produzidas com base na amostra (Quadro 12), os intervalos de confiança a 95% para as percentagens de indivíduos dos grupos etários 60-64 anos e 65-69 anos não contêm os valores verificados nos Censos.

Quadro 12. Comparação da distribuição por sexo e grupos etários da amostra e da população

	Amostra			População	
	<i>n</i>	\hat{p}	IC95%	%	N
Sexo					
Masculino	373	32.7	(29.1; 36.4)	43.6	1115567
Feminino	750	67.3	(63.6; 70.9)	56.4	1440752
Grupo etário					
60-64anos	252	20.8	(17.8; 24.1)	24.7	631149
65-69anos	291	25.6	(22.3; 29.2)	21.4	547026
70-74anos	226	19.1	(16.2; 22.4)	19.1	488990
75-79anos	188	18.3	(15.4; 21.6)	16.3	416213
80-84anos	110	10.6	(8.4; 13.3)	10.8	277038
85+ anos	56	5.6	(4.0; 7.8)	7.7	195903

n: número de respondentes (valor não ponderado);

\hat{p} : % estimada (valor ponderado); IC95%: intervalo de confiança a 95% para \hat{p}

N: número de indivíduos com 60+ anos na população estudada (Censos, 2011)

Face ao exposto, tornou-se necessário aplicar fatores de correção aos ponderadores. Assim, para corrigir os possíveis vieses em estimativas de características associadas ao sexo e à idade dos indivíduos, os ponderadores anteriormente apresentados (Quadro 12) foram calibrados por pós estratificação para a distribuição da população portuguesa por sexo e grupo etário. Os fatores de correção para o indivíduo do sexo *i*, (*i* = 1, 2) e grupo etário *j* são dados por

$$w_{i,j}^1 = \frac{N_{i,j}/N}{n_{i,j}/n}$$

Onde

$N_{i,j}$ representa o número de indivíduos da população com 60+ anos do sexo i , ($i = 1, 2$) e grupo etário j ($j = 1, \dots, 6$), a residir em domicílios particulares;

$n_{i,j}$ representa o número de indivíduos da amostra do sexo i e grupo etário j ;

N e n representam o número total de indivíduos com 60+ anos na população e na amostra, respetivamente.

Quadro 13. Fatores de correção por sexo e grupo etário

Grupo etário	Masculino ($i = 1$)	Feminino ($i = 2$)
	$w_{i,j}^1$	$w_{i,j}^1$
60-64anos	1.6802	0.9424
65-69anos	1.1990	0.6651
70-74anos	1.2890	0.8461
75-79anos	1.1563	0.7630
80-84anos	1.2063	0.9364
85+ anos	1.7219	1.2282

Os ponderadores finais de cada indivíduo, da região h , sexo i e grupo etário j , na amostra são dados por:

$$w_{h,i,j} = w_h^0 \cdot w_{i,j}^1 \quad w_{ph,i,j} = w_{ph}^0 w_{i,j}^1$$

em que $w_{h,i,j}$ representa o ponderador não normalizado e $w_{ph,i,j}$ representa o ponderador normalizado.

4.2. Estimação de frequências dos diferentes tipos de violência

Tal como referido no ponto 3, os diferentes tipos de violência analisados foram tipificados através de 12 condutas (descritas na Figura 3. do Capítulo II). Os respondentes foram questionados sobre a ocorrência de cada uma destas condutas, nos 12 meses anteriores à entrevista, bem como sobre a frequência da sua ocorrência.

Posteriormente, na fase de tratamento e análise de dados, as respostas correspondentes a condutas descritivas de cada tipo de violência foram reagrupadas e totalizadas de forma a viabilizar o cálculo de frequências dos diferentes tipos de violência.

Neste contexto, para a violência psicológica e negligência foi utilizado o critério proposto por Pillemer e Finkelher (1988), ou seja, exigiu-se que a frequência de ocorrência das condutas associadas fosse superior a 10 vezes num período de 12 meses.

No caso da violência financeira, física e sexual basta que a conduta tenha ocorrido uma vez nos últimos 12 meses.

5. Resultados

5.1. Caracterização sociodemográfica e socioeconómica da população

Neste ponto apresenta-se alguns resultados de caracterização da população portuguesa com 60+ anos residente em domicílios particulares, obtidos através do inquérito telefónico. Procede-se inicialmente à caracterização sociodemográfica desta população.

5.1.1. Caracterização sociodemográfica

Sexo e grupos etários

A amostra do inquérito era composta por 1123 pessoas com 60+ anos e a residir em domicílios particulares em Portugal (continental e ilhas). Mais de metade (56.4%) era do sexo feminino.

Na amostra predominavam os grupos etários mais jovens, provenientes da faixa etária dos 60 aos 69 anos (46.1%), seguindo-se aqueles entre os 70 e os 79 anos (35.4%) e os indivíduos com 80+ anos (18.5%).

Quadro 14. Distribuição da população segundo grupos etários agregados

Grupos etários	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
60-69 anos	543	46.1	[42.0, 50.2]
70-79 anos	414	35.4	[31.7, 39.4]
80+ anos	166	18.5	[15.4, 22.1]

N=1123; n=número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60 ou mais anos residente em domicílios particulares.

Estado civil

Em relação ao estado civil legal, constatou-se que os respondentes se caracterizaram por ser, na sua maioria, casados (63%). Segue-se o grupo dos viúvos, com 25.4% e finalmente os divorciados e os solteiros com muito menor expressão, 5.4% e 5.1%, respetivamente (Quadro 15).

Quadro 15. Distribuição da população segundo o estado civil

Estado civil	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Solteiro	70	5.1	[3.7, 7.0]
Casado	670	63.0	[59.1, 66.8]
Separado	8	1.0	[0.4, 2.4]
Divorciado	61	5.4	[3.9, 7.4]
Viúvo	310	25.4	[22.0, 29.0]
União de facto	2	0.1	[0.0, 0.3]

N=1121; n=número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Conclui-se que maioria dos respondentes (63.1%) era casada ou vivia em união de facto e 6.4% era divorciada ou separada.

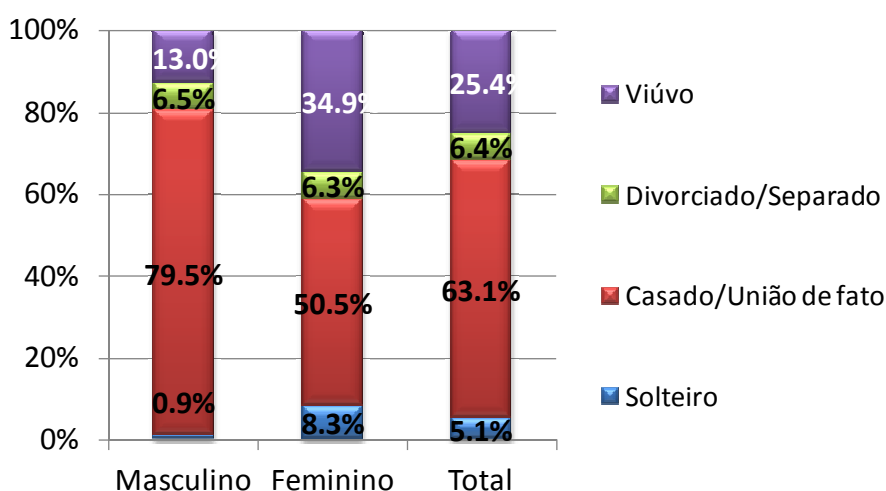
Quadro 16. Distribuição da população segundo o estado civil agregado

Estado civil ¹⁴		Estimativas na população [¶]	
			IC 95%
Solteiro	70	5.1	[3.7, 7.0]
Casado/ União de facto	672	63.1	[59.1, 66.9]
Divorciado / Separado	69	6.4	[4.7,8.6]
Viúvo	310	25.4	[22.0, 29.0]

¹⁴n=1121; =número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; =percentagem estimada (valor ponderado); [¶] Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

A análise do estado civil segundo o sexo evidencia algumas diferenças (Gráfico 4). A percentagem de casados era de 79.5% entre os homens, enquanto nas mulheres de 50.5%. A percentagem de viúvos era superior nas mulheres (34.9%), comparativamente aos homens (13%). No caso dos divorciados/separados, homens e mulheres têm proporções muito semelhantes: 6.5% e 6.3%, respetivamente. A percentagem de solteiros foi de 10.9% no sexo masculino e de 8.3% no sexo feminino.

Gráfico 4. Distribuição da população segundo o estado civil e o género



Nota: estimativas ponderadas por região e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Agregados familiares

Procede-se de seguida à caracterização dos agregados domésticos, relativamente à sua dimensão, ou seja, ao número de pessoas que fazem parte do agregado, bem como à sua composição.

O INE define como núcleo familiar “o conjunto de indivíduos residentes, dentro de uma família clássica”, entre os quais existe um dos seguintes tipos de relação:

- Casal “de direito” ou de “facto” com ou sem filho(s) não casados(s);
- Pai ou mãe com filho(s) não casado(s);
- Avós com neto (s) não casado(s);

¹⁴ Para efeitos de análise a variável “estado civil” foi o alvo de recodificação. Devido ao baixo número de respostas, a categoria “União de facto” (n=2) foi agrupada com a categoria “Casado”. De igual modo a categoria “Separado” (n=8), foi agrupada com a categoria “Divorciado” (Quadro 14).

- Avô e avó com neto(s) casado(s).

Segundo o INE, um núcleo familiar é composto por 2 ou mais pessoas e uma família clássica pode ser constituída por 1 ou mais núcleos familiares.

A dimensão dos agregados domésticos dos respondentes variou entre 1 a 7 pessoas por agregado. A estimativa obtida para a dimensão média do agregado foi de 2.11 pessoas (IC95%: 2.03 -2.19). As famílias unipessoais representavam 21.8%, enquanto as famílias numerosas (com 5 ou mais elementos) 3.2% (Quadro 17).

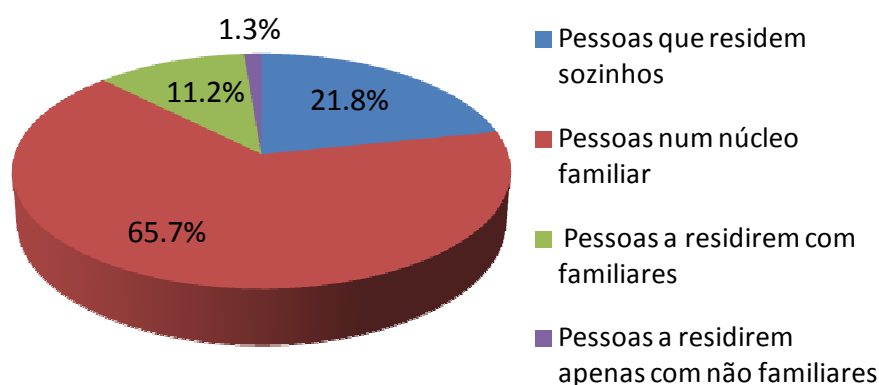
Quadro 17. Dimensão dos agregados familiares

Dimensão do agregado familiar		Estimativas na população [¶]	
			IC 95%
1 pessoa	254	21.8	[18.7, 25.3]
2 pessoas	632	57.9	[53.8, 61.8]
3 pessoas	149	13.6	[10.9, 16.8]
4 pessoas	48	3.6	[2.4, 5.3]
5 ou mais pessoas	34	3.2	[2.0, 5.1]

N=1117; =número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; =percentagem estimada (valor ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população portuguesa com 60+ anos residente em domicílios particulares); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

De acordo com o Gráfico 5, a maioria dos inquiridos (65.7%) vivia numa família nuclear (casado/união de facto; monoparental; com filhos não casados), 21.8% vivia só e 11.2% residia com familiares e 1.3% com não familiares¹⁵. Contudo, 21.8% das pessoas estudadas residiam sozinhas e 78.2% em coabitação.

Gráfico 5. Famílias clássicas com e sem núcleo familiar



Nota: estimativas ponderadas por região e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

¹⁵ Considerou-se não familiares os amigos afilhada, empregada vizinha e inquilina.

5.1.2. Caracterização socioeconómica

No presente ponto caracteriza-se a amostra de acordo com as habilitações literárias, a situação perante o trabalho e a profissão. Com base nesta caracterização complementada pela variável rendimento, foi construída uma tipologia socioeconómica (Cf. Anexo G).

Habilitações literárias

A leitura do Quadro 18 permite constatar que a maioria frequentou o 1º ciclo do ensino básico (58.6%), seguindo-se a frequência do 2º e 3º ciclo (14.1%) e do ensino secundário ou médio (11.4%). Os indivíduos sem escolaridade representavam 9.1%, estimativa superior à obtida nos indivíduos com o ensino superior (6.8%).

Quadro 18. Distribuição da população segundo o nível de escolaridade

Escolaridade	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Sem escolaridade	111	9.1	[7.1, 11.6]
1º ciclo ensino básico	669	58.6	[54.5, 62.6]
2º ou 3º ciclo ensino básico	152	14.1	[11.4, 17.2]
Ensino Secundário e médio	101	11.4	[8.8, 14.5]
Ensino Superior	76	6.8	[5.1, 9.1]

Nota: N=1105; n=número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Para efeitos da análise a variável “escolaridade” foi recodificada, agregando o ensino secundário, médio e ensino superior. As frequências absolutas e estimativas populacionais após recodificação apresentam-se no quadro que se segue.

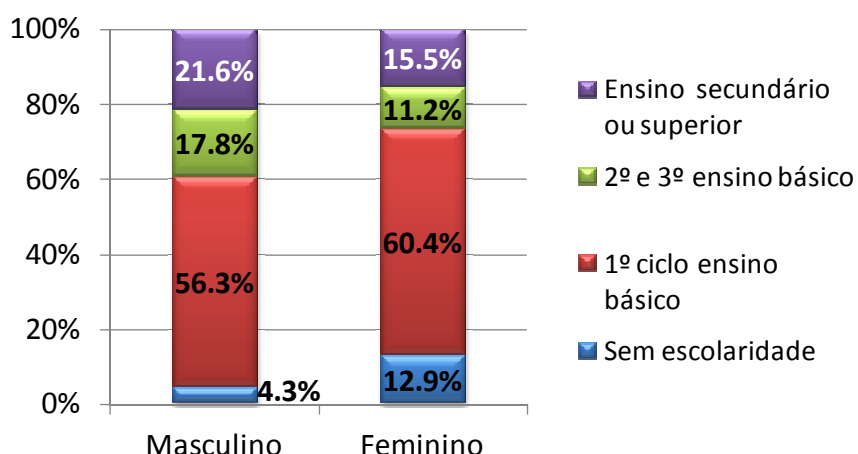
Quadro 19. Distribuição da população segundo níveis de escolaridade agregados

Escolaridade	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Sem escolaridade	111	9.1	[7.1, 11.6]
1º ciclo ensino básico	669	58.6	[54.5, 62.6]
2º ou 3º ciclo ensino básico	152	14.1	[11.4, 17.2]
Ensino Secundário/Médio/Superior	177	18.2	[15.1, 21.7]

Nota: N=1105; n=número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Com base na análise da amostra obtida, observou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p=0.001$) na distribuição percentual dos indivíduos por nível de escolaridade segundo o género. A estimativa das mulheres sem nível de escolaridade foi 3 vezes superior à estimativa obtida para os homens. Adicionalmente verificou-se uma maior percentagem de homens com os níveis correspondentes ao 2º e 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário (Gráfico 6).

Gráfico 6. Habilitações literárias da população segundo o género



Nota: N=1105; Estimativas ponderadas por região e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Situação perante o trabalho e profissão

No que concerne à situação perante o trabalho/ocupação constatou-se que a maioria dos inquiridos se encontrava em situação de reforma (78.8%). Verificou-se que a estimativa percentual dos homens em situação laboral (8.5%) era superior ao dobro da estimativa obtida para as mulheres (4.0%). Destaca-se ainda que as domésticas eram sobretudo elementos do sexo feminino e representavam 6.8% da população estudada.

Quadro 20. Distribuição da população segundo a situação perante o trabalho (ocupação)

Situação perante trabalho		Estimativas na população [¶]	
			IC 95%
Empregado	69	6.0	[4.2, 8.4]
Desempregado	20	2.1	[1.1, 3.8]
Doméstico	103	6.8	[5.1, 9.8]
Reformado	848	78.8	[75.3, 82.0]
Incapacitado	56	4.5	[3.1, 6.6]
Outra situação	13	1.8	[0.9, 3.6]

=1109; =número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; =percentagem estimada (valor ponderado); ¶Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Com base nas perguntas sobre a profissão e a situação perante a profissão a população foi classificada de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (2010) em 10 grandes grupos. De acordo com o inquérito, estimou-se que os grandes grupos “Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices” (17.7%), “Serviços pessoais, segurança e vendedores” (13.9%), “Domésticas” (11.4%) e “Administrativos” (11.3%) têm maior representatividade entre as profissões analisadas.

Quadro 21. Distribuição da população segundo a profissão

Profissões ¹⁶	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Dirigentes/diretores	5	0.6	[0.2, 1.7]
Especialistas das atividades intelectuais	89	8.8	[7.2, 12.1]
Técnicos e profissões de nível intermédio	81	8.3	[6.1, 11.1]
Administrativo	116	11.3	[8.9, 14.2]
Serviços pessoais, segurança e vendedores	145	13.9	[11.3, 17.0]
Trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta	83	7.7	[5.8, 9.9]
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	168	17.7	[14.5, 21.3]
Operadores de instalações e máquinas e montagem	76	9.4	[7.2, 12.3]
Trabalhadores não qualificados	141	9.8	[7.8, 12.1]
Forças armadas	11	1.0	[0.5, 2.3]
Domésticos	187	11.4	[9.0, 13.5]

N=1102; *n*=número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Regime de ocupação da habitação

No que diz respeito ao regime de ocupação da habitação verificou-se que 74.2% das pessoas com 60+ anos residiam em casas próprias, 14.4% em casas arrendadas/alugadas e 2.6% em habitação social.

Quadro 22. Distribuição da população segundo o regime de ocupação da habitação

Regime de ocupação da habitação	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Casa arrendada	138	14.4	[11.8,17.6]
Habitação social	28	2.6	[1.6, 4.4]
Casa própria	845	74.2	[70.4, 77.6]
Casa de familiares	86	7.6	[5.8,10.0]
Casa de outras pessoas	9	1.1	[0.5,2.5]

N=1106; *n*=número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Rendimento económico

A questão relativa ao rendimento económico mensal foi o único item do questionário com uma percentagem de não resposta de 11.6%, percentagem que vai ao encontro dos valores obtidos noutros estudos.

¹⁶ Devido ao elevado número de elementos do sexo feminino sem profissão definida (domésticas que nunca exerceram uma profissão) nesta análise considerou-se pertinente incluir as domésticas na classificação como um grupo adicional.

Dos indivíduos estudados 46,2% possuía um rendimento baixo (até 500€). A leitura do Quadro 23 revela ainda que 6.1% não auferia qualquer rendimento.

Quadro 23. Distribuição da população segundo o rendimento económico mensal

Rendimento económico mensal		Estimativas na população [¶]	
			IC 95%
Não auferir qualquer rendimento	99	6.1	[4.5, 8.2]
Até 500 €	540	46.2	[42.1, 50.2]
De 501€ a 1000€	167	17.7	[14.7, 21.2]
De 1001€ a 1500€	97	9.3	[7.1, 12.1]
Mais de 1500€	97	9.2	[7.0, 11.8]
Recusa identificar o rendimento	111	11.6	[8.8, 14.6]

=1111; =número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; =percentagem estimada (valor ponderado); ¶Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

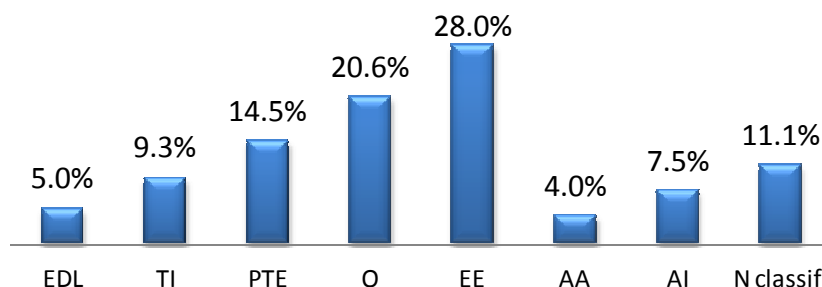
Tipologia socioeconómica e profissional

A partir das variáveis socioeconómicas e profissionais incluídas no inquérito (habilitações literárias, profissão, situação na profissão e rendimento), foram obtidos 2 indicadores adicionais: o indicador socioprofissional individual de classe (ISPI) que agrega a profissão e a situação na profissão e a tipologia socioeconómica e profissional.

Do cálculo do indicador socioprofissional individual (ISPI), de acordo com as percentagens ponderadas estimadas, constatou-se o predomínio de empregados executantes - EE (28%) e os operários -O (20.6%), seguidos dos profissionais técnicos e de enquadramento – PTE (14.5%).

No presente estudo optou-se por incluir as domésticas como uma classe adicional do ISPI (codificada sob a designação N classif.) dado tratar-se de uma categoria com alguma representatividade na população em análise (11.1%). Em menor percentagem surgiam os trabalhadores independentes (TI), os agricultores independentes (AI) e os empresários, dirigentes e profissionais liberais (EDL) com proporções pouco representativas.

Gráfico 7. Indicador socioprofissional individual de classe (ISPI)



EDL – Empresários, dirigentes e profissionais liberais
 TI – trabalhadores independentes
 PTE – profissionais técnicos e de enquadramento
 O – Operários

EE – Empregados executantes
 AA – Assalariados agrícolas
 AI – Agricultores independentes
 N classif. – Domésticas

Nota: estimativas ponderadas por região e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Dado que o ISPI somente agrega a profissão e a situação na profissão, optou-se por uma análise que introduzisse também as variáveis habilitações literárias e o rendimento, de modo a obter uma caracterização socioeconómica e profissional da população inquirida. Na figura seguinte apresentam-se as principais características dos 4 segmentos socioeconómicos e profissionais.

Figura 5. Segmentos socioeconómicos e profissionais identificados

<p>Profissionais executantes de baixo rendimento</p> <p>Profissões pouco qualificadas</p> <p>Conta de outrem e conta própria</p> <p>Escolaridade baixa</p> <p>Rendimento baixo</p>	<p>Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto</p> <p>Profissões administrativas e intermédias</p> <p>Conta de outrem</p> <p>Escolaridade média</p> <p>Rendimento médio e médio-alto</p>
<p>Domésticas</p> <p>Escolaridade baixa</p> <p>Rendimento baixo</p>	<p>Profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto</p> <p>Profissões intelectuais</p> <p>Conta de outrem</p> <p>Muito escolarizados</p> <p>Rendimento alto</p>

O 1º segmento “**profissionais executantes de baixo rendimento**” inclui indivíduos que exerciam profissões pouco qualificadas, ligadas a vários sectores de atividade (indústria, agricultura e serviços). Caracterizavam-se por terem uma escolaridade muito baixa (80.0% tinha o 1º ciclo do ensino básico) ou nenhuma escolaridade (14.2%). A baixa escolaridade associa-se a um rendimento também baixo (66.2% auferia um rendimento inferior a 500 euros). À data do questionário, a maioria encontrava-se em situação de reforma (79.6%), ainda que 4.3% deste subgrupo continuasse no ativo. Neste segmento destacam-se algumas diferenças no que diz respeito à situação na profissão, ou seja, 67.2% trabalhou por conta de outrem ao passo que 30.1% por conta própria. Aqui se incluem as profissões como os eletricitistas, canalizadores e operários da construção civil, entre outras. Um elemento que poderá estar subestimado neste segmento diz respeito ao rendimento dado que 11.9% recusou especificar o rendimento auferido.

O 2º segmento “**Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto**” inclui indivíduos que exerciam profissões administrativas e de nível intermédio, ligadas ao sector terciário. No cômputo geral revelaram ter uma maior escolaridade (40.5% com o 2º e o 3º ciclo do ensino básico e 36.0% com o ensino secundário/médio) comparativamente ao segmento 1. A maioria trabalhou por conta de outrem (88.6%). Cerca de dois terços dos indivíduos deste segmento possuía um rendimento médio (501 a 1000 euros, 34.3%) ou médio-alto (1001 a 1500 euros, 30%).

O 3º segmento “**Profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto**” reunia indivíduos muito escolarizados (71.8% tinha habilitações ao nível do ensino superior) que exerceram no passado funções intelectuais e de gestão/direção, por conta de outrem (94%). Neste segmento, 77.2% auferia um rendimento alto (> 1500 euros) e a maioria encontrava-se em situação de reforma.

O 4º segmento “domésticas” é quase exclusivamente composto por mulheres, que nunca exerceram um trabalho remunerado. Estas caracterizavam-se por uma baixa escolaridade (80.9% possuía o 1º ciclo e 12.0% não tinha escolaridade). Os indivíduos deste segmento possuíam um rendimento baixo, provenientes possivelmente de pensões de sobrevivência ou pensões sociais, uma vez que 22.8% não auferia nenhum rendimento individual. Há ainda a destacar a percentagem de domésticas que recusaram identificar o rendimento, representando 17.0%.

A leitura do Quadro 24 permite constatar que a tipologia socioeconómica mais frequente nesta amostra correspondia ao segmento “Profissionais executantes de baixo rendimento” (55.0%) e 25.4% pertencia ao segmento de “Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto”. Destaca-se ainda o segmento das “Domésticas” que representava 11.1% do total.

Quadro 24. Distribuição da população por segmentos socioeconómicos e profissionais

Tipologia socioeconómica e profissional	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Profissionais executantes de baixo rendimento	580	55.0	[50.8,59.0]
Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto	247	25.4	[21.8, 29.3]
Profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto	90	8.6	[6.6, 11.2]
Domésticas(os)	185	11.1	[9.0, 13.5]

Nota: N=1102; n=número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Na análise desagregada por sexo verifica-se que o segmento “Profissionais executantes de baixo rendimento” era composta quer por homens (53.0%), quer por mulheres (56.5%, respetivamente). Estima-se que a percentagem dos “Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto” na população masculina era mais do que o dobro comparativamente à população feminina: 37.0% vs. 16.3%. O segmento de “Domésticas/(os)” era representado exclusivamente por mulheres (19.7%).

Em síntese, da caracterização sociodemográfica ressaltam os seguintes aspetos. Predominavam as mulheres (56.4%) e os grupos etários até aos 79 anos (81.5%). Mais de metade dos respondentes (63.1%) era casada ou vivia em união de facto, residia num núcleo familiar (66%), maioritariamente composto por duas pessoas (57.9%).

Na globalidade estamos perante uma população pouco escolarizada, sendo as mulheres menos escolarizadas que os homens (a proporção das mulheres sem escolaridade era três vezes maior do que a dos homens). Nos níveis de escolaridade, desde o 2º e 3º ciclo do ensino básico até ao ensino superior, os homens denotavam frequências superiores às mulheres.

A maioria encontrava-se em situação de reforma (78.8%) e exerceu no passado funções ligadas à indústria e aos serviços (31.8%). Ainda que a maioria fosse titular da residência onde habita (74.2%), metade desta possuía um rendimento inferior a 500 euros. A partir da tipologia socioeconómica e profissional conclui-se que estamos perante profissionais executantes com baixos rendimentos (55.0%) ou profissionais de nível intermédio de rendimento médio/médio alto (25.4%).

5.2. Estado de saúde, estado funcional e redes de suporte social da população

Em seguida, iremos caracterizar o estado de saúde, quer físico, quer mental, analisar a funcionalidade da população, bem como o papel das redes de suporte social, informal e formal no seu dia-a-dia.

Saúde física e mental

A caracterização do estado de saúde decorreu de uma pergunta de autorrelato para a saúde física, enquanto no caso da saúde mental se utilizou uma escala de avaliação de sintomas depressivos.

Na saúde física colocou-se a questão: tem alguma doença crónica que lhe tenha sido diagnosticada pelo seu médico? No máximo obteve-se a descrição de 3 doenças.

Estimou-se que 66.7% da população tinha pelo menos uma crónica.

Quadro 25. Existência de Doença crónica diagnosticada pelo médico

Doença crónica	<i>n</i>	Estimativas na população [¶]	
		<i>p̂</i>	IC 95%
Não	323	33.1	[29.2,37.1]
Sim	797	66.9	[62.8,70.7]

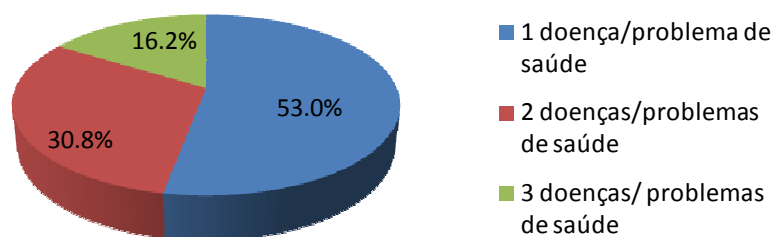
Nota: *N*=1120;

n=número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; *p̂*=percentagem estimada (valor ponderado)

Resultado ponderado por região de saúde e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares

Considerando os indivíduos que referiram sofrer de alguma doença (66.9%), 53.0% mencionou apenas uma doença, 30.8% referiu duas doenças e 16.2% referiu 3 doenças (Gráfico 8).

Gráfico 8. Número de doenças descritas pela população que possui uma ou mais doenças crônicas



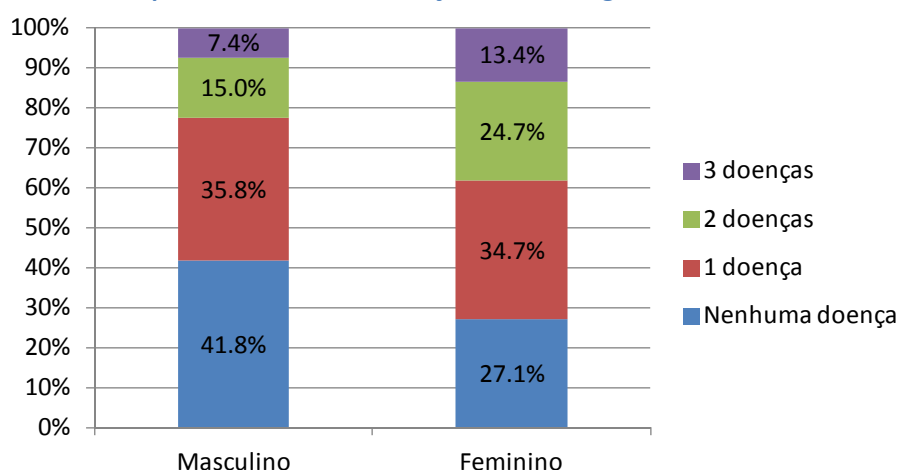
Nota: =1120

As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região de saúde e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

A análise da distribuição de uma ou mais doenças crônicas por grupos etários evidenciou, como seria aliás expectável, que os grupos etários mais velhos (80+ anos) reportaram mais frequentemente possuir pelo menos 1 doença (76,5%). Observou-se também que a proporção de uma ou mais doenças crônicas aumentava com a idade, sendo de 67% para os grupos etários entre os 70 e os 79 anos e de 61.6% para o grupo etário mais jovem (60-69 anos). As diferenças identificadas entre os grupos etários foram estatisticamente significativas ($p=0.028$).

A análise da existência de doença (s) segundo o sexo permitiu concluir que as mulheres apresentavam uma maior comorbilidade do que o homens, sendo significativas as diferenças entre os dois sexos ($p<0.001$). A frequência relativa de mulheres com 2 ou mais doenças foi superior à de mulheres que identificaram apenas uma doença (Gráfico 9). Os homens eram mais saudáveis, comparativamente às mulheres, uma vez que 41.8% não sofria de qualquer doença (s).

Gráfico 9. Número de doenças descritas pela população que possui uma ou mais doenças crônicas, segundo o sexo



Nota: =1120; As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região de saúde e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

No quadro que se segue observa-se a frequência de doenças, classificadas segundo a CID-9 (Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Morte), na população estudada.

De acordo com o presente estudo, as doenças mais reportadas foram as do aparelho circulatório (32.9%), seguindo-se as doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários (19.8%) e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (16.2%).

Quadro 26. Prevalência de doenças, classificadas de acordo com a CID-9, na população

Doenças CID-9	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Aparelho Circulatório	389	32.9	[29.2,36.9]
Endócrinas e Metabólicas	252	19.8	[16.8,23.1]
Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	218	16.2	[13.5,19.2]
Aparelho Respiratório	88	6.7	[5.1, 8.9]
Neoplasias	59	5.8	[4.1, 8.1]
Aparelho Digestivo	65	5.4	[3.8, 7.6]
Aparelho Geniturinário	37	3.9	[2.6, 6.0]
Transtornos Mentais	46	3.4	[2.2, 5.2]
Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	38	3.2	[2.1, 5.0]
Doenças da Pele	12	0.7	[0.3, 1.5]
Doenças do Sangue	9	0.7	[0.3, 1.6]
Doenças Infeciosas	4	0.3	[0.1, 1.0]
Sintomas, Sinais e Afeções Mal Definidas	8	0.9	[0.3, 2.6]
Outras (não classificáveis)	22	2.1	[1.2, 3.5]

Nota: N=1110;

n=número de indivíduos que reportou ter a patologia; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado);

§ Respostas múltiplas, o total das percentagens é diferente de 100%

¶ Resultado ponderado por região de saúde e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares;

A análise desagregada por sexo revelou que as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (25.1%) e do aparelho respiratório (8.7%) afetaram, em maior proporção as mulheres, enquanto as doenças do aparelho geniturinário afetou mais os homens (Quadro 27).

Quadro 27. Prevalência de doenças, classificadas de acordo com a CID-9, segundo o sexo

Doenças (CID-9)	Sexo		p
	Masculino (\hat{p})	Feminino (\hat{p})	
Aparelho Circulatório	30.5	34.8	0.291
Endócrinas e Metabólicas	17.7	21.4	0.262
Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	4.7	25.1	<0.001
Aparelho Respiratório	4.3	8.7	0.026
Neoplasias	6.5	5.2	0.510
Aparelho Digestivo	3.1	7.2	0.061
Transtornos Mentais	1.9	4.6	0.148
Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	3.0	3.5	0.733
Aparelho Geniturinário	6.3	2.1	0.011

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região de saúde e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares);
p= significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada

A análise da prevalência de doenças na população por grupos etários (Quadro 28) evidenciou que a morbidade se acentua na 4ª idade (80+ anos) como seria expectável. À medida que a idade avança, a morbidade aumenta, particularmente no grupo de doenças mais prevalentes, como foram as doenças do aparelho circulatório e do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.

Quadro 28. Prevalência de cada grupo de doença na população segundo grupos etários

Doenças (CID-9)	Grupo etário			p
	60-69 (\hat{p})	70-79 (\hat{p})	80+ (\hat{p})	
Aparelho Circulatório	30.1	32.9	40.4	0.170
Endócrinas e Metabólicas	20.6	21.1	15.1	0.396
Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	12.9	16.2	24.4	0.021
Aparelho Respiratório	5.7	6.4	10.2	0.247
Neoplasias	4.7	6.8	6.5	0.612
Aparelho Digestivo	4.5	5.0	8.5	0.314
Transtornos Mentais	5.1	2.1	1.9	0.087
Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	2.7	3.4	4.3	0.708
Aparelho Geniturinário	1.5	5.6	6.9	0.015

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região de saúde e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares);
p= significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada

Em suma, estimou-se que 66.9% da população possuía alguma doença. A doença afetou mais mulheres, que também evidenciaram uma maior comorbilidade. A doença foi igualmente mais prevalente (76.5%) nos indivíduos de idade mais avançada (80+ anos).

O grupo de doenças mais reportado foi o do aparelho circulatório (32.9%), onde foram referidas o “acidente vascular cerebral”, a “doença isquémica cardíaca” e a “hipertensão arterial”, entre outras.

Seguem-se as doenças endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários onde se incluíam a “diabetes”, o “colesterol” e problemas de hipo ou híper tiroidismo (19.8%).

As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, onde se englobam a “osteoporose”, a “artrite reumatoide” ou problemas de “coluna” foram referidas por 16.2% da população. Estas doenças foram igualmente mais frequentes nas mulheres e nos grupos etários mais avançados.

A “doença pulmonar obstrutiva crónica”, a “asma” ou a “rinite alérgica” foram algumas das doenças do aparelho respiratório que, no presente estudo, foram reportadas por 6.7% dos indivíduos, sendo igualmente mais prevalentes no sexo feminino.

Como já explicitado anteriormente, a saúde mental foi avaliada através de uma versão curta (GDS5) da Escala Geriátrica de Depressão. No presente estudo e de acordo com a escala utilizada, estimou-se que 51.3% da população apresentava sintomas depressivos (quadro 29).

Quadro 29. Prevalência de sintomas depressivos na população

Sintomas depressivos	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Não	478	48.7	[44.5,53.0]
Sim	552	51.3	[47.0,55.5]

Nota: N=1030;
n=número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado)
Resultado ponderado por região de saúde e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares

No quadro 30 apresenta-se a prevalência de sintomas depressivos por sexo, grupos etários, estado de saúde e tipologia socioeconómica.

No que respeita ao sexo, as mulheres (58.3%) reportaram sintomas depressivos mais frequentemente que os homens (42.1%). A diferença da prevalência destes sintomas entre sexo foi estatisticamente significativa ($p<0.001$). Já as estimativas relativas aos sintomas depressivos não diferiram significativamente entre os três grupos etários considerados, apesar de se verificar uma tendência crescente com a idade na prevalência daqueles sintomas. Em contrapartida, os sintomas depressivos foram mais prevalentes entre os indivíduos que reportaram ter pelo menos uma doença (58.7%).

Da análise da prevalência de sintomas depressivos por segmentos da tipologia socioeconómica, verifica-se que estes sintomas afetaram mais frequentemente os grupos das domésticas (65.3%) e dos profissionais executantes de baixo rendimento (60.1%). O menor valor da prevalência foi estimado para os profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto (18.02%).

Quadro 30. Prevalência de sintomas depressivos segundo o sexo, grupos etários, estado de saúde física e tipologia socioeconómica

Sintomas depressivos	Estimativas na população		<i>p</i>
	\hat{p}	IC 95%	
Sexo			<0.001
Masculino	42.1	[35.2, 49.4]	
Feminino	58.3	[53.1, 63.1]	
Grupo etário			
60-69	46.9	[40.7, 53.2]	0.135
70-79	52.8	[45.9, 59.6]	
80+	58.8	[48.0, 68.9]	
Tem doença crónica			<0.001
Sim	58.7	[53.5, 63.6]	
Não	35.9	[28.8, 43.7]	
Profissionais executantes de baixo rendimento	60.1	[54.3, 65.7]	<0.001
Profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto	18.02	[9.5; 31.6]	
Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto	37.5	[29.3; 46.6]	
Domésticas	65.3	[46.8, 55.5]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região de saúde e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares);
p= significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada

Em suma, metade da população analisada apresentou sintomas depressivos, ocorrendo mais frequentemente nas mulheres, nos indivíduos que possuíam pelo menos uma doença crónica, nas domésticas e nos grupos profissionais de baixo rendimento.

Algumas das doenças abordadas na saúde física, nomeadamente sequelas provocadas por AVC, doenças neurodegenerativas, osteomusculares, entre outras, podem originar limitações físicas associadas à realização das atividades da vida diária, com consequências na qualidade de vida dos indivíduos. Esta relação entre doença crónica e funcionalidade reveste-se de especial importância na avaliação do estado de saúde.

Avaliação da capacidade funcional

As atividades da vida diária (AVD) são tarefas que uma pessoa necessita de realizar para cuidar de si mesmo no dia-a-dia e que são utilizadas para determinar o nível de funcionalidade dos indivíduos, nomeadamente em termos das limitações e necessidades/ajudas requeridas.

As tarefas de âmbito instrumental (intituladas de tarefas domésticas no Quadro 31), tais como ir às compras, fazer as suas próprias refeições ou limpar e arrumar a casa, constituem as atividades em que os indivíduos revelaram maior dificuldade de execução sem ajuda de outra pessoa (12.4%). De acordo com as atividades de âmbito pessoal, as maiores dificuldades ocorreram na toma do banho (6.1%) e no andar (2.6%).

Quadro 31. Atividades da vida diária

Tipo de atividades da vida diária	N	n	Estimativas na população [¶]	
			\hat{p}	IC 95%
Andar	1123	31	2.6	[1.6, 4.3]
Deitar e levantar-se na cama	1123	19	1.9	[1.1, 3.5]
Vestir-se e despir sozinho(a)	1122	25	1.7	[1.0, 3.0]
Tomar banho ou duche	1123	61	6.1	[4.4, 8.3]
Utilizar a sanita, sem ajuda de outra pessoa	1122	11	1.2	[0.5, 2.5]
Cortar e comer os alimentos	1123	15	1.2	[0.6, 2.3]
Tarefas domésticas	1122	153	12.4	[10.0, 15.2]
Tomar os seus medicamentos nas doses corretas e nos tempos certos	1112	42	4.5	[3.1, 6.7]

Nota: N=total de indivíduos entrevistados com respostas válidas;n= número de indivíduos que necessitam ajuda; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado)
Resultado ponderado por região de saúde e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares;

Para avaliar o grau de incapacidade adotou-se o índice calculado a partir do número de atividades da vida diária que os indivíduos têm dificuldade em realizarem (Knipscheer, 2005). Considerou-se como independentes os indivíduos que conseguem desempenhar todas as atividades listadas sem ajuda de terceiros. A incapacidade ligeira é atribuída aos indivíduos que não conseguem executar uma das tarefas. A incapacidade moderada é atribuída aos indivíduos que não conseguem realizar entre duas a quatro das atividades da vida diária e a incapacidade severa é atribuída a indivíduos que não conseguem realizar cinco ou mais das atividades da vida diária.

Da leitura do Quadro 32 conclui-se que a maioria da população (84.7%) era independente nas atividades da vida diária. Contudo 15.3% dos indivíduos tinha dificuldade na execução de pelo menos uma das atividades básicas da vida diária: andar, tomar banho, despir/vestir-se, deitar/levantar-se da cama, utilizar a sanita, cortar/comer alimentos, tarefas domésticas ou tomar os medicamentos. Assim podemos afirmar que na população portuguesa 153 em cada 1000 pessoas com 60+ anos tinha algum grau de incapacidade funcional e por isso necessitava de ajuda de terceiros nas AVD. A prevalência de incapacidade ligeira

autodeclarada foi de 8.7%, seguida da incapacidade moderada e severa, que afetava respetivamente 5.3% e 1.3% da população estudada (Quadro 32).

Quadro 32. Grau de incapacidade da população

Grau de incapacidade	Estimativas na população ¹			
			IC 95%	
Independente	937	84.7	[81.6, 87.3]	2163896
Ligeira	110	8.7	[6.7, 11.2]	222010
Moderada	64	5.3	[3.8, 7.3]	135620
Severo	12	1.3	[0.7, 2.8]	34490

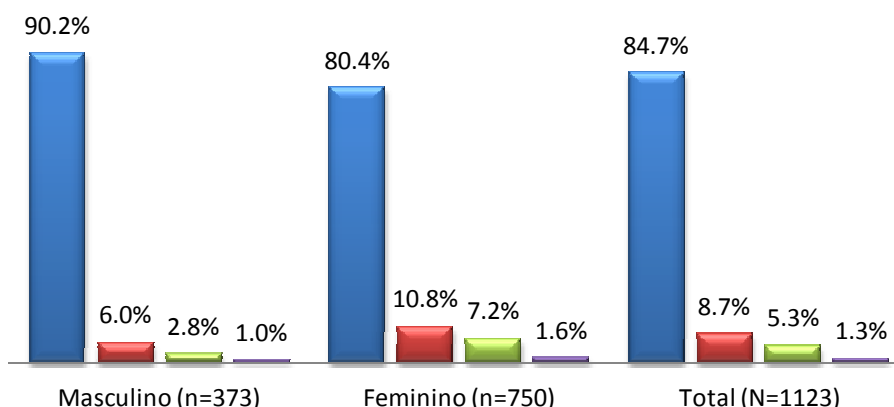
Nota: N=1123.

= número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; =percentagem estimada (valor ponderado); =estimativa de número de indivíduos na população (valor ponderado).

Resultado ponderado por região de saúde e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares;

Da leitura do Gráfico 10 concluiu-se que a incapacidade funcional afetava mais as mulheres do que os homens, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ($p=0.013$).

Gráfico 10. Grau de incapacidade da população segundo o sexo

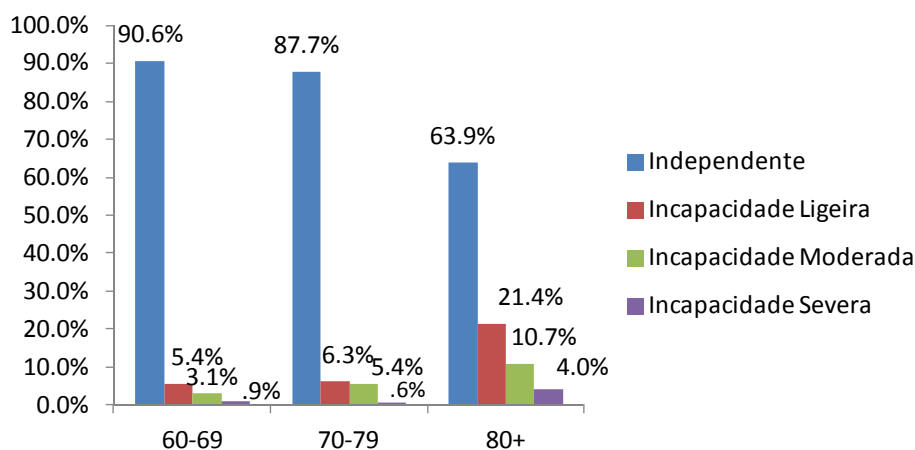


As percentagens apresentadas são ponderadas por região de saúde e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Sabendo que o grau de incapacidade está diretamente relacionado com a idade, o gráfico que se segue permite concluir que a incapacidade severa ocorria sobretudo na população com idade mais avançada (80+ anos).

As incapacidades ligeiras e moderadas eram progressivamente maiores à medida que a idade avançava, agudizando-se o grau de severidade na designada quarta idade.

Gráfico 11. Grau de incapacidade segundo o grupo etário



Nota: N=1123

As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região de saúde e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Na análise da frequência de sintomas depressivos, segundo o estado funcional dos indivíduos, observou-se uma tendência de aumento daqueles sintomas na população com incapacidade funcional (Quadro 33). A apresentação de sintomas depressivos afetou 72.3% da população que revelou incapacidade ligeira, 82.8% da população com incapacidade moderada e 98.5% da população com incapacidade severa. No entanto, os sintomas depressivos parecem ser transversais na medida em que afetou também 46.7% da população independente que conseguia realizar todas as AVD.

Quadro 33. Prevalência de sintomas depressivos segundo o estado funcional

Sintomas depressivos	Estimativas na população		p
	\hat{p}	IC 95%	
Necessita de ajuda nas AVD			<0.001
Sim	77.9	[67.9; 85.8]	
Não	46.7	[42.1; 51.3]	
Grau de incapacidade			<0.001
Independente	46.7	[42.1, 51.3]	
Incapacidade Ligeira	72.3	[57.6, 83.4]	
Incapacidade Moderada	82.8	[63.1, 93.19]	
Incapacidade severa	98.5	[88.8, 99.89]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região de saúde e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares);
 p = significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada

Redes de suporte informal e formal

Analisar as redes de suporte social reveste-se de crucial importância pela natureza e função das relações sociais dos indivíduos com o seu contexto social, e o papel que estas relações desempenham no seu bem-estar físico, psicológico e social, sobretudo quando a saúde física é geradora de necessidades e, por consequência, de apoios de terceiros.

A rede social de suporte é uma das variáveis que de forma mais consistente tem vindo a ser associada à ocorrência de violência. O conceito de rede social define-se como o sistema de relações sociais na vida do indivíduo, podendo implicar duas funções: a de sociabilidade e a de suporte. O suporte “inscreve-se num sistema mais amplo das relações sociais incluindo um número de atividades que podem ir, desde o apoio emocional, instrumental, económico e variam de intensidade e regularidade, consoante o ciclo da vida individual” (Gil, 2010, p. 138).

O conhecimento das redes de suporte social permite analisar a natureza e a função das relações sociais dos indivíduos com o seu ambiente social, e o papel que estas relações desempenham no seu bem-estar físico, psicológico e social.

Podem-se distinguir duas fontes de suporte social: a informal e a formal. A primeira inclui, simultaneamente, os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre, etc.) e os grupos sociais (Clubes, Igreja, etc.). As redes de suporte social formal abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos etc.) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda.

Uma vez que não era objetivo do inquérito o estudo das redes de suporte optou-se por dois indicadores globais. Um refere-se ao sentimento global de se ser apoiado (“tem pessoas suficientes em quem se apoiar, quando precisa ou tem problemas”) e o outro indicador diz respeito à integração ou participação em algum tipo de serviço de apoio social. No entanto, antes de analisarmos estes dois indicadores vejamos quem são as pessoas da rede social informal da população em análise que prestam apoio na vida quotidiana (trabalhos domésticos, toma de medicamentos, entre outros). Do Quadro 34 conclui-se que é sobretudo

a família direta, ou seja, as filhas e os cônjuges que exercem um papel preponderante na rede de solidariedade entre gerações, seguida dos profissionais remunerados.

Quadro 34. Elementos que integram a rede social informal da população

Quem ajuda	<i>n</i>	Estimativas na população ¹	
		\hat{p}	IC 95%
(ex)cônjuge/companheiro	48	3.5	[2.4, 5.1]
Filha/ enteada	49	4.6	[3.1, 6.6]
Filho	11	0.9	[0.3, 2.2]
Neta	5	0.3	[0.1, 1.1]
Nora/genro	4	0.5	[0.2, 1.6]
Outros familiares	9	0.6	[0.2, 1.9]
Amigo/vizinho	11	1.3	[0.7, 2.6]
Profissional remunerado	38	3.1	[2.0, 4.8]
Voluntário	1	0.2	[0.0, 1.7]
Não tenho ninguém	8	0.3	[0.1, 0.9]
Não identificado	2	0.1	[0.0, 0.3]
Não precisa de ajuda	937	84.7	[81.6, 87.3]

Nota: N=1123

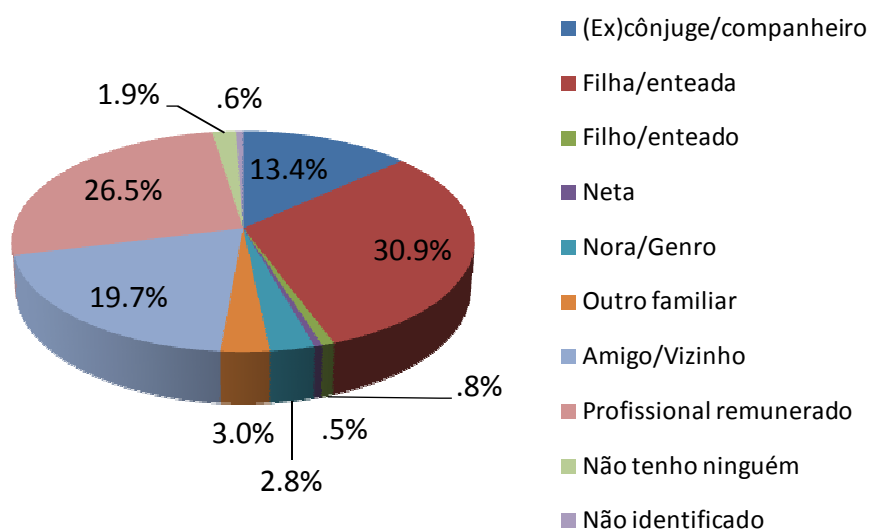
n=número de indivíduos entrevistados com respostas válidas;

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região de saúde e ajustado por sexo e grupo etário para a população portuguesa com 60+ anos residente em domicílios particulares)

No entanto, se o enfoque se centrar exclusivamente na população que revelou incapacidade funcional, então essa rede de solidariedade assume uma outra configuração de acordo com o género.

Se a pessoa que necessitava de apoio era do sexo feminino, então as filhas/enteadas (30.9%) constituíam a principal fonte de suporte, seguida do profissional remunerado (26.5%). Também os amigos e vizinhos eram um elemento de apoio (19.7%), antes mesmo dos cônjuges/companheiros (13.4%). A maior participação das filhas poderá estar relacionada com o facto da população feminina com incapacidade ser mais idosa e se encontrar maioritariamente em situação de viuvez e a residir só.

Gráfico 12. Quem ajuda a população feminina em situação de incapacidade

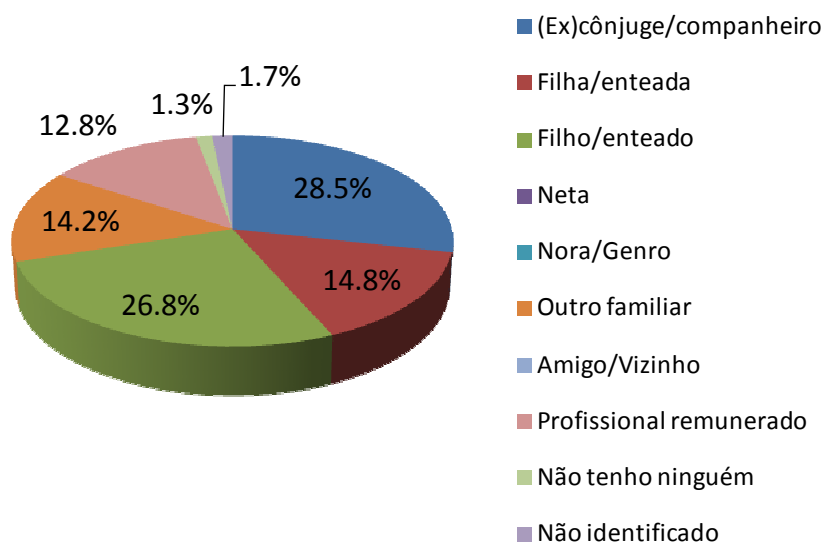


Nota: n=146

As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região de saúde e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Uma configuração distinta da rede de suporte emergiu quando a população que necessitava de apoio era do sexo masculino. Neste caso eram as mulheres/companheiras (28.5%) a assumirem um papel de maior relevo, seguida dos filhos (homens) (26.8%). Para além das filhas, os outros familiares (14.2%) exerciam um papel mais ativo, antes mesmo do auxílio profissional (12.8%) o que vem corroborar a maior disponibilidade da rede informal alargada no apoio à população masculina.

Gráfico 13. Quem ajuda a população masculina em situação de incapacidade



Nota: n=40;

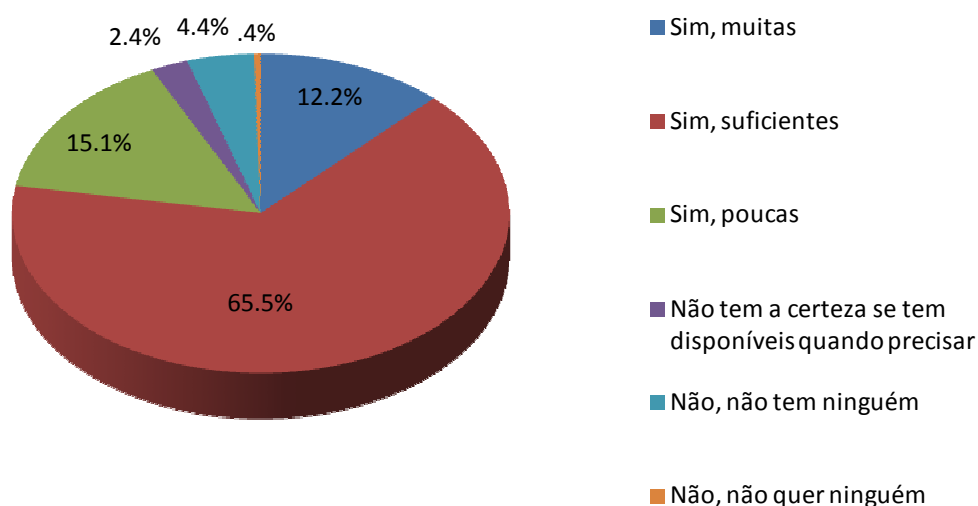
As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região de saúde e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Um outro indicador utilizado para avaliar o papel das redes de suporte é a percepção do apoio recebido por esta mesma rede social por parte do indivíduo (Antonucci & Kahn, 1980).

Mais de metade da população estudada (65.5%) afirmou ter um número suficiente de pessoas para apoiar ou pedir ajuda, quando necessário. O número de pessoas disponíveis a quem recorrer na eventualidade de surgir um problema foi qualificado como escasso por 15.1% e como numeroso por 12.2% da população.

O sentimento de isolamento, ou seja de não ter ninguém disponível, é expresso por 4.4% da população. Esta percentagem é ligeiramente superior à da população que revela incerteza face à disponibilidade de alguém a quem recorrer no futuro (2.4%). A população que intencionalmente não quer ninguém em caso de necessidade é escassa (0.4%).

Gráfico 14. Percepção do apoio recebido pela rede social informal: “Tem pessoas suficientes em que se apoiar quando precisa?”



Nota: n=1105

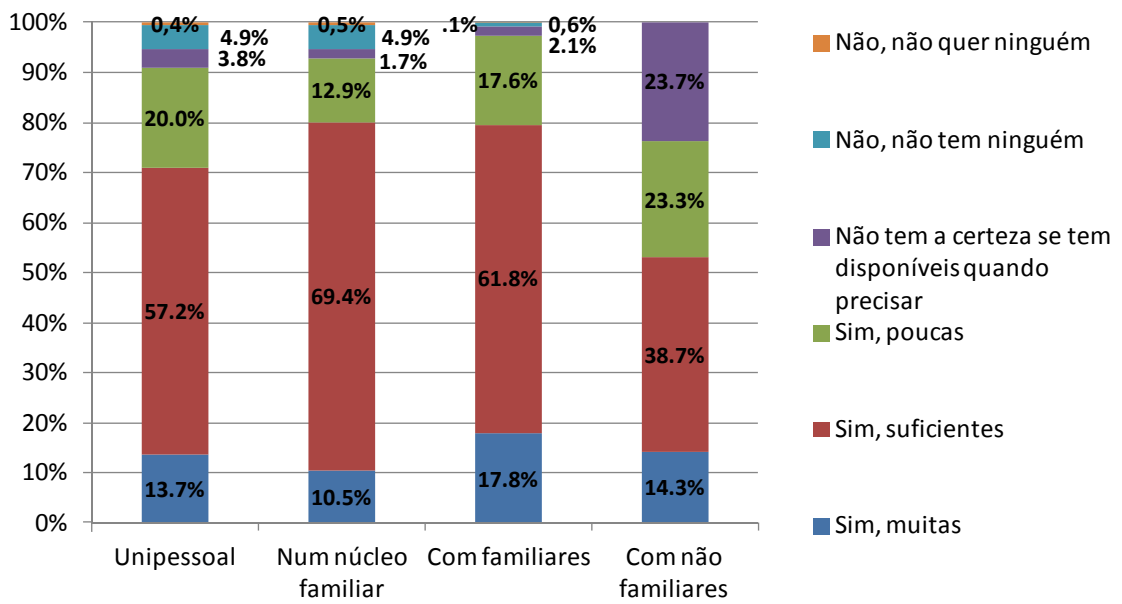
As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região de saúde e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

No âmbito do presente estudo considerou-se também pertinente caracterizar as percepções da população sobre o apoio social informal recebido, segundo o tipo de agregado familiar (Gráfico 15).

Desta análise concluiu-se que os indivíduos a residir em família (num núcleo familiar ou com familiares) denotaram uma maior percepção do apoio (69.4% e 61.8%) do que os indivíduos inseridos noutros tipos de agregado. Em contrapartida, uma maior proporção de indivíduos a viver com não familiares percecionou um menor apoio (23.3% indica ter poucas pessoas em quem se apoiar) ou incerteza face ao apoio disponível (23.7%).

No entanto, esta diferenciação não foi tão marcada nos indivíduos que viviam sós. Mais de metade destes considerou que tinham pessoas suficientes em quem se apoiar e 20% considerou que tinha poucas pessoas.

Gráfico 15. Percepção do apoio recebido pela rede social informal segundo o tipo de agregado doméstico

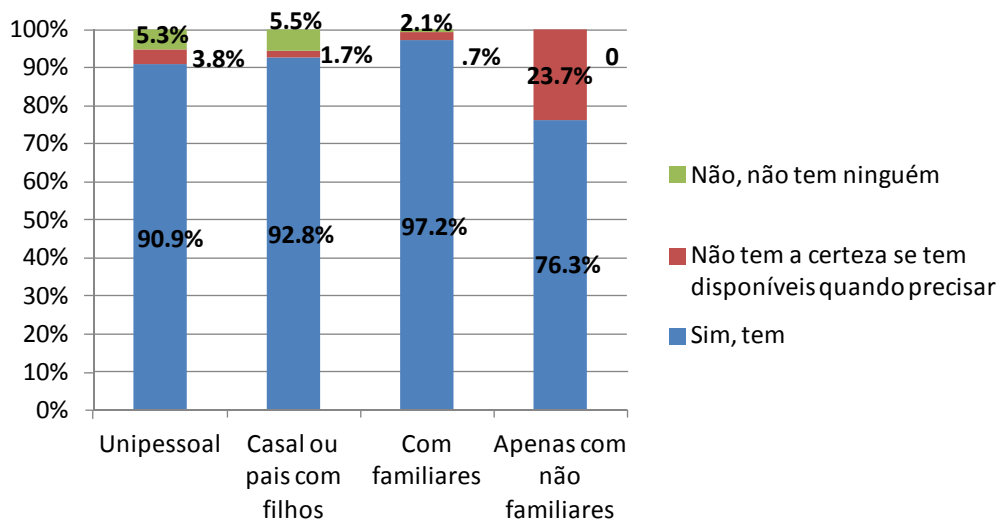


Nota: N=1099

As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região de saúde e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

A agregação das respostas relativas à percepção do apoio recebido pela rede social informal em três categorias possibilitou concluir que existia um maior ceticismo sobre a existência de apoio nos indivíduos que residiam apenas com não familiares. Os indivíduos integrados em núcleos familiares (casal ou pais com filhos) e os que residiam sozinhos revelaram uma maior incerteza sobre o apoio que um dia poderá ser disponibilizado pela sua rede social.

Gráfico 16. Percepção do apoio recebido pela rede social informal segundo o tipo de agregado doméstico



Nota: N=1099

As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região de saúde e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Globalmente conclui-se que estamos perante uma população que maioritariamente se sentia apoiada pela rede social informal (92.8%).

Quadro 35. Percepção do apoio recebido através da rede social informal

Percepção do apoio pela rede social	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Sim, tem apoio	1019	92.8	[90.4, 94.6]
Não tem certeza da disponibilidade de apoio	23	2.4	[1.4, 4.2]
Não tem apoio	63	4.8	[3.4, 6.8]

Nota: N=1105

n=total de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado)

Resultado ponderado por região de saúde e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares;

A integração e a participação social constituem um fator de proteção face à violência, identificado por vários estudos (Acierno et al., 2010; Naughton et al., 2010; O’Keeffe et al., 2007).

No que diz respeito à utilização dos serviços de apoio social, a percentagem da população que declarou usufruir de pelo menos uma forma de apoio social foi de 13.1%.

Quadro 36. Apoio recebido através da rede social formal

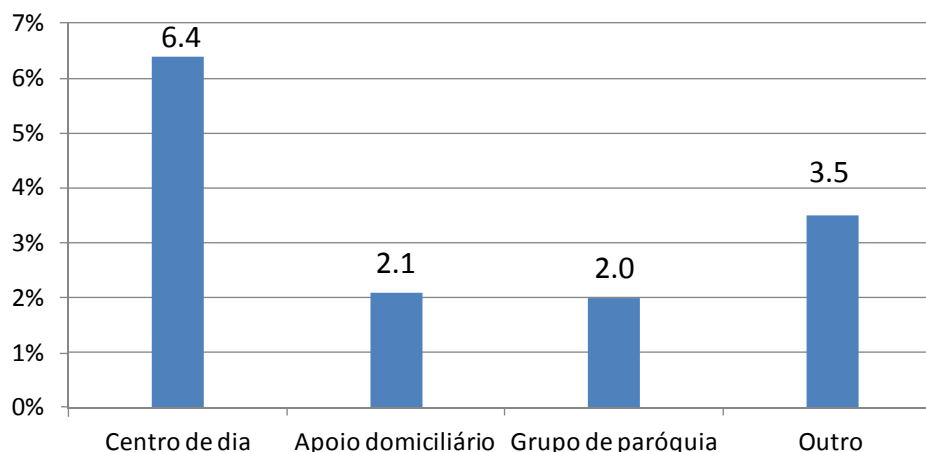
Apoio social	<i>n</i>	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Recebe/frequenta	129	13.1	[10.5, 16.3]
Não recebe	969	86.9	[83.7, 89.5]

Nota: *N*=1098;
n=número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado)
Resultado ponderado por região de saúde e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares;

As pessoas com dificuldades nas atividades básicas da vida diária recorrem mais aos serviços de apoio do que as pessoas independentes (20.2% vs. 11.8%). É de notar também que a frequência de serviços aumentava à medida que a idade avançava (10.1% no grupo etário 60-69, vs. 25.8% no grupo etário de 80+ anos).

Da análise desagregada por tipo de apoio ressalta que 6.4% da população em análise frequentava um centro de dia ou de convívio ou uma universidade da 3ª idade e 3.5% mencionou a realização de outro tipo de atividades, como, por exemplo, atividades desportivas ou voluntariado. A obtenção de serviços de apoio domiciliário (2.1%) e a frequência de um grupo da paróquia (2.0%) evidenciaram ter menor expressão na população analisada.

Gráfico 17. Apoio social formal recebido pela população, segundo tipos de apoio



Nota: *N*=1098

As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região de saúde e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Um dado importante referente ao apoio informal e formal foi identificado no grupo da população que evidenciou sintomas depressivos.

A prevalência de sintomas depressivos não foi significativamente diferente na população que frequentava serviços de apoio social e na população que não os frequentava. No caso do apoio informal, observou-se que a população que reportou não ter apoio da sua rede de

contactos apresentou mais frequentemente sintomas depressivos (86.1%), em comparação com a população que tinha apoio (49.4%).

Quadro 37. Prevalência de sintomas depressivos segundo o apoio social (formal e informal) recebido

	Estimativas na população		ρ
	\hat{p}	IC 95%	
Frequenta os serviços de apoio social			0.163
Sim	42.8	[31.2, 55.3]	
Não	52.3	[47.7, 56.8]	
Apoio social da rede de contactos			0.005
Sim, tem apoio	49.4	[45.0, 53.9]	
Não tem certeza da disponibilidade de apoio	57.5	[30.0, 81.1]	
Não tem apoio	86.1	[62.7, 95.8]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região de saúde e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares);
 ρ = significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada

Em síntese, da caracterização da rede de suporte informal conclui-se que era a família direta, ou seja, as filhas e os cônjuges que exerciam um papel preponderante na rede de solidariedade entre gerações, seguida dos profissionais remunerados. No entanto, esta rede familiar assumia outras configurações variáveis com o género e a incapacidade funcional da pessoa cuidada.

Mais de metade da população estudada afirmou ter um número de pessoas suficientes para apoiar ou pedir ajuda, quando necessário. O sentimento de isolamento, ou seja de não ter ninguém disponível, foi expresso por uma minoria da população (4.4%), bem como a utilização de serviços de apoio social (13.1%). O recurso aos serviços aumentava à medida que a idade avançava e quanto maiores as dificuldades sentidas na realização das atividades básicas da vida diária.

5.3. Prevalência da violência em 12 meses

Neste ponto apresenta-se os resultados sobre a violência contra a população portuguesa com 60+ anos residente em domicílios particulares, obtidos através do inquérito telefónico. Inclui-se não só as experiências de violência reportadas pelos próprios, mas também as perceções coletivas sobre o fenómeno.

5.3.1. Perceções da violência, maus tratos e negligência na população idosa: a perspetiva da população em geral

Antes dos participantes serem confrontados com as questões referentes à experiência da violência, procurou-se compreender se conheciam, na sua rede de contactos, situações de violência face a terceiros. Procurou-se assim, captar perceções coletivas, o tipo de ato cometido e o lugar onde ocorreram as situações de violência, maus tratos e negligência.

Somente 6.0% da população em análise (cerca de 150 mil indivíduos) conhecia alguém na rede de contactos que foi vítima de violência, nos últimos 12 meses.

Quadro 38. Avaliação do conhecimento de situações de violência contra terceiros na rede de contatos da população com 60+ anos

“Tem conhecimento de casos de violência e negligência na sua rede de contatos?”	<i>n</i>	Estimativas na população [¶]			
		\hat{p}	IC 95%	\hat{N}	IC 95%
Sim, nos últimos 12 meses	66	6.0	[4.2, 8.3]	149623	[106210, 209235]
Sim, há mais de 12 meses	13	1.5	[0.8, 3.0]	37955	[18988, 75296]
Não tenho conhecimento	1022	92.5	[89.9, 94.5]		

Nota: *N*=1101; *n*=número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); \hat{N} =estimativa de número de indivíduos na população (valor ponderado); ¶Resultado ponderado por região e ajustado por grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares;

A distribuição da população que referiu conhecer situações de violência cometidas contra terceiros, nos últimos 12 meses, segundo o sexo e grupos etários, indica que os grupos etários mais jovens (60 aos 69 anos) e os elementos do sexo masculino denotam maior conhecimento daquelas situações, comparativamente aos restantes estratos populacionais. Todavia, a falta de potência do teste não nos permitiu retirar grandes conclusões relativamente à significância estatística dos resultados.

Quadro 39. Caracterização da população que tem conhecimento de casos de violência contra terceiros segundo o sexo e grupos etários

Grupos específicos	Estimativas ponderadas		<i>P</i>
	\hat{p}	IC 95%	
Sexo			0.103
Masculino	9.5	[6.1, 14.5]	
Feminino	5.8	[3.9, 8.6]	
Grupo etário			0.377
60-69	9.3	[6.3, 13.5]	
70-79	5.9	[3.4, 10.1]	
80+	5.9	[2.2, 14.8]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares); *p*= significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada.

Entre os traços sociodemográficos mais relevantes do grupo de pessoas que referenciaram ter conhecimento de casos cometidos contra terceiros destacam-se os viúvos (9.7%) e os divorciados/separados (8.4%).

Quadro 40. Caracterização da população que tem conhecimento de casos de violência contra terceiros segundo o estado civil

Estado civil	Estimativas na população		<i>p</i>
	\hat{p}	IC 95%	
Solteiro	0.7	[0.2, 3.1]	0.255
Casado/ União de facto	6.6	[4.5, 9.6]	
Divorciado / Separado	8.4	[2.3, 26.2]	
Viúvo	9.7	[5.6, 16.4]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares); *p*= significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada

Da população que revelou conhecer situações de violência contra terceiros destaca-se ainda o grupo de pessoas com o nível mais alto de escolaridade (12.3%).

Quadro 41. Caracterização da população que tem conhecimento de casos de violência contra terceiros segundo o nível de escolaridade

Nível de escolaridade	Estimativas na população		<i>p</i>
	\hat{p}	IC 95%	
Sem escolaridade	4.3	[1.5, 12.0]	0.169
1º ciclo ensino básico	7.1	[4.8, 10.6]	
2º ou 3º ciclo ensino básico	5.4	[2.4, 12.0]	
Ensino Secundário e médio ou Ensino Superior	12.3	[6.7, 21.6]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares); *p*= significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada.

Dos casos de violência contra terceiros descritos, conclui-se que é a violência física, perpetrada por cônjuges e filhos, que tem maior visibilidade social (3.6%).

As perceções coletivas da violência constroem-se em torno da violência conjugal, traduzidas em agressões físicas e psicológicas, atos na sua maioria cometidos na esfera doméstica. Ao contrário, a negligência e a violência financeira denotam frequências reduzidas que traduzem a invisibilidade que estas formas de violência ainda possuem na sociedade portuguesa.

Quadro 42. Caracterização do tipo de violência contra terceiros que é do conhecimento da população estudada

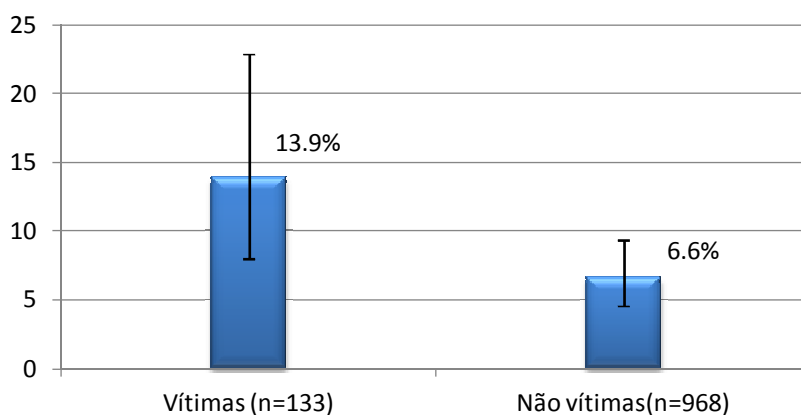
Tipo de violência	Estimativas na população [¶]	
	\hat{p}	IC 95%
Abandono e negligência	0.6	[0.26, 1.17]
Física	3.6	[2.29, 5.66]
Psicológica	2.6	[1.55, 4.34]
Financeira	0.8	[0.26, 2.55]
Doméstica	0.4	[0.15, 1.27]
Indefinida	1.1	[0.44, 2.69]

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares);

No âmbito do estudo procurou-se também compreender as percepções coletivas entre as pessoas que experienciaram ou não, alguma forma de violência, nos últimos 12 meses.

Cerca de 13.9% das vítimas referiram conhecer situações de violência cometidas contra terceiros nos últimos 12 meses. É de notar que a estimativa obtida para o grupo das vítimas foi o dobro da estimada para as pessoas que não reportaram qualquer forma de vitimização (6.6%).

Gráfico 18. Conhecimento de situações de violência contra terceiros na rede de contactos da população com 60+ anos, segundo a experiência de alguma forma de violência

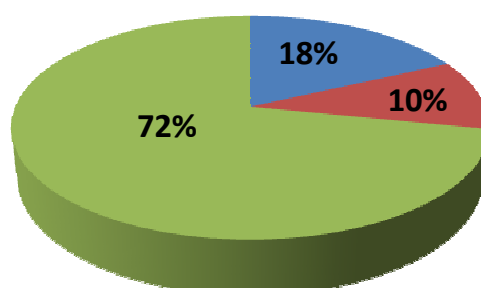


No que diz respeito à autoria dos casos de violência contra terceiros que são do conhecimento da população estudada, na violência doméstica, o (Ex) cônjuge/companheiro, foi identificado como agressor em 50% dos atos. Nos casos de abandono e negligência os filhos foram identificados como agressores em 25% dos atos.

Para a violência física verificou-se que 18% dos atos dos quais a população tem conhecimento foram cometidos pelo (Ex) cônjuge/companheiro da vítima, que era do sexo feminino em todos os casos relatados.

Gráfico 19. Autores dos atos de violência contra terceiros que são do conhecimento da população estudada

■ (Ex)cônjuge/companheiro ■ Filhos ■ Não identificado



Conclui-se que a maioria (68.7%) dos atos de violência contra terceiros ocorreram em contexto familiar (noutra casa) e somente 4.4% ocorreu na casa da vítima.

Relativamente aos atos cometidos em contexto institucional, destacam-se os serviços de saúde com uma frequência de 6%. A percentagem de situações ocorridas em lares de idosos foi muito reduzida (0.5%). Os outros locais registaram uma frequência de 24.9%. Como locais de ocorrência foram ainda referidos os espaços públicos (a rua, a aldeia, o bairro) e comerciais (café, estabelecimentos comerciais).

Quadro 43. Locais de ocorrência dos atos de violência contra terceiros que são do conhecimento da população estudada

Local de ocorrência [§]	n	Estimativas ponderadas	
		$\hat{p}\%$	IC 95%
Casa da vítima	5	4.4	[1.3, 14.1]
Outra casa	64	68.7	[51.2, 82.2]
Serviços de saúde	2	6.0	[1.1, 26.4]
Lar	1	0.5	[0.1, 3.4]
Outro local	11	24.9	[12.8, 42.9]

§ Respostas múltiplas, o total é diferente de 100%; N=78; n=número de indivíduos; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares).

5.3.2. Prevalência da violência na população com 60 e mais anos

Neste ponto analisa-se a violência contra as pessoas com 60+ anos, ocorrida numa relação de confiança entre a vítima e um membro da família, amigo, vizinho, conhecido ou profissional remunerado. Os atos de violência considerados verificaram-se em domicílios particulares nos 12 meses anteriores à entrevista. Os diferentes tipos de violência abordados resultam da avaliação da frequência dos atos correspondentes a 12 condutas de violência (descritas na Figura 3. do Capítulo II).

Seguidamente são apresentadas estimativas de prevalência da violência global e dos diferentes tipos de violência. Estas estimativas foram posteriormente analisadas por grupos específicos tais como o sexo, a idade, as habilitações literárias, o tipo de agregado familiar e outras características da população em análise.

Na sua maioria, as estimativas de prevalência apresentadas foram ponderadas por região, e ajustadas por sexo e grupos etários.

A estimativa da prevalência da violência global na população com 60+ anos foi de 15% (IC 95%:12.3; 18.1%), quando o conjunto de agressores incluía a família, os amigos, os vizinhos, o profissional remunerado e os desconhecidos. Esta estimativa decrescia para 12.3% (IC 95%: 9.9; 15.2%) quando se excluiu os agressores desconhecidos. Nestas condições, a estimativa do número de pessoas com 60+ anos que foi vítima de pelo menos uma conduta de violência, nos 12 meses anteriores à entrevista, foi de 314291 pessoas (IC95%: 252406,388786).

A análise da informação apresentada no quadro 44 permite concluir que a violência financeira e a psicológica foram os tipos de violência mais frequentes, afetando ambos 6.3% da população com 60+ anos. A negligência e a violência sexual foram os tipos de violência menos frequentes, tendo-se estimado para os mesmos taxas de prevalência de 0.4% e 0.2%, respetivamente. A prevalência da violência física na população em análise foi de 2.3%, pelo

que se estima que cerca de 57767 pessoas (IC95%: 34620; 87144) com 60+ anos foram vítimas destes atos ao longo de um ano.

Quadro 44. Prevalência de diferentes tipos de violência na população com 60+ anos

Tipo de violência	N	Estimativas na população			
			IC 95%		IC 95%
Financeira	1123	6.3	[4.5, 8.6]	160042	[115713, 219823]
Física	1121	2.3	[1.4, 3.8]	57767	[34620, 95802]
Psicológica	1121	6.3	[4.7, 8.5]	161411	[118925, 217718]
Negligência	1123	0.4 [§]	[0.1, 1.4]	9822	[2619, 36558]
Sexual	1119	0.2 [§]	[0.03, 1.1]	4838	[854, 27188]
Global	1123	12.3	[9.9, 15.2]	314291	[252406, 388786]
Global incluindo agressores desconhecidos	1123	15.0	[12.3, 18.1]	382530	[313472, 463657]

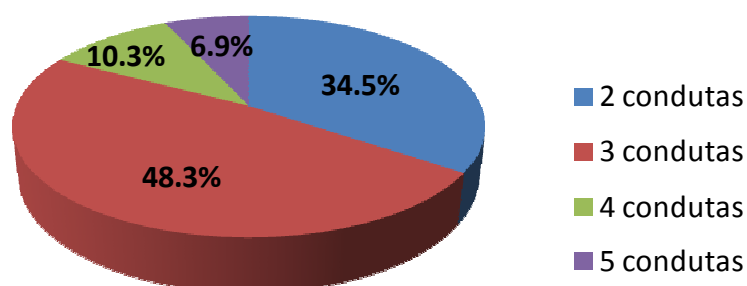
§ Estimativa obtida com base em n<5.

O presente estudo procurou também identificar as situações de coocorrência de condutas e de múltiplos tipos da violência (polivitimização).

Das pessoas com 60+ anos que foram vítimas de situações de violência nos 12 meses anteriores à entrevista, a maioria (72.1%) terá sofrido uma conduta. No entanto, a estimativa populacional de indivíduos que referiu ter experienciado mais do que uma conduta de violência no contexto familiar foi de 3.4% (IC95%: 2.3; 5.2%), ou seja 34 em cada 1000 pessoas com 60+ anos.

Na população em análise 2.4% (IC95%: 1.4; 3.8%) viveu situações de polivitimização. Assim, observa-se que no contexto Português o fenómeno da ocorrência de múltiplos tipos de violência contra as pessoas idosas, no contexto familiar, tem uma dimensão considerável. O número das condutas experienciadas por este grupo de vítimas variou entre 2 a 5. O gráfico que segue indica que 82.8% das vítimas de situações de polivitimização experienciaram 2 a 3 condutas de violência.

Gráfico 20. Frequência das condutas da violência sofridas pelas vítimas de múltiplos tipos de violência

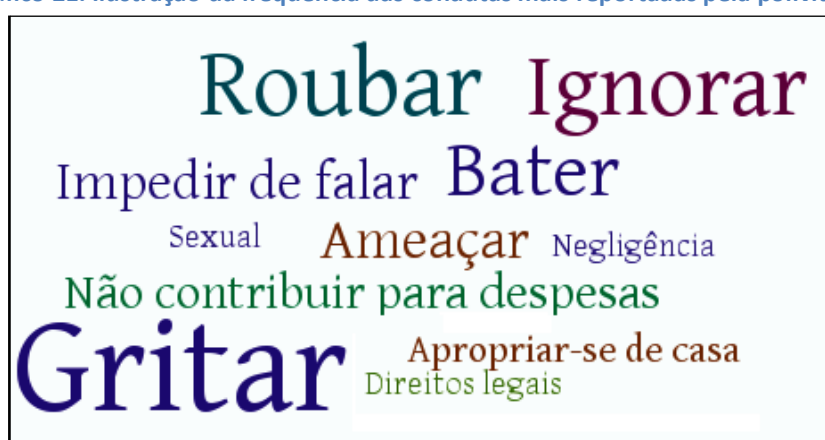


No que diz respeito às formas de violência é de notar que, em 93.1% das situações de polivitimização, pelo menos uma das condutas reportadas foi de natureza psicológica. Os atos de gritar (75.9%), ignorar (44.8%) e roubar (48.3%) surgiram como as formas mais nomeadas pelas vítimas, quando estamos perante situações de polivitimização. O bater (37.9%), o ameaçar (34.5%), o impedir de falar (20.7%) e o não contribuir para as despesas domésticas (17.2%) surgiram, em segundo lugar, como as condutas mais especificadas.

Com menor frequência surgiu a violência sexual (3.5%) e a negligência (3.5%), bem como o forçar a pessoa a assinar documento ou a conceder direitos legais (3.5%).

No gráfico que se segue representam-se os atos mencionados, adotando um tamanho de letra proporcional à frequência dos mesmos.

Gráfico 21. Ilustração da frequência das condutas mais reportadas pela polivítimas



Nota: N=29

Prevalência da violência global

Nesta secção apresentam-se estimativas da prevalência da violência global estratificada de acordo com algumas características da população em análise: sexo, idade, região, composição do agregado familiar, características socioeconómicas, estado de saúde, incapacidade e redes de suporte.

Recorde-se que a violência global foi definida como qualquer ato ou conduta de natureza física, psicológica, financeira, sexual ou de negligência, cometida contra uma pessoa com 60+ anos, por um membro da família, amigo, vizinho, conhecido ou profissional remunerado, nos 12 meses anteriores à entrevista e em contexto familiar.

De acordo com o quadro 45 verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas prevalências estimadas, quer por **sexo** quer por **grupos etários**.

A prevalência da violência global foi superior nas mulheres (15.0%) comparativamente aos homens (8.8%).

Considerando os grupos etários, o menor valor da prevalência foi estimado para indivíduos com idade entre 70-79 anos (7.2%) e a prevalência mais elevada (22.1%) foi

estimada para indivíduos com 80+ anos. Há a destacar também o grupo etário mais jovem, dos 60 aos 69 anos, com uma prevalência de 12.3%.

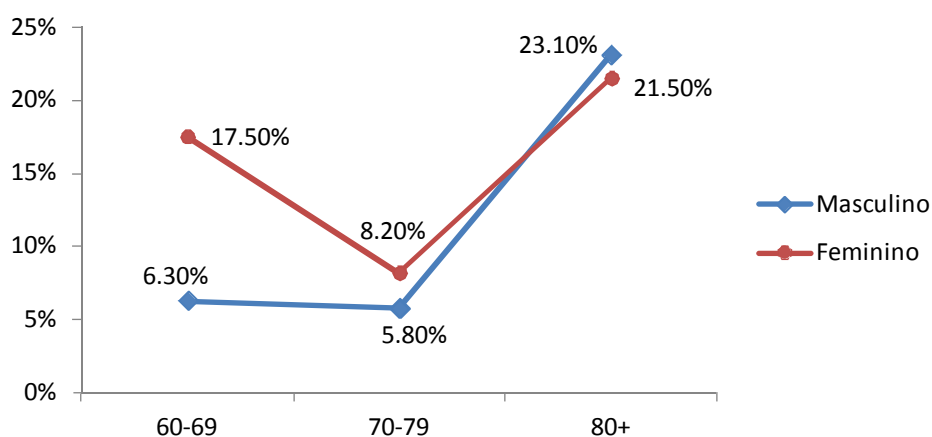
Quadro 45. Prevalência da violência global segundo o sexo e grupos etários

Grupos específicos	Estimativas na população [¶]		p
	\hat{p}	IC 95%	
Sexo			0.031
Masculino	8.8	[5.6, 13.5]	
Feminino	15.0	[11.8, 19.0]	
Grupo etário			0.001
60-69	12.3	[9.1,16.4]	
70-79	7.2	[4.5,11.3]	
80+	22.1	[14.7, 31.9]	

[¶] \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ^{¶¶}Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares; p = significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada

Da análise da violência global segundo grupos etários e sexo conclui-se que as mulheres de grupos etários mais jovens (60-69 anos) reportam mais a violência (17.5%) do que os homens do mesmo grupo etário (6.3%). No grupo etário dos 80+ anos, os homens evidenciam uma estimativa um pouco superior (23.1%) à das mulheres (21.5%). A clivagem entre homens e mulheres começa a atenuar-se a partir dos 70 anos.

Gráfico 22. Prevalência da violência global segundo grupos etários e sexo



Nota: As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Geograficamente, a Madeira é a região que apresenta a maior percentagem das pessoas com 60+ anos que foram sujeitas a alguma forma de violência, ao longo de um ano (15.4%). No Continente, com maior prevalência destaca-se a região Norte (14.5%), região Centro e Algarve, com 13.8% e 13.7%, respetivamente.

A região Alentejo sobressai pela menor taxa de prevalência entre as 7 regiões do país. No entanto as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($p=0.252$).

Quadro 46. Estimativas da prevalência global por região

Região	Estimativas na população		<i>p</i>
	%	IC 95%	
Norte	14.5	[9.1, 19.9]	0.252
Centro	13.8	[8.5, 19.0]	
LVT	10.8	[6.1, 15.6]	
Alentejo	6.8	[2.9, 10.7]	
Algarve	13.7	[8.2, 19.2]	
RA: Madeira	15.4	[9.6, 21.1]	
RA: Açores	11.0	[6.0, 15.9]	

p= significância do teste que compara a % entre classes da variável estratificada=percentagem estimada

Uma análise por **estado civil** indica que a prevalência da violência global foi superior na população solteira (20.5%) e na viúva (14.0%), embora essa diferenciação não tenha significado estatístico.

Quadro 47. Estimativas de prevalência da violência global segundo o estado civil

Estado civil	Estimativas na população [¶]		<i>p</i>
	\hat{p}	IC 95%	
Solteiro	20.5	[9.3, 39.4]	0.291
Casado/ União de facto	11.4	[8.5, 15.0]	
Divorciado / Separado	7.3	[2.9, 17.1]	
Viúvo	14.0	[9.1, 20.8]	

[¶]=percentagem estimada (valor ponderado); Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares; *p*= significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada

Da análise desagregada por **tipo de família** conclui-se que a taxa de prevalência da violência nas famílias unipessoais foi significativamente superior (18.2%) à dos agregados domésticos com núcleo familiar e não familiar (10.8%).

Quadro 48. Estimativas de prevalência da violência global segundo o tipo de família

Situação familiar	Estimativas na população [¶]		<i>p</i>
	\hat{p}	IC 95%	
Unipessoal	18.2	[12.3, 26.2]	0.028
Núcleo (familiar e não familiar)	10.8	[8.3, 13.9]	

[¶]=percentagem estimada (valor ponderado); Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares; *p*= significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada=percentagem estimada

Constatou-se também uma associação estatisticamente significativa entre o nível de **escolaridade** e a ocorrência da violência global (*p*=0.002). É o subgrupo da população sem escolaridade que apresenta a estimativa de prevalência mais elevada: 26.6%, ou seja, em cada 1000 pessoas com 60+ anos, que não tem escolaridade, 266 foram vítimas de algum tipo de violência no último ano. Também o subgrupo com baixas qualificações (1º ciclo) revela uma prevalência de 11.8%.

O valor de prevalência mais baixo (5.7%) foi estimado para o grupo dos indivíduos com escolaridade correspondente ao nível de 2º ou 3º ciclo ensino básico.

As estimativas permitem ainda concluir que as pessoas com maiores qualificações (secundário, médio e superior) também estão expostas a diferentes formas de violência (9.5%).

Quadro 49. Estimativas de prevalência da violência global segundo o nível de escolaridade

Nível de escolaridade	Estimativas na população [¶]		ρ
	\hat{p}	IC 95%	
Sem escolaridade	26.6	[16.5, 39.9]	0.002
1º ciclo ensino básico	11.8	[8.8, 15.7]	
2º ou 3º ciclo ensino básico	5.7	[2.6, 11.9]	
Ensino Secundário e médio ou Ensino Superior	9.5	[5.0, 17.2]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares; ρ = significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada=percentagem estimada.

Muito embora se possa concluir sobre a transversalidade da ocorrência da violência em subpopulações com diferentes habilitações literárias, o mesmo não acontece se consideramos a **tipologia socioeconómica** que agrega as habilitações, com o rendimento, a profissão e a situação no trabalho.

A primeira conclusão que se poderá retirar é que não se verifica uma associação estatisticamente significativa entre a tipologia socioeconómica e a ocorrência de atos de violência (Quadro 50). Todavia, são os profissionais executantes de baixo rendimento que apresentam a estimativa de prevalência mais elevada (14.6%), seguida das domésticas (11.9%). A menor prevalência foi estimada para os profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto (5.2%).

Quadro 50. Estimativas de prevalência da violência global segundo a tipologia socioeconómica

Tipologia socioeconómica	Estimativas na população		ρ
	\hat{p}	IC 95%	
Profissionais executantes de baixo rendimento	14.6	[11.1, 18.9]	0.107
Profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto	5.2	[1.4, 17.0]	
Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto	8.5	[4.8, 14.7]	
Domésticas	11.9	[9.5, 14.8]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); $\¶$ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares; ρ = significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada.

Relativamente o **rendimento** as taxas de prevalência mais elevadas foram estimadas para os indivíduos que recusaram identificar o rendimento, não auferiam rendimento ou auferiam um rendimento baixo, até 500€. Em contrapartida, a prevalência mais baixa verificou-se para os indivíduos com rendimento alto (+1500€). No entanto, é de realçar que as diferenças observadas não revelaram significado estatístico.

Quadro 51. Estimativas de prevalência da violência global segundo o rendimento

Nível de rendimento	Estimativas na população [¶]		p
	\hat{p}	IC 95%	
Não auferir qualquer rendimento	16.6	8.3, 30.2	0.067
Até 500 €	13.8	10.2, 18.2	
De 501€ a 1000€	5.3	2.3, 11.6	
De 1001€ a 1500€	12.8	5.6, 26.7	
Mais de 1500€	4.3	1.2, 14.4	
Recusa identificar o rendimento	17.1	9.5, 28.7	

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares; p= significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada=percentagem estimada.

No que diz respeito ao **estado de saúde (físico e mental)** (Quadro 52), também se observou uma associação estatisticamente significativa com a ocorrência de violência global ($p=0.002$). A estimativa de prevalência foi maior para os indivíduos que referiram sofrer de pelo menos uma doença crónica (15.3%). Na população com sintomas depressivos a prevalência da violência (17.5%) foi superior ao dobro da estimada para a população que não apresentou sintomas (8.3%).

Quadro 52. Estimativas de prevalência da violência global segundo o estado de saúde

Estado da saúde	Estimativas na população [¶]		p
	\hat{p}	IC 95%	
Ter pelo menos 1 doença crónica			0.002
Sim	15.3	[12.1, 19.2]	
Não	6.3	[3.5, 10.8]	
Sintomas depressivos			0.002
Sim	17.5	[13.4, 22.4]	
Não	8.3	[8.9, 14.3]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares; p= significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada=percentagem estimada.

Identificou-se igualmente uma associação estatisticamente significativa entre o **nível de funcionalidade** e a ocorrência da violência global ($p<0.001$). Dos 186 respondentes que declararam necessidades de ajuda em pelo menos 1 das AVD, 38 viveu pelo menos uma situação da violência, em contexto familiar, nos 12 meses anteriores à entrevista. Na população em análise (Quadro 53) este subgrupo apresenta uma taxa de prevalência de 24.3%, valor muito superior à prevalência estimada para o grupo dos indivíduos totalmente independentes (10.1%).

Quadro 53. Estimativas de prevalência da violência global segundo o nível de funcionalidade

Necessidade de ajuda nas AVD	Estimativas na população [¶]		p
	\hat{p}	IC 95%	
Sim	24.3	[16.4, 34.5]	<0.001
Não	10.1	[7.8, 13.0]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares; p= significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada=percentagem estimada

O sentimento de pertença social e de estar inserido num serviço de apoio social/comunitário surge muitas vezes referido na literatura como um fator protetor face à ocorrência da violência. No entanto, na população estudada não se identificou uma associação significativa entre essas duas variáveis e a ocorrência da violência. De facto, as estimativas de prevalência da violência global são menores na população que referiu ter apoio da rede social informal (11.3%) e maiores entre os indivíduos que referiram não terem a certeza da disponibilidade do apoio da rede social informal, numa situação de necessidade (17.4%) e os que não têm apoio (16%).

Quadro 54. Estimativas de prevalência da violência global segundo a perceção do apoio da rede social informal

Perceção do apoio da rede social informal	Estimativas na população [¶]		p
	\hat{p}	IC 95%	
Sim, tem apoio	11.3	[8.9, 14.3]	0.569
Não tem certeza da disponibilidade de apoio	17.4	[4.6, 47.7]	
Não tem apoio	16.0	[7.5, 30.8]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares; p= significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada=percentagem estimada.

No que diz respeito à **utilização dos serviços de apoio social** foi estimada para a população que beneficia deste apoio uma prevalência da violência global (12.9%), ligeiramente superior à da população que não frequenta serviços de apoio social (11.7%).

Quadro 55. Estimativas de prevalência da violência global segundo a utilização de serviços de apoio social

Frequenta os serviços de apoio social	Estimativas na população [¶]		p
	\hat{p}	IC 95%	
Sim	12.9	[6.7, 23.4]	0.763
Não	11.7	[9.2, 14.7]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares; p= significância do teste que compara \hat{p} entre classes da variável estratificada=percentagem estimada população com 60+ anos residente em domicílios particulares).

Em síntese, verificaram-se diferenças, estatisticamente significativas, nas taxas de prevalência da violência global desagregadas por sexo, grupos etários, tipo de família, nível de escolaridade, estado de saúde (físico e mental) e funcionalidade nas AVD. As mais elevadas prevalências foram obtidas para as mulheres, o grupo etário dos 80+ anos, os que residem sós, os que não têm escolaridade, os que referiram sofrer, pelo menos, de uma doença crónica, os que evidenciaram sintomas depressivos e os que necessitam de ajuda nas AVD. Como grupos mais vulneráveis à violência destacam-se as mulheres, a população sem escolaridade, com idade mais avançada (80 anos) e em situação de fragilidade física (doença e/ou incapacidade funcional).

5.3.3. Fatores de risco para a violência global: abordagem multifatorial

Adicionalmente procedeu-se a uma abordagem multivariada recorrendo à regressão logística binária, com o objetivo de verificar quais os fatores que, de uma forma independente, mais contribuem para a ocorrência do fenómeno da violência. Como a variável dependente foi considerada a violência global (*“ser vítima de algum tipo de violência: física, financeira, psicológica, sexual, negligência no contexto familiar nos últimos 12 meses”*). A escolha da violência global para o estudo dos fatores de risco fundamentou-se nas associações estatisticamente significativas entre a ocorrência dos 3 tipos da violência mais prevalentes e a elevada prevalência da polivitimização na população Portuguesa.

Para a seleção das variáveis independentes foi adotada a estratégia descrita em Hosmer e Lemeshow (2000). Numa primeira fase foram identificadas as variáveis que na análise bivariada revelaram associação estatisticamente significativa com a ocorrência da violência, considerando o nível de significância de 20% (ou seja $p < 0.2$): sexo ($p = 0.031$), tipo da família ($p = 0.028$), escolaridade ($p = 0.002$), tipologia socioeconómica ($p = 0.107$), rendimento ($p = 0.09$), doença crónica ($p = 0.002$) e a AVD ($p < 0.001$). A variável idade, considerada como variável contínua, não revelou significância estatística, no entanto verificou-se uma associação entre a ocorrência da violência e o grupo etário ($p = 0.001$). A variável “sintomas depressivos” não foi considerada na análise multivariada devido ao elevado número de valores omissos (o score global da escala foi definido apenas para 1030 respondentes).

Recorde-se que a variável tipologia socioeconómica é um índice que foi definido a partir da profissão, situação na profissão, rendimento e escolaridade para caracterizar o estatuto social dos respondentes. Para evitar os problemas de colinearidade optou-se por testar 2 modelos, ambas com 7 variáveis independentes. O primeiro modelo incluiu o sexo, o grupo etário, as AVD’s, a doença, o tipo de família, o rendimento e a escolaridade.

O segundo modelo incluiu variáveis como o sexo, o grupo etário, AVD, doença, tipo de família, rendimento e tipologia socioeconómica. No modelo ajustado com 7 variáveis independentes: sexo, grupo etário, AVD, doença, tipo de família, rendimento e tipologia socioeconómica, a variável tipologia socioeconómica não foi estatisticamente significativa. Tendo em conta este facto, optou-se por considerar como modelo base o primeiro modelo que contém as variáveis sexo, idade, AVD, doença, tipo de família, rendimento e escolaridade.

Dado que na análise bivariada se verificou que a relação entre a idade e a violência não era linear, optou-se por ajustar um modelo de regressão considerando a variável idade como contínua usando uma função *spline* linear. Mais especificamente, a relação da idade com

violência foi modelada por retas com declives diferentes, a primeira reta é definida para as idades inferiores ou iguais a 76 e a segunda para 76+ anos. O valor “76” foi escolhido porque é o ponto médio do intervalo da variação da variável idade.

Numa segunda fase, procurou-se testar as interações. Foram considerados 6 termos de interação: doença*AVD, sexo*AVD, sexo*doença, sexo*AVD, doença*tipo de família, AVD*tipo de família. Não se verificou uma significância estatística das variáveis consideradas.

As variáveis tipo de família e rendimento não revelaram significância estatística no modelo ajustado e optou-se por retirar estes fatores do modelo.

As variáveis sexo e doença crónica apesar de não revelarem significância estatística não foram retiradas do modelo, tendo em conta a importância atribuída a estes fator na literatura e o facto da remoção destas variáveis provocar alterações dos valores estimados de OR em (9.7% e 13.1%).

O Quadro 56 resume as estimativas de Odds Ratio (OR) de se “*ser vítima de alguma forma de violência no contexto familiar*” resultante do ajustamento do modelo final.

No modelo considerou-se como categoria de referência o indivíduo do sexo masculino, sem doenças crónicas, com autonomia nas AVD (sem limitações) e sem escolaridade.

Os resultados obtidos através do ajustamento deste modelo indicam que as variáveis “idade”, “precisar ajuda nas AVDs” e “escolaridade,” contribuem significativamente para se ser vítima de algum tipo de violência em contexto familiar. A variável “ter uma doença crónica” é marginalmente significativa ($p=0.057$). Com efeito, a possibilidade dos indivíduos que necessitam de ajuda nas AVDs serem vítimas foi cerca de 2.19 vezes mais ao dos indivíduos independentes (grupo de referência).

Comparando os indivíduos com idades entre os 60 e os 76 anos verifica-se que por cada ano de vida, a possibilidade de se ser vítima reduz-se em cerca de 8%. Quando a idade é superior a 76 anos, por cada ano de vida aumenta a possibilidade de se ser vítima em cerca de 10%. Por último, refira-se que a escolaridade é um fator protetor face à violência. Os indivíduos escolarizados, comparativamente aos indivíduos sem escolaridade têm uma menor possibilidade de serem vítimas de violência. Esta redução não é gradual e as categorias entre o 1º ciclo, 2º/ 3º ciclo e o ensino secundário/superior não diferem de forma significativa.

Quadro 56. Fatores de risco associados à violência global: Modelo de regressão logística

		OR	95%CI	p
Sexo	Feminino	1.46	[0.81; 2.66]	0.203
	Masculino	1	--	
Ter uma doença	Sim	1.96	[0.98, 3.93]	0.057
	Não	1	--	
AVD	Precisa de ajuda	2.19	[1.16, 4.12]	0.015
	Sem limitações	1	--	
Escolaridade	Sem escolaridade	1	--	
	1º ciclo	0.34	[0.17; 0.70]	0.003
	2º e 3º ciclo	0.17	[0.06; 0.51]	0.001
	Ensino secundário ou superior	0.30	[0.11; 0.83]	0.021
Idade	Até 76 anos	0.92	[0.87; 0.97]	0.004
	76+ anos	1.10	[1.01; 1.21]	0.037

5.3.4. Prevalência da violência por grupos específicos: das condutas à caracterização dos grupos específicos

Como se concluiu anteriormente, a violência financeira e a psicológica constituem os dois principais problemas relatados pela população portuguesa com 60+ anos. Vejamos de seguida as estimativas da prevalência para estes dois tipos segundo os grupos específicos definidos pelo sexo, idade, região, composição do agregado familiar, nível de escolaridade, tipologia socioeconómica, estado de saúde e estado funcional, perceção do apoio na rede social informal e utilização do apoio formal.

Violência financeira

Numa fase inicial e de modo a obter estimativas mais específicas sobre a violência financeira apresentam-se os resultados mais detalhados relativos às condutas cometidas por alguém da rede social e familiar (excluindo desconhecidos). Destas destacam-se o *roubo ou a utilização de objetos e/ou bens sem a autorização do próprio*, constituindo a conduta mais reportada pela população (5.1%). Estimou-se que a conduta relativa a *forçar a pessoa a assinar documentos ou a dar direitos legais a terceiros* afetou 0.9% dos indivíduos estudados e a conduta de *não partilha de despesas domésticas, após ter sido acordado entre as partes* afetou 0.8% da população em análise. A conduta menos frequente (0.4%) foi a *apropriação de domicílio*.

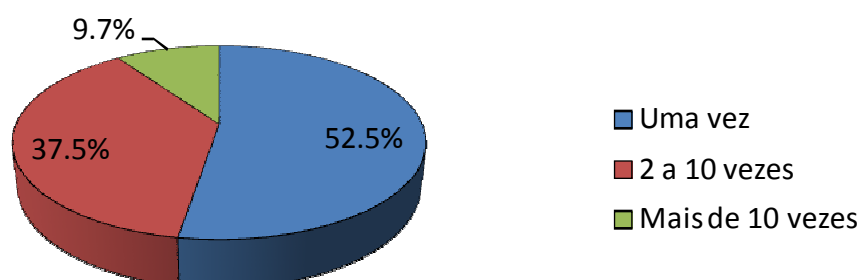
Quadro 57. Prevalência da violência financeira, segundo os tipos de conduta

Forma de violência financeira		Estimativas na população [¶]	
			IC 95%
Roubo e/ou utilização de objetos e/ou bens contra a vontade do próprio	1121	5.1	[3.5, 7.3]
Forçar a pessoa a assinar documento ou a conceder direitos legais	1121	0.9	[0.4, 2.3]
Apropriação de casa	1122	0.4	[0.1,1.1]
Não participação nas despesas domésticas	1119	0.8	[0.3,1.9]

= total de indivíduos entrevistados com respostas válidas; ¶percentagem estimada (valor ponderado); Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares;

Constatou-se que a conduta *Roubo e/ou utilização objetos e/ou bens contra a vontade do próprio* ocorreu apenas uma vez na maioria dos casos reportados e ocorreu entre 2 a 10 vezes em 37.5% dos casos. A sua ocorrência mais de 10 vezes, durante o período temporal em análise (12 meses) apenas se verificou em 9.7% dos casos.

Gráfico 23. Frequência de ocorrência da conduta “Roubo e/ou utilização objetos e/ou bens contra a vontade do próprio” num período de 12 meses



Nota: ¶=47; As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

A nível regional, o valor mais elevado de prevalência da violência financeira foi estimado para a região Norte (7.3%). Contudo, as diferenças observadas entre regiões não têm significância estatística.

Quadro 58. Prevalência da violência financeira segundo regiões

Região	Estimativas na população		p
	\hat{p}	IC 95%	
Norte	7.3	[3.8, 12.4]	0.743
Centro	6.0	[2.9, 10.7]	
LVT	6.0	[2.9, 10.8]	
Alentejo	3.1	[1.0, 7.1]	
Algarve	5.2	[2.3, 10.1]	
RA: Madeira	7.1	[3.6, 12.3]	
RA: Açores	5.2	[2.3, 9.9]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor não ponderado)

Na análise da prevalência da violência financeira segundo os diferentes grupos etários verifica-se um padrão de ocorrência semelhante ao observado para a violência global. O valor mais baixo foi estimado para a população com idade entre os 70-79 anos (4.0%) e o valor mais elevado para o grupo dos 80+ anos (14.1%). As diferenças observadas entre grupos etários são estatisticamente significativas.

Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência da violência financeira e o sexo ($p=0.428$). As estimativas de prevalência correspondentes são 5.3% e 7.0%, respetivamente. Embora não tenham sido obtidas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao estado civil da população alvo, podemos observar que a população não casada, ou seja, os solteiros (11.7%) e os viúvos (9.2%) denotam valores de prevalência superiores. Uma análise segundo o tipo de família indicou que a prevalência da violência financeira é significativamente mais elevada na população a residir só (11.9%) do que na população integrada num núcleo doméstico (familiar e não familiar) (4.8%).

Relativamente ao nível de escolaridade, e à semelhança da violência global, conclui-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência dos atos de violência financeira e o nível de escolaridade (Quadro 59). O subgrupo sem escolaridade é o que apresenta a estimativa de prevalência mais elevada: 22.9%, ou seja, estima-se que em cada 1000 pessoas com 60+ anos, que não tem escolaridade, 229 foram vítimas de violência financeira ao longo de um ano. Também o subgrupo com baixas qualificações (1º ciclo) revela uma prevalência deste tipo de violência de 5.6%. A prevalência de violência financeira foi mais reduzida (1.1%) na população com escolaridade ao nível do 2º ou 3º ciclo do ensino básico.

De igual modo, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência das condutas de violência financeira e o estado de saúde (Quadro 59). A estimativa da prevalência foi maior entre os indivíduos que referiram sofrer de pelo menos uma doença crónica (8.6%). Também se constatou uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de violência financeira e o nível de funcionalidade (Quadro 59). Na população que declarou necessitar de ajuda em pelo menos uma das AVD, a prevalência de violência financeira é superior (16.2%), quando comparada à população independente (4.5%).

No que diz respeito às outras variáveis de desagregação, não se verificou uma associação estatisticamente significativa das fatores relacionados com apoio social com a ocorrência da violência financeira. O mesmo se observou para os sintomas depressivos (Quadro 59).

Quadro 59. Prevalência da violência financeira nos grupos específicos

Grupos específicos	Estimativas na população		p
	\hat{p}	IC 95%	
Sexo			0.428
Masculino (n=373)	5.3	[3.0, 9.4]	
Feminino (n=750)	7.0	[4.8, 10.2]	
Grupo etário			0.001
60-69 (n=543)	4.9	[2.9, 8.0]	
70-79 (n=414)	4.0	[2.1, 7.4]	
80+ (n=166)	14.1	[8.3, 23.0]	
Estado civil			0.078
Solteiro (n=70)	11.7	[3.8, 30.4]	
Casado/ União de facto (n=672)	5.1	[3.3, 8.0]	
Divorciado / Separado (n=69)	1.6	[0.5, 5.4]	
Viúvo (n=310)	9.2	[5.5, 15.2]	
Situação familiar			0.004
Unipessoal (n=254)	11.9	[7.2, 19.1]	
Núcleo (familiar e não familiar) (n=863)	4.8	[3.1, 7.2]	
Nível de escolaridade			0.002
Sem escolaridade (n=111)	22.9	[13.3, 36.4]	
1º ciclo ensino básico (n=669)	5.6	[3.5, 8.7]	
2º ou 3º ciclo ensino básico (n=152)	1.1	[0.4, 2.8]	
Ensino Secundário ou Superior (n=177)	3.8	[1.3, 10.3]	
Rendimento			0.412
Não auferir qualquer rendimento (n=99)	6.4	[1.9, 19.4]	
Até 500 € (n=540)	7.1	[6.4, 10.8]	
De 501€ a 1000€ (n=167)	2.4	[0.6, 9.0]	
De 1001€ a 1500€ (n=97)	4.9	[1.0, 20.2]	
Mais de 1500€ (n=97)	4.3	[1.2, 14.4]	
Não identificou o rendimento (n=111)	10.8	[5.1, 21.6]	
Tipologia socioeconómica			0.127
Profissionais executantes de baixo rendimento (n=580)	8.1	[5.5, 11.8]	
Profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto (n=90)	2.0	[0.65, 5.8]	
Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto (n=247)	4.2	[1.6, 10.4]	
Domésticas (n=185)	4.4	[1.7, 11.4]	
Ter pelo menos 1 doença crónica			<0.001
Sim (n=323)	8.6	[6.1, 11.9]	
Não (n=797)	1.6	[0.6, 4.4]	
Sintomas depressivos			0.126
Sim (n=552)	8.2	[5.4, 12.2]	
Não (n=478)	4.8	[2.7, 8.4]	
Necessidade de ajuda nas AVD			<0.001
Sim (n=186)	16.2	[9.5, 26.2]	
Não (n=937)	4.5	[3.0, 6.6]	
Frequência dos serviços de apoio social			0.414
Sim (n=129)	8.5	[3.6, 18.8]	
Não (n=969)	5.8	[4.1, 8.2]	
Grupos específicos	Estimativas na população		p

	\hat{p}	IC 95%
Perceções de apoio		0.296
Sim, tem apoio (n=1019)	5.9	[4.1, 8.3]
Não tem certeza se tem alguém disponível (n=23)	15.5	[3.5, 47.6]
Não, não tem ninguém (n=63)	4.9	[1.3, 17.1]

Em síntese, podemos concluir que a população mais exposta à violência financeira tem idade mais avançada, baixas qualificações, encontra-se em situação de maior vulnerabilidade física, nomeadamente com doença crónica ou com alguma incapacidade, e a residir só.

Violência psicológica

No caso da violência psicológica, o ato de *gritar, ofender, insultar e humilhar* foi a conduta mais frequente (4.0%), seguida do ato de *ignorar* para o qual se estimou uma prevalência de 3.4%. A conduta de *ameaçar* foi a menos frequente (0.9%).

Quadro 60. Prevalência da violência psicológica, segundo os tipos de conduta

Forma de violência psicológica	N	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Ignorar	1118	3.4	[2.2, 5.1]
Gritar, ofender, insultar, humilhar	1118	4.0	[2.7, 5.8]
Ameaçar	1120	0.9	[0.4, 2.0]

N= total de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares;

A região que apresenta a maior percentagem de pessoas com 60+ anos que foram sujeitas a violência psicológica é a região do Algarve (8.6%). A região Alentejo sobressai pela menor prevalência (4.3%). As diferenças observadas entre prevalências regionais não são, no entanto, estatisticamente significativas (Quadro 61).

Quadro 61. Prevalência da violência psicológica segundo a região

Região	Estimativas na população		p
	\hat{p}	IC 95%	
Norte	7.9	[4.3, 13.1]	0.763
Centro	7.2	[3.8, 12.2]	
LVT	5.5	[2.5, 10.1]	
Alentejo	4.3	[1.8, 8.8]	
Algarve	8.6	[4.6, 14.2]	
RA: Madeira	7.1	[3.6, 12.3]	
RA: Açores	5.8	[2.7, 10.7]	

\hat{p} =percentagem estimada (valor não ponderado);

No caso das taxas de prevalência da violência psicológica, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas para as variáveis sexo e grupo etário. A estimativa de

prevalência neste tipo de violência foi superior entre as mulheres (8.2%) e nos grupos etários dos mais velhos (80+ anos) (9.4%) e mais jovens (60-69 anos) (7.6%).

A análise da prevalência da violência psicológica desagregada pela existência de sintomas depressivos evidenciou que a população com aqueles sintomas apresenta maior suscetibilidade àquele tipo de violência (9.5%) do que a população sem sintomas depressivos (4.2%). A diferença entre as prevalências estimadas é estatisticamente significativa.

Observaram-se também diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao rendimento da população alvo de violência psicológica. Podemos observar que as pessoas que não aferem rendimento apresentam valores de prevalência mais elevados (Quadro 62).

Na análise da prevalência da violência psicológica segundo o tipo de família, o estado civil, o estado de saúde, o estado funcional, o nível de escolaridade, tipologia socioeconômica e a apoio social formal e informal não se identificaram associações estatisticamente significativas.

Quadro 62. Prevalência da violência psicológica nos grupos específicos

Grupos específicos	Estimativas na população		p
	\hat{p}	IC 95%	
Sexo			0.043
Masculino (n=373)	4.0	[2.1, 7.4]	
Feminino (n=748)	8.2	[5.8, 11.4]	
Grupo etário			0.045
60-69 (n=542)	7.6	[5.2, 11.0]	
70-79 (n=414)	3.0	[1.5, 6.3]	
80+ (n=165)	9.4	[4.8, 17.5]	
Estado civil			0.503
Solteiro (n=70)	5.8	[1.2, 24.1]	
Casado/ União de facto (n=672)	7.3	[5.1, 10.3]	
Divorciado / Separado (n=68)	2.5	[0.5, 12.8]	
Víuvo (n=309)	4.7	[2.3, 9.2]	
Situação familiar			0.516
Unipessoal (n=252)	5.2	[2.5, 10.5]	
Núcleo (familiar e não familiar) (n=863)	6.7	[4.8, 9.3]	
Nível de escolaridade			0.462
Sem escolaridade (n=111)	10.3	[4.7, 21.4]	
1º ciclo ensino básico (n=667)	6.7	[4.5, 9.8]	
2º ou 3º ciclo ensino básico (n=152)	4.6	[1.8, 11.1]	
Ensino Secundário ou Superior (n=177)	4.6	[1.9, 11.0]	
Rendimento			0.034
Não auferir qualquer rendimento (n=99)	12.6	[5.9, 25.1]	
Até 500 € (n=539)	6.6	[4.2, 10.1]	
De 501€ a 1000€ (n=167)	2.8	[1.0, 7.6]	
De 1001€ a 1500€ (n=97)	8.1	[3.1, 19.5]	
Mais de 1500€ (n=97)	0.4	[0.1, 2.0]	
Não identificou o rendimento (n=111)	10.4	[4.8, 21.2]	
Tipologia socioeconómica			0.199
Profissionais executantes de baixo rendimento (n=579)	7.8	[5.3, 11.4]	
Profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto (n=90)	3.9	[0.7, 17.7]	
Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto (n=246)	3.2	[1.5, 6.9]	
Domésticas (n=185)	8.0	[4.1, 14.9]	
Ter pelo menos 1 doença crónica			0.408
Sim (n=322)	7.0	[4.9, 9.7]	
Não (n=796)	5.1	[2.6, 9.7]	
Sintomas depressivos			0.017
Sim (n=550)	9.5	[6.7, 13.3]	
Não (n=478)	4.2	[2.2, 7.6]	
Necessidade de ajuda nas AVD			0.087

Sim (n=186)	10.3	[5.5, 18.5]	
Não (n=935)	5.6	[3.9, 7.9]	
Frequência dos serviços de apoio social			0.698
Sim (n=129)	5.2	[1.8, 14.2]	
Não (n=967)	6.4	[4.7, 8.8]	
Percepções de apoio			0.802
Sim, tem apoio (n=1017)	6.3	[4.5, 8.6]	
Não tem certeza se tem alguém disponível (n=23)	6.0	[1.4, 22.7]	
Não, não tem ninguém (n=63)	8.6	[4.7, 8.6]	

Em síntese, no caso da violência psicológica identificaram-se associações estatisticamente significativas nas prevalências estimadas por sexo, grupo etário, rendimento e sintomas depressivos. A população mais exposta a este tipo de violência inclui as mulheres, os grupos etários mais velhos (80+ anos) e os mais jovens (60-69 anos), bem como os que denotaram sintomas depressivos.

Violência física

No caso da violência física e dado que se obteve uma estimativa de prevalência muito reduzida, não foi viável proceder à sua análise por grupo específicos, conforme foi efetuado para a violência financeira e psicológica.

Como condutas, no âmbito da violência física, destacam-se as referentes à *agressão física*, com uma estimativa de 1.4% e o *impedir de falar/estar com outras pessoas*, com uma estimativa de 1.1%. É de notar que nenhum dos respondentes referiu a conduta *trancar num quarto/ compartimento ou impedir o acesso a toda a casa*. No entanto, este resultado não permite inferir que na população estas situações não ocorram.

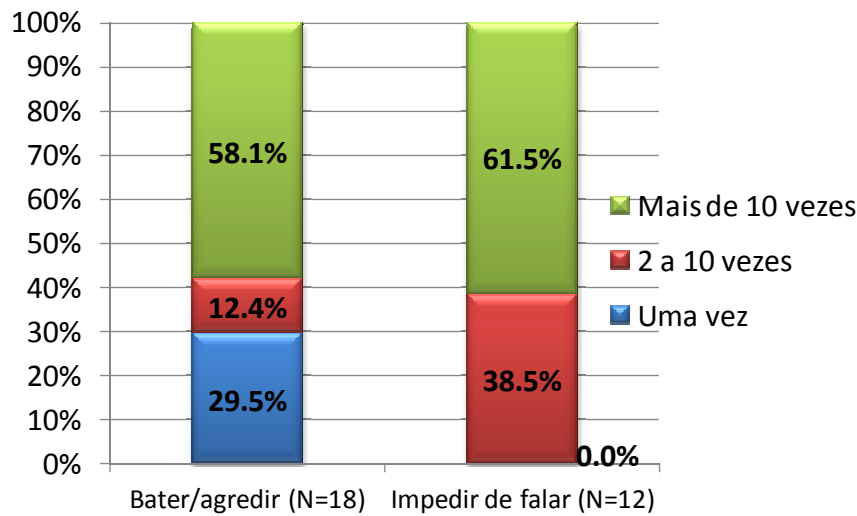
Quadro 63. Prevalência da violência física, segundo os tipos de conduta

Forma de violência física	N	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Agressão física (Bater/agredir)	1119	1.4	[0.7, 2.5]
Impedir de falar/estar com outras pessoas	1121	1.1	[0.5, 2.4]
Trancar num quarto/compartimento ou impedir o acesso a toda a casa	1121	--	---

[¶] N= total de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares;

Relativamente à frequência de ocorrência das duas principais condutas, conclui-se que na globalidade estamos perante uma forma reiterada de violência física. A conduta de *agressão física* ocorreu mais de 10 vezes durante um ano, em 58.1% dos casos e apenas uma vez durante um ano em 29.5% dos casos. A mesma tendência foi observada na conduta *impedir de falar/estar com outras pessoas* cuja frequência de ocorrência foi superior a dez vezes ao longo de um ano em 61.5% dos casos. Trata-se, portanto, de um tipo de conduta que é recorrente quando ocorre.

Gráfico 24. Frequência de ocorrência das condutas Bater/agredir e Impedir de falar/estar com outras pessoas



Nota: As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

5.3.5. Relação da vítima com o agressor segundo tipos de violência

Violência global

Na caracterização das condições de ocorrência da violência foram ainda colocadas questões relativas ao laço social que a vítima tinha com o (s) agressor(es). Tendo em conta que os respondentes poderiam assinalar diferentes agressores¹⁷ foi criada a categoria “vários agressores”.

No quadro que se segue, apresenta-se o tipo de relacionamento das vítimas com os agressores.

Aproximadamente um terço das vítimas sofreu de violência global perpetrada por *outros familiares* (e.g. sobrinho(a), irmão, cunhada, etc.) que não a família nuclear (cônjuges, filhos, netos). As vítimas também referenciaram os *(ex)cônjuges ou (ex)companheiros* (13.5%), evidenciando a relevância que a violência conjugal tem nesta população. De salientar ainda que 13.5% das vítimas recusou identificar o agressor, o que pode indicar sentimentos de inibição para a denúncia.

É importante destacar ainda as estimativas referentes aos filhos (11.1%) e ao efeito da variável género na violência global, onde predominam os agressores do sexo masculino.

¹⁷ Situação em que uma vítima sofreu pelo menos duas condutas de violência que foram cometidas por agressores distintos.

Quadro 64. Tipo de relação das vítimas de violência global com o agressor

Relação da vítima com o agressor	n	Estimativas na população ¹	
		\hat{p}	IC 95%
(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro	19	13.5	[7.6; 22.8]
Filha/enteada	6	5.0	[1.8; 13.8]
Filho/enteado	13	11.1	[5.2; 22.1]
Neto	2	2.0	[0.3; 12.5]
Neta	-	-	-
Nora/Genro	4	0.5	[0.2; 1.5]
Outro familiar	42	27.0	[18.2; 38.2]
Amigo/Vizinho	16	11.6	[6.2; 20.8]
Profissional remunerado	4	5.5	[1.8; 15.4]
Vários Agressores	11	10.3	[4.9; 20.1]
Recusa identificar o agressor	21	13.5	[6.9; 24.5]

N=138; *n*=número de vítimas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população portuguesa com 60+ anos residente em domicílios particulares)

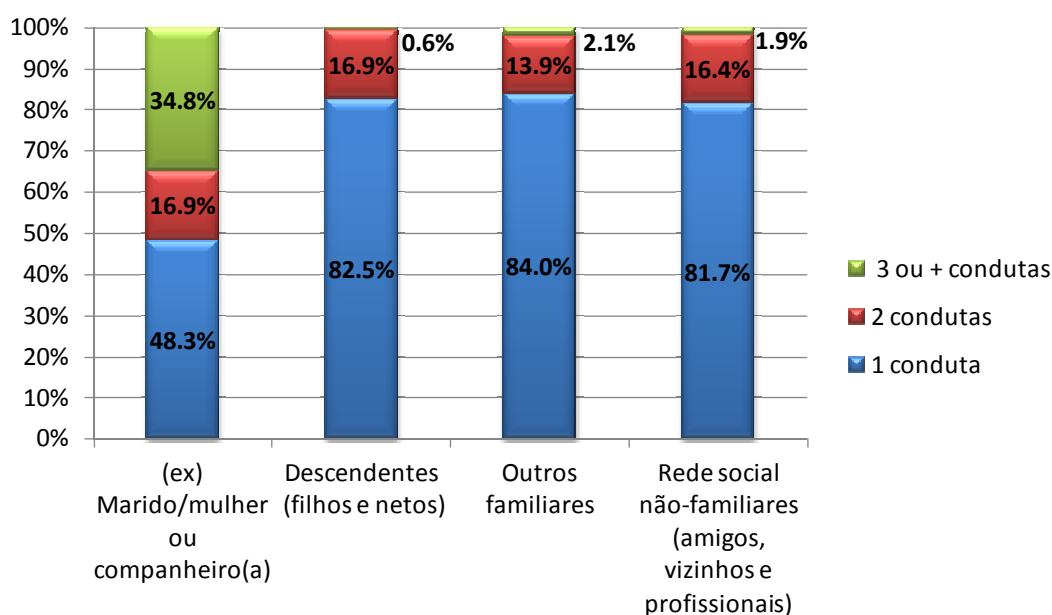
Como se observou no quadro 64, algumas das categorias correspondentes à relação da vítima com o agressor apresentam frequências bastante baixas, pelo que na análise seguinte agregam-se algumas destas categorias: a) *descendente* agrega “filho/enteado”, “filha/enteada” e “neto” e b) “nora/genro” foi agregada a “outro familiar”.

Número de condutas cometidas segundo o tipo de relação entre vítima e agressor

Das pessoas com 60+ anos residentes em Portugal que foram vítimas de violência em contexto familiar ao longo de um ano, mais de dois terços terá experienciado apenas uma conduta de violência (72.1%). Cerca de 12.2% das vítimas sofreu duas condutas de violência e 15.6% indicou ter sido vítima de 3 ou mais condutas de violência.

O gráfico que se segue revela que o número de atos experienciados pelas vítimas difere consoante o tipo de relação da vítima com o agressor, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0.005$). Mais de dois terços dos atos perpetrados por agressores pertencentes às categorias *descendentes*, *outros familiares* e à *rede social não familiar*, corresponderam a atos isolados que terão acontecido uma só vez. Por outro lado, cerca de metade dos atos de violência cometidos pelos ex ou atuais *cônjuges/companheiros* corresponderam a 2 ou mais condutas num período de 12 meses.

Gráfico 25. Número de condutas cometidas segundo o tipo de relação entre vítima e agressor



Nota: =106; As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Violência financeira

No quadro que se segue identificam-se os agressores identificados responsáveis pelas quatro **condutas de violência financeira**.

Estimou-se que os *descendentes* foram responsáveis pela violência financeira (26.1%), seguidos dos outros familiares, reportados por cerca de 25.9% das vítimas. A categoria *vários agressores* obteve uma frequência de 11.8%.

Destaca-se ainda uma elevada percentagem de vítimas que recusaram identificar o laço com o agressor (22.3%).

Quadro 65. Tipo de relação das vítimas de violência financeira com o agressor

Relação da vítima com o agressor		Estimativas na população [¶]	
			IC 95%
(ex) Cônjuge /companheiro	3	0.9	[0.3, 3.0]
Descendente	14	26.1	[14.3, 42.7]
Outro familiar	17	25.9	[14.1, 42.6]
Amigo/Vizinho	6	9.5	[3.3, 24.6]
Profissional remunerado	4	10.8	[3.7, 27.7]
Vários agressores	2	4.6	[1.1, 17.7]
Recusa identificar o agressor	18	22.3	[10.6, 41.0]

N=64; =número de vítimas com respostas válidas; ¶=percentagem estimada (valor ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população portuguesa com 60+ anos residente em domicílios particulares)

Violência psicológica

Contrariamente ao observado na violência financeira, na **violência psicológica** os *cônjuges/companheiros* representavam quase um terço dos agressores (29.6%). A população vítima deste tipo de violência referenciou os *outros familiares* como os agressores mais frequentes (37.6%). De destacar que neste tipo de violência os *descendentes* (filho, filha ou neto) foram descritos como agressores com menor frequência (11.6%) comparativamente à violência financeira (26.1%) e uma menor percentagem das vítimas recusou identificar o laço com o agressor (2.3%).

Quadro 66. Tipo de relação das vítimas de violência psicológica com o agressor

Relação da vítima com o agressor	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
(ex) Cônjuge /companheiro	16	29.6	[17.7, 45.3]
Descendente	10	11.6	[4.6, 26.3]
Outro familiar	32	37.4	[23.9, 53.2]
Amigo/Vizinho	8	12.6	[5.2, 27.4]
Vários agressores	5	6.5	[1.9, 20.0]
Recusa identificar o tipo de relação	3	2.3	[0.4, 12.3]

*N=74; n=*número de vítimas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população portuguesa com 60+ anos residente em domicílios particulares)

Violência física

No quadro 67 identificam-se os agressores responsáveis pela violência física, segundo o tipo de relação com a vítima. Constatou-se que 56.4% deste tipo de atos foi cometida pelos ex ou atuais *cônjuges/companheiros*. Destacam-se também os *descendentes*, como a segunda categoria mais referenciada pela população que foi vítima de violência física, em contexto familiar, ao longo de 12 meses (24.3%).

Quadro 67. Tipo de relação das vítimas de violência física com o agressor

Relação da vítima com o agressor	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
(ex) Cônjuge /companheiro	14	56.4	[31.0, 78.9]
Descendente	5	24.3	[7.1, 57.6]
Outro familiar	7	10.5	[3.2, 29.7]
Amigo/Vizinho	3	2.5	[0.7, 8.6]
Recusa identificar o tipo de relação	1	6.2	[0.9, 33.6]

*N=30; n=*número de vítimas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população portuguesa com 60+ anos residente em domicílios particulares)

Outros tipos de violência

No caso de *violência sexual* (n=2) os atos foram perpetrados por *outro familiar* e *amigo/vizinho*. As categorias dos agressores identificados como responsáveis pela *negligência* (n=4) foram: filha, outro familiar e amigo/vizinho.

Os resultados sugerem que, no caso da violência que ocorre junto da família nuclear, a violência conjugal estará mais presente sobre a forma de violência física, enquanto os filhos e netos serão os principais responsáveis pela violência financeira. Ainda que os ex ou atuais

cônjuges /companheiros sejam mais frequentemente indicados na violência física, este tipo de violência também é perpetrada pelos *descendentes*, indicando que este tipo de violência é sobretudo exercido no núcleo familiar. Ainda de notar que a categoria *profissional remunerado* é apenas reportada no caso da violência financeira, o que poderá indicar que as pessoas com 60+ anos serão vítimas, em contexto familiar, sobretudo pela rede social informal.

Caracterização dos agressores qualificados como outros familiares

Os *outros familiares* foram a categoria de agressor mais prevalente na violência global, bem como na violência financeira e psicológica. Dado que a categoria “outros familiares” abrange uma diversidade de membros pertencentes à família alargada, estamos perante um grupo indefinido. No total foram identificados 42 indivíduos. Para compreender quais os tipos de relação desta categoria com as vítimas, analisou-se a distribuição de algumas características demográficas.

Relativamente à idade, observamos a diferença de idades entre os agressores “outros familiares” e as vítimas, compreendendo 3 grupos geracionais diferentes.

A diferença geracional permitiu-nos identificar 3 subtipos de *outros familiares*:

1. Grupo geracional mais velho

Corresponde aos agressores mais velhos que as vítimas, em 11 ou mais anos (por exemplo se a vítima tem 65, estes agressores terão 76 ou mais anos). Este grupo engloba dois dos “outros familiares”, ambos responsáveis por uma conduta de violência psicológica. Neste âmbito podemos estar perante uma situação de vitimização de quem é cuidador, sobretudo se considerarmos que também as vítimas se encontram no grupo etário mais jovem (60 e 69 anos). Podemos, então estar perante **agressores que são pais, sogros ou tios**. Estes agressores são apenas indicados como responsáveis por condutas no âmbito da violência psicológica.

2. Mesmo grupo geracional

Corresponde aos agressores mais velhos ou mais novos que as vítimas em apenas 10 anos, ou seja, são os “outros familiares” que terão entre mais 10 anos e menos 10 anos que a vítimas (por exemplo se a vítima tem 65 estes agressores terão entre 55 e 75 anos). Dado que a diferença de idade entre este grupo de agressores e as vítimas se situa nos 10 anos (mais ou menos), poderemos, à partida, estar a falar de agressores que pertencem à mesma geração das vítimas. Este grupo engloba 12 indivíduos que são, sobretudo, indicados como responsáveis por condutas no âmbito da violência psicológica (n= 10). Uma vez que se trata de indivíduos da mesma geração que as vítimas podemos estar perante situações de conflito nas relações familiares entre **irmãos, cunhados(as), primos**, entre outros.

3. Grupo geracional mais novo

Corresponde aos agressores mais novos que as vítimas, em 11 ou mais anos (por exemplo se a vítima tem 65, estes agressores terão 56 ou menos anos). Este grupo engloba 14 dos “outros familiares” que são, sobretudo, indicados como responsáveis por condutas de violência financeira (n=7) e psicológica (n=5). É também neste grupo que encontramos os dois únicos elementos que foram indicados pelas vítimas como responsáveis de violência

física. Uma vez que se trata de indivíduos mais novos que as vítimas, podemos estar perante, situações de violência por parte de eventuais cuidadores das vítimas, como **sobrinhos, sobrinhos-netos e primos de 2º ou 3º grau.**

Quadro 68. Grupos geracionais dos “outros familiares” em relação à idade da vítima

	n
Grupo geracional mais velho (agressores “outros familiares” com mais 11 anos ou mais que a vítima)	2
Mesmo grupo geracional (agressores “outros familiares” com um intervalo de idade entre (no máximo) mais 10 anos ou (no máximo) menos 10 anos em relação à vítima)	12
Grupo geracional mais novo (agressores “outros familiares” com menos 11 anos ou mais que a vítima)	14

Em síntese, da análise do relacionamento entre vítima e agressor por tipos de violência sobressaem as seguintes conclusões:

- Os outros familiares foram os principais agressores na violência global.
- A *violência financeira* foi cometida sobretudo por outros familiares e descendentes. É o tipo de violência que existiu uma maior recusa em identificar o agressor, o que poderemos estar indiretamente perante uma subestimação do problema no diz respeito à identidade do agressor, perpetuando assim a crença de que da família (sobretudo dos filhos) não se faz queixa.
- Na *violência psicológica* destacaram-se como principais agressores os outros familiares, os cônjuges e os descendentes.
- A *violência física* insere-se na violência doméstica, predominantemente conjugal e filial.
- O profissional remunerado foi identificado como agressor exclusivamente na violência financeira.
- Os amigos e vizinhos foram identificados como agressores com maior frequência na violência psicológica, seguida da violência financeira e em menor número na violência física.

5.3.6. Caracterização das vítimas de violência em Portugal

Nesta análise das vítimas de violência (desagregada por sexo, idade, região, composição do agregado familiar, características socioeconómicas, estado de saúde, incapacidade e redes de suporte social) apresentam-se estimativas ponderadas para a população portuguesa com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Sexo e grupos etários

No quadro seguinte apresenta-se a distribuição por sexo e grupo etário das pessoas com 60+ anos que experienciaram pelo menos um ato de violência em contexto familiar nos 12 meses anteriores à entrevista. As estimativas disponibilizadas basearam-se em 138 vítimas.

Quadro 69. Distribuição das vítimas de violência segundo o sexo e grupos etários

Grupos específicos	<i>n</i>	Estimativas na população [¶]	
		<i>p</i>	IC 95%
Sexo			
Masculino	37	31.1	[20.8, 43.7]
Feminino	101	68.9	[56.3, 79.2]
Grupo etário			
60-69	78	46.1	[35.5, 57.1]
70-79	34	20.6	[12.8, 31.4]
80+	26	33.2	[23.0, 45.3]

n=número de vítimas entrevistadas com respostas válidas; *p*=percentagem estimada (valor ponderado); [¶] Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Na sua maioria as vítimas da violência em contexto familiar eram mulheres (68.9%). Embora estas constituam o grupo mais vulnerável à violência, os resultados obtidos demonstram que a violência também atinge a população masculina (31.1%).

Quase metade das vítimas (46.1%) pertencia ao grupo etário mais jovem (60-69 anos) e 20.6% enquadravam-se na faixa etária dos 70-79 anos. O grupo de idade mais avançada (80+ anos) representava um terço do total das vítimas (33.2%). A idade média das vítimas estudadas situava-se nos 72.6 anos.

Estado civil

A caracterização do estado civil das vítimas revelou que mais de metade destas era casada (58.7%) e quase um terço, viúva (28.9%). Os solteiros representavam 8.6% das vítimas, ao passo que os divorciados ou separados correspondiam a 3.8%.

Quadro 70. Distribuição das vítimas de violência segundo o estado civil

Estado civil	<i>n</i>	Estimativas na população [¶]	
		<i>p</i>	IC 95%
Solteiro	9	8.6	[3.7, 18.8]
Casado/ União de facto	83	58.7	[46.9, 69.5]
Divorciado / Separado	8	3.8	[1.5, 9.3]
Viúvo	37	28.9	[19.4, 40.8]

N=137; *n*=número de vítimas entrevistadas com respostas válidas; *p*=percentagem estimada (valor ponderado); [¶] Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Agregado familiar

Quando se caracteriza a situação familiar das vítimas conclui-se que 68.0% vivia em coabitação e 32% vivia só.

Estimou-se que mais de metade integrava um agregado familiar, composto por duas pessoas (49.6%) ou por três pessoas (16.4%).

Quadro 71. Distribuição das vítimas de violência segundo a dimensão do agregado familiar

Dimensão do agregado familiar	<i>n</i>	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
1 pessoa	38	32.0	[21.9, 44.0]
2 pessoas	68	49.6	[38.0, 61.2]
3 pessoas	23	16.4	[9.7, 26.3]
4 pessoas	5	1.5	[0.4, 5.1]
5 ou mais pessoas	4	0.6	[0.2, 1.7]

N=138; *n*=número de vítimas entrevistadas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares

Caracterização socioeconómica

Habilitações literárias

No que diz respeito às habilitações literárias das vítimas, conclui-se que estamos perante uma população pouco escolarizada, em que mais de metade (58.3%) possuía o 1º ciclo do ensino básico e 20.4% não tinha qualquer escolaridade. As vítimas que possuíam um nível intermédio (2º ou 3º ciclo) constituíam 6.7% e as que possuíam o ensino secundário ou superior representavam 14.5%.

Quadro 72. Distribuição das vítimas de violência segundo níveis de escolaridade

Escolaridade	<i>n</i>	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Sem escolaridade	20	20.4	[12.3, 32.0]
1ºciclo ensino básico	82	58.3	[46.2, 69.5]
2º ou 3º ciclo ensino básico	14	6.7	[3.1, 14.0]
Ensino Secundário ou Superior	17	14.5	[7.8, 25.4]

N=133; *n*=número de vítimas entrevistadas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Regime de ocupação da habitação

No que diz respeito ao regime de ocupação da habitação verificou-se que 71.9% das vítimas com 60+ anos residia em casa própria, 16.7% em casa arrendada e 8% em casa de familiares. As vítimas que residiam numa habitação social eram pouco frequentes (3.4%).

Quadro 73. Distribuição das vítimas de violência segundo o regime de ocupação da habitação

Regime de ocupação da habitação	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Casa arrendada	18	16.7	[9.5,27.6]
Habitação social	3	3.4	[0.9, 12.0]
Casa própria	99	71.9	[60.2, 81.2]
Casa de familiares	13	8.0	[3.8,16.3]

N=133; *n*=número de vítimas entrevistadas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Rendimento económico

A população de vítimas analisada evidenciou poucos recursos económicos. Mais de metade (53.5%) auferia um rendimento mensal até 500 euros e apenas 3.4% um rendimento superior a 1500 euros. É de salientar que 8.5% não auferia qualquer rendimento, o que implicava possivelmente uma situação de dependência económica face a terceiros.

Quadro 74. Distribuição das vítimas de violência segundo o rendimento económico mensal

Rendimento mensal	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Não auferia qualquer rendimento	15	8.5	[4.3,16.4]
Até 500 €	75	53.5	[41.8, 64.9]
De 501€ a 1000€	11	8.0	[3.5, 17.2]
De 1001€ a 1500€	10	10.0	[4.3, 21.6]
Mais de 1500€	6	3.4	[0.9, 11.5]
Recusa identificar	16	16.6	[9.3, 28.1]

N=133; *n*=número de vítimas entrevistadas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado) Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Tipologia socioeconómica e profissional

Da leitura do quadro 75 conclui-se que a maioria das vítimas (67.4%) se enquadrava na categoria – *profissionais executantes de baixo rendimento* – caracterizada por profissões outrora pouco qualificadas, uma escolaridade reduzida e um rendimento baixo.

Os *profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio-alto* constituíam 18.1% da população de vítimas. Estes profissionais caracterizavam-se por terem exercido profissões administrativas e intermédias, por conta de outrem, possuíam uma escolaridade média e usufruíam de um rendimento médio a médio-alto.

As *domésticas* representavam 10.7% das vítimas e caracterizavam-se por terem uma escolaridade reduzida e um rendimento baixo, provavelmente proveniente de pensões de sobrevivência ou sociais.

Somente 3.8% das vítimas integravam a categoria dos *profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto*. Nesta categoria incluíam-se os indivíduos mais escolarizados, com maior rendimento e com profissões intelectuais.

Dos resultados obtidos conclui-se que, embora a violência ocorra de forma mais preponderante em indivíduos que exerciam outrora profissões pouco qualificadas, ela é transversal a todas as classes sociais.

Quadro 75. Distribuição das vítimas de violência por segmentos socioeconómicos e profissionais

Tipologia socioeconómica e profissional	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Profissionais executantes de baixo rendimento	77	67.4	[55.6, 77.3]
Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto	23	18.1	[10.5, 29.6]
Profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto	5	3.8	[1.0, 12.6]
Domésticas	26	10.7	[6.0, 18.5]

N=131; n=número de vítimas entrevistadas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares

Estado de saúde, estado funcional e redes de suporte social das vítimas

Saúde física

A maioria das vítimas (83.2%) sofria de pelo menos uma doença crónica diagnosticada pelo médico.

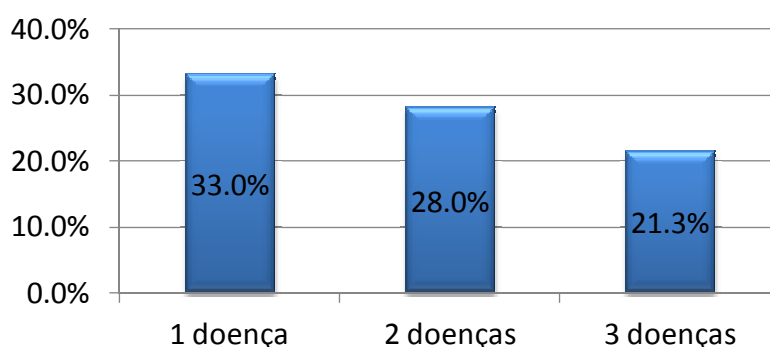
Quadro 76. Prevalência de doença crónica diagnosticada pelo médico nas vítimas

Doença crónica	n	Estimativas na população [¶]	
		\hat{p}	IC 95%
Não	20	16.8	[9.6, 27.9]
Sim	118	83.2	[72.1, 90.4]

N=138; n=número de vítimas entrevistadas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares

Das vítimas que possuíam doença (s) crónica (s), 33% sofria de uma única doença, 28% de duas doenças e 21.3% de três patologias (Gráfico 26).

Gráfico 26. Número de doenças descritas pelas vítimas que possuem uma ou mais doenças crónicas



Nota: =118; As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

No quadro que se segue disponibiliza-se a prevalência de doenças nas vítimas, segundo os grupos da CID-9. As doenças mais prevalentes eram as do aparelho circulatório (36.6%), como são por exemplo o “acidente vascular cerebral”, a “doença isquémica cardíaca” ou a “hipertensão arterial”. O segundo grupo de doenças mais frequente nas vítimas de violência (29.9%) eram as doenças das *glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários* – no qual se incluem a “diabetes”, o “colesterol” e problemas de hipo ou híper tiroidismo. As doenças do *sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo* ocupavam o terceiro lugar entre as vítimas (29.2%) e englobavam doenças como a “osteoporose”, a “artrite reumatoide” ou os problemas de “coluna”.

Menos representadas entre as vítimas estavam as doenças do *aparelho respiratório* (“doença pulmonar obstrutiva crónica”, “asma” ou “rinite alérgica”), as *neoplasias* (“cancro”, “cancro da mama”, “cancro próstata”) e as doenças de *aparelho digestivo*.

Quadro 77. Prevalência de doenças, classificadas de acordo com a CID-9, na população das vítimas

Doenças CID9		Estimativas na população¶	
			IC 95%
Aparelho Circulatório	54	36.6	[26.3, 48.3]
Endócrinas e Metabólicas	45	29.9	[20.5, 41.4]
Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	40	29.2	[19.7,40.9]
Aparelho Respiratório	14	9.3	[4.5, 18.3]
Neoplasias	11	6.1	[2.6, 14.0]
Aparelho Digestivo	7	5.3	[1.9, 14.1]
Transtornos Mentais	14	10.4	[2.2, 5.2]

=133; =número de vítimas que reportou ter a patologia; =percentagem estimada (valor ponderado); § Respostas múltiplas, o total das percentagens é diferente de 100%; ¶Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares;

Saúde mental

De acordo com a escala GDS5 utilizada no presente estudo (Cf. Anexo D), estimou-se que maioria das vítimas de violência em contexto familiar (69%) apresentava sintomas depressivos.

Quadro 78. Prevalência de sintomas depressivos na população das vítimas

Sintomas depressivos	<i>n</i>	Estimativas na população¶	
		\hat{p}	IC 95%
Não	34	31.0	(20.8,43.5)
Sim	97	69.0	(56.579.2)

N=131; *n*= número de vítimas entrevistadas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares

Avaliação da capacidade funcional

No que concerne à avaliação funcional, conclui-se que um terço das vítimas necessitava de ajuda nas atividades da vida diária mas a maioria (69.7%) era independente, não revelando qualquer incapacidade funcional (Quadro 79).

Quadro 79. Distribuição das vítimas segundo o estado funcional

Necessita de ajuda nas AVD	<i>n</i>	Estimativas na população¶	
		\hat{p}	IC 95%
Sim	38	30.3	[20.5, 42.5]
Não	100	69.7	[57.5, 79.5]

N=138; *n*= número de vítimas entrevistadas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Redes de suporte informal e formal

Estimou-se que a maioria das vítimas (85.7%) não recebia, nem frequentava qualquer tipo de serviço de âmbito social.

Quadro 80. Apoio recebido pelas vítimas através da rede social formal

Apoio social	<i>n</i>	Estimativas na população¶	
		\hat{p}	IC 95%
Recebe/frequenta	13	14.3	[7.4, 25.9]
Não recebe	117	85.7	[74.1, 92.6]

N=1098; *n*=número de indivíduos entrevistados com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares;

Quando se analisa a percepção da vítima face ao apoio prestado pela rede social conclui-se que 89.9% das vítimas considerava que tinha alguém em quem se apoiar ou pedir ajuda em caso de necessidade. No entanto, 6.6% das vítimas não tinha alguém a quem recorrer e 3.6% não sabia se teria alguém disponível.

Quadro 81. Percepção do apoio recebido pela vítima através da rede social informal

Percepções de apoio	n	Estimativas na população¶	
		\hat{p}	IC 95%
Sim, tem apoio	112	89.8	[80.7 94.9]
Não tem certeza se tem alguém disponível	5	3.6	[0.9, 13.0]
Não, não tem ninguém	13	6.6	[3.1, 13.5]

N=130; n=número de vítimas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares;

Em suma, as pessoas com 60+ anos que foram vítimas de algum tipo de violência em contexto familiar, num período de 12 meses, eram na sua maioria do sexo feminino (68.9%) e casadas (58.7%).

Quase metade vivia num núcleo composto por 2 pessoas (49.6%).

Eram relativamente jovens (46.1% tinham idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos).

A maioria possuía uma escolaridade ao nível do 1º ciclo do ensino básico (58.3%) e exercia no passado profissões pouco qualificadas (69.2%).

Apesar da maioria das vítimas (71.9%) ser titular da residência onde habitava, 53.5% auferia de um rendimento mensal inferior a 500 euros e 8.5% não auferia de qualquer rendimento, o que implicava possivelmente uma situação de dependência económica face a terceiros.

A maior parte das vítimas sofria de uma ou mais doenças crónicas (83.2%), revelava sintomas depressivos (69.0%), mas era independente nas atividades da vida diária (69.7%).

A maioria das vítimas (85.7%) não recebia, nem frequentava qualquer tipo de serviço de apoio social.

O sentimento de não ter ninguém disponível para apoiar, em caso de necessidade, só foi expresso por uma minoria das vítimas (6.6%).

5.4. Caracterização do agressor: fatores associados

Às vítimas de violência foram ainda colocadas questões relativas ao agressor, condicionadas pela seguinte questão: *“Do que relatou ter-lhe acontecido nas perguntas anteriores indique o ato de violência, maus-tratos e negligência que foi para si o mais grave e que mais o afligiu?”*. Pediu-se, posteriormente, aos respondentes que caracterizassem o agressor responsável por esse ato, tido como o mais grave¹⁸. Assim, ainda que a população inquirida pudesse ter assinalado, por exemplo, 5 atos de violência perpetrados por 5 agressores distintos, a caracterização do agressor agora apresentada diz respeito somente ao indivíduo responsável pelo ato indicado como sendo o mais grave.

¹⁸ Dada a possibilidade das pessoas terem sido vítimas de vários atos, perpetrados por diferentes agressores, optou-se pela seleção do agressor responsável pelo ato mais grave referenciado pela vítima. Esta opção teve em conta as dificuldades logísticas, nomeadamente a extensão do questionário a ser administrado por telefone.

5.4.1. Tipo de relação entre a vítima e o agressor

Os resultados que seguidamente se disponibilizam dizem respeito à amostra, ou seja as frequências não foram ponderadas porque na realidade se desconhecia a população de agressores.

No total foram identificados 138 agressores responsáveis pelos atos de violência descritos pelas vítimas. No entanto, na sequência da colocação da questão relativa ao ato mais grave, foram excluídos 21 indivíduos devido aos seguintes motivos: a) as vítimas não quiseram indicar o ato mais grave (n=9); b) as vítimas consideraram no ato mais grave condutas perpetradas por desconhecidos (n=8); e c) os atos de violência indicados no ato mais grave não cumpriram os critérios de frequência para a sua inclusão enquanto casos de violência psicológica (n=4). Face ao exposto, quando apenas se consideram os atos mais graves referenciados pelas vítimas, o número de agressores decresceu para 117.

No Quadro 82 podemos observar a distribuição dos agressores segundo as categorias de relacionamento com as vítimas para a totalidade dos atos de violência (138 agressores) e para o ato mais grave (117 agressores).

Quer para a totalidade de atos de violência, como para o ato mais grave, os *outros familiares* constituíam os principais agressores, seguidos dos atuais ou ex *cônjuges/companheiros*. Observou-se adicionalmente que uma elevada percentagem de vítimas se recusou a identificar o agressor.

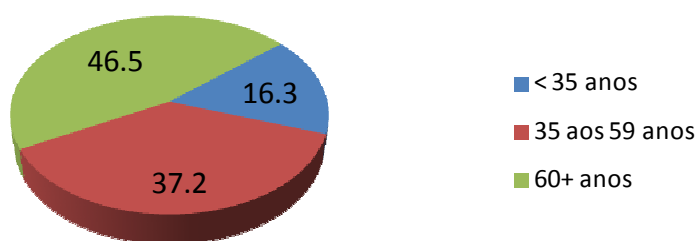
Quadro 82. Distribuição dos agressores segundo o tipo de relação com a vítima

Tipo de relação do agressor com a vítima	Total dos atos de violência (N= 138)		Agressores responsáveis pelo ato de violência mais grave (N=117)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
(ex) Cônjuge ou (ex) companheiro	19	13.5	22	18.8
Filha/enteada	6	5.0	5	4.3
Filho/enteado	13	11.1	11	9.4
Neto	2	2.0	3	2.6
Nora/Genro	4	0.5	4	3.4
Outro familiar	42	27.0	35	29.9
Amigo/Vizinho	16	11.6	12	10.3
Profissional remunerado	4	5.5	4	3.4
Vários agressores	11	10.3	-	-
Recusa identificar o agressor	21	13.5	21	17.9

n=número de vítimas com respostas válidas

Os dados que se apresentam de seguida referem-se aos 117 agressores responsáveis pelo ato mais grave. Relativamente a este ato, foi solicitado aos respondentes que caracterizassem a idade do agressor. A idade média dos agressores foi de 52 anos. Considerando três faixas etárias, observa-se que 16.3% dos agressores tinham menos de 35 anos, 37.2% tinham idades compreendidas entre os 35 e os 59 anos e 46.5% tinham 60+ anos.

Gráfico 27. Distribuição dos agressores responsáveis pelo ato mais grave segundo grupos etários



Uma análise da distribuição dos agressores por grupos etários, segundo o tipo de relação com a vítima (Quadro 83) evidenciou que na violência conjugal, os responsáveis pela agressão mais grave se enquadravam maioritariamente na faixa etária das vítimas (95.2%). Pelo contrário, os agressores descendentes eram oriundos de faixas etárias mais jovens: 36.8% destes tinham menos de 35 anos, correspondendo provavelmente ao grupo dos netos. Contudo, a maioria dos agressores descendentes (57.9%) tinham uma idade compreendida entre os 35 e os 59 anos, correspondendo, em grande parte, ao grupo dos filhos. Apesar da maioria dos agressores - outros familiares - serem mais jovens do que a vítima, 45.2% tinha uma idade compreendida entre os 35 e os 59 anos.

Quadro 83. Distribuição dos agressores por grupos etários segundo o tipo de relação com a vítima

Grupo etário	(ex) Cônjuge /companheiro %	Descendentes %	Outro familiar %	Rede social não-familiar %
<35 anos	-	36.8	12.9	-
35 aos 59 anos	4.8	57.9	45.2	45.5
60+ anos	95.2	5.3	41.9	54.5
Total	100%	100%	100%	100%

N=93; =número de vítimas com respostas válidas

Os respondentes foram ainda questionados sobre a presença/ausência no agressor de alguns aspetos (individuais e contextuais) que pudessem potenciar a ocorrência da violência. No Quadro 84 procede-se à caracterização do agressor (responsável pelo ato mais grave) segundo tais aspetos.

A existência de dados em falta relativamente à caracterização do agressor deve-se sobretudo ao facto de os respondentes terem usado como resposta as opções “Não sabe”. Dado que a vítima constitui um “proxy” para caracterizar o agressor, a ocorrência destas situações poderá estar associada ao seu desconhecimento para responder às questões colocadas. Optou-se no âmbito do estudo, após realizar a análise dos padrões de ocorrência de resposta “Não sabe”, no que diz respeito à caracterização do agressor, efetuar a análise estatística descritiva considerando o “Não sabe” como uma categoria de resposta possível.

Os resultados obtidos revelam que mais de um terço dos agressores (38.4%) mantinha uma relação conflituosa com a vítima, prévia à ocorrência de violência. Este resultado poderá ser em alguns casos indicativo de uma violência continuada no tempo e/ou decorrente de uma

relação interpessoal já difícil e conflituosa. Uma percentagem importante dos agressores coabitava com a vítima (25.7%), apresentava problemas de saúde mental (24.3%) ou isolava-se socialmente (23.4%). Com menor frequência os agressores tinham problemas de toxicod dependência (5.4%), ou problemas de dependência de jogo (0.9%). Há ainda a realçar a frequência de agressores com problemas de alcoolismo (18.0%) e dos financeiramente dependentes das vítimas (13.5%).

Quadro 84. Caracterização dos agressores responsáveis pelo ato mais grave identificado pela vítima

Caraterísticas do agressor*	N	Sim	Não	Não sabe	Sem informação /recusa responder
Coabitação com a vítima	105	25.7	74.3	-	10.3
Conflito e agressividade					
Com a vítima (prévia à ocorrência de violência)	112	38.4	54.5	7.1	4.3
Com outros familiares com 60+ anos	111	24.3	45.9	29.7	5.1
Isolamento social	111	23.4	59.5	17.1	5.1
Problemas de saúde mental	111	24.3	55.0	20.7	5.1
Comportamentos aditivos					
Alcoolismo	111	18.0	58.6	23.4	5.1
Toxicod dependência	111	5.4	70.3	24.3	5.1
Jogo	111	0.9	78.4	20.7	5.1
Dependente da vítima financeiramente	111	13.5	74.7	11.7	5.1
Vítima de violência na infância/adolescência	111	8.1	53.2	38.7	5.1
Outros problemas	109	29.4	36.7	33.9	6.8

Quando se analisou a frequência de cada uma das características presentes no agressor segundo o tipo de relação deste com a vítima (Quadro 85), somente duas das características se diferenciaram significativamente ($p < 0.005$): **a coabitação e o isolamento social**.

Com base nas características dos agressores assinaladas pelas vítimas, a coabitação e o isolamento social constituem dois dos aspetos mais frequentes na violência conjugal.

Também é mais elevada a percentagem de cônjuges ou companheiros com uma história própria de vitimização em contexto familiar (50.0%), o que indica que o ciclo intergeracional de violência pode ser um fator mais relevante para a violência conjugal, do que para outras formas de violência.

Os resultados obtidos também apontam para uma maior frequência de **comportamentos aditivos** (36.4%) dos agressores descendentes das vítimas, indo ao encontro da literatura que refere que estes problemas constituem um fator de risco no caso da violência filial.

Quadro 85. Características do agressor segundo o tipo de relação do agressor com a vítima

Caraterísticas do agressor	Atual ou (ex)Cônjuge/companheiro	Descendentes	Outro familiar	Rede social não familiar	Total	
	%	%	%	%	%	N
Conflito e agressividade*	16.7	26.2	35.7	21.4	100	80
Coabitação	66.7	25.9	7.4	0.0	100	93
Problemas de saúde*	47.4	10.5	31.6	10.5	100	69
Isolamento social	46.2	30.8	19.2	3.2	100	84
Comportamentos aditivos*	27.3	36.4	27.3	9.1	100	85
Problemas financeiros*	17.6	35.3	35.3	11.8	100	88
Vítima de violência na infância*	50.0	12.5	37.5	0.0	100	64

*Pressuposto do teste não verificado; N=número total de respostas válidas

No quadro que se segue observa-se a distribuição dos diferentes aspetos e características dos agressores pelos três tipos de violência mais prevalentes: financeira, psicológica e física. Identificaram-se diferenças significativas entre tipos de violência nos agressores com relações de **conflito e agressividade** ($p=0.007$) e nos que viviam em **coabitação** ($p=0.050$).

Com exceção dos problemas financeiros, todas as caraterísticas do agressor listadas no Quadro 86, evidenciaram frequências mais elevadas na violência psicológica. Em contrapartida na violência financeira, os problemas financeiros, as experiências passadas de violência e os comportamentos aditivos foram indicados como os principais problemas associados aos agressores. Na violência física destacaram-se os agressores com comportamentos de conflito/agressividade e em coabitação com a vítima.

Quadro 86. Características do agressor segundo o tipo de violência

Caraterísticas do agressor	Financeira	Psicológica	Física	Total	
	%	%	%	%	N
Conflito e agressividade*	11.5	69.2	19.2	100	113
Coabitação	22.2	59.3	18.5	100	104
Problemas de saúde	5.3	84.2	10.5	100	71
Isolamento social*	15.4	69.2	15.4	100	91
Comportamentos aditivos	30.4	56.5	13.0	100	90
Problemas financeiros	50.0	44.4	5.6	100	97
Vítima de violência	33.3	55.6	11.1	100	93

*Pressuposto do teste não verificado; N=número total de respostas válidas;

Em suma, cerca de 1/3 dos agressores já tinham anteriormente uma relação conflituosa com a vítima e perto de 1/4 com outros familiares.

Na violência conjugal, vítima e agressores viviam em coabitação e os agressores cônjuges /companheiros (atuais ou ex) apresentavam mais frequentemente problemas de saúde, de isolamento social e uma história de violência na infância.

Os descendentes, comparativamente aos outros agressores, apresentavam mais frequentemente comportamentos aditivos (toxicodependência, alcoolismos e/ou jogo) e problemas financeiros. Mais de metade dos agressores descendentes tinha idade entre os 35 e os 59 anos, correspondendo provavelmente ao grupo dos filhos.

Os agressores qualificados como “outros familiares” também denotavam problemas financeiros, a par de problemas de conflito e agressividade e de uma história de violência na infância. Apesar da maioria destes agressores ser mais jovem do que a vítima, 45.2% tinha uma idade compreendida entre os 35 e os 59 anos.

Comparativamente a outros tipos de violência, todos os aspetos individuais e contextuais do agressor atrás mencionados, excetuando os problemas financeiros, eram mais frequentes na violência psicológica.

Na violência financeira os agressores evidenciaram experiências passadas de violência e comportamentos aditivos, para além de problemas financeiros.

Na violência física destacaram-se os agressores com comportamentos de conflito/agressividade que coabitavam com a vítima.

5.5. Apresentação de queixa ou denúncia das situações de negligência e violência a terceiros

As vítimas de crime e violência foram também questionadas sobre a possibilidade de terem *falado, apresentado queixa ou contactado uma instituição ou serviço sobre os atos de violência*. Na análise que se segue disponibilizam-se estimativas ponderadas para a população.

Estimou-se que 64.9% das vítimas de crime e violência (194361 pessoas) não falou, nem contactou ou apresentou queixa sobre a situação vivida e quando o fez (35.1%), a maioria recorreu apenas a uma instituição ou serviço (32.6%).

Quadro 87. Apresentação de queixa/denúncia

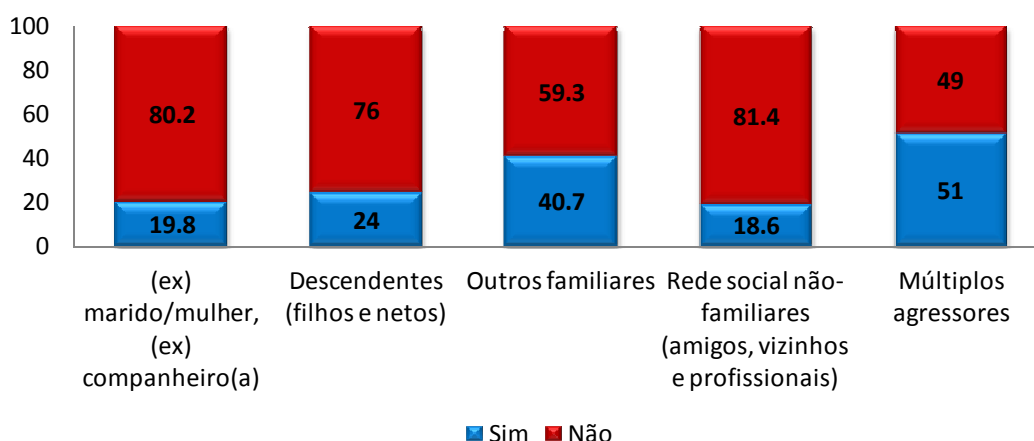
Falar, contactar ou apresentar queixa	<i>n</i>	Estimativas na população¶	
		\hat{p}	IC 95%
Não	88	64.9	[52.8;75.4]
Sim	46	35.1	[24.6; 47.2]
Sim, a 1 Instituição/serviço	42	32.6	[22.5; 44.7]
Sim, a 2 Instituições/serviços	4	2.5	[0.7; 8.3]

N=134; *n*= número de vítimas entrevistadas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares

Através do Gráfico 28 observa-se que a proporção das vítimas que apresentou queixa/denúncia junto de algum serviço/ instituição variou com o tipo de relação entre agressor e vítima.

Apesar do reduzido número de respostas obtidas, a distribuição indica que independentemente da sua relação com o agressor, a maioria das vítimas não apresentou queixa/denúncia. No entanto, nos casos dos agressores pertencentes à família nuclear (cônjuges e descendentes) e à rede de sociabilidade e vizinhança, a frequência de denúncia ou queixa foi mais reduzida do que noutros casos.

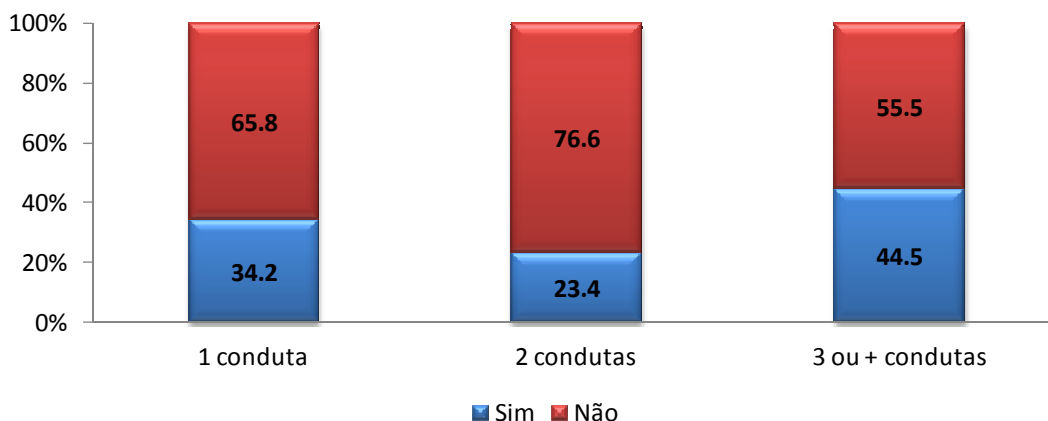
Gráfico 28. Apresentação de queixa/denúncia segundo o tipo de relação da vítima com o agressor



Nota: n=133; As porcentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

O gráfico que se segue (Gráfico 29) relaciona a apresentação de queixa/denúncia com o número de condutas a que as vítimas foram sujeitas. Ainda que não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas nesta relação, verificou-se como seria de esperar, que existe uma maior proporção de vítimas que sofreu de três ou mais condutas de violência a apresentar queixa/denúncia, em comparação com as vítimas sujeitas a uma ou duas condutas.

Gráfico 29. Apresentação de queixa/denúncia segundo o número de condutas a que a vítima foi sujeita

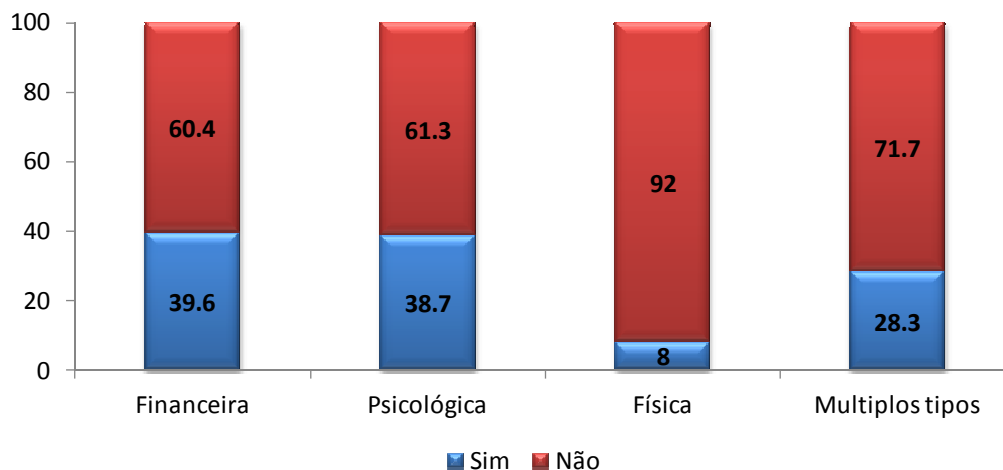


Nota: n=134; As porcentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

Relativamente aos fatores que poderão estar relacionados com o comportamento de procura de ajuda e de apresentação de queixa/denúncia por parte das vítimas, analisou-se adicionalmente se o tipo de violência poderia ser uma variável determinante nessa decisão. Embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas na frequência de queixa/denúncia entre tipos de violência, constatou-se que as vítimas de violência física eram aquelas que menos frequentemente apresentavam queixa/denúncia (8%). Estes resultados, podem ser indicativos da importância que outros fatores que não a “severidade” da violência, poderão ter na decisão de procurar ajuda por parte das vítimas.

Por um lado, a própria relação com o agressor poderá induzir à não apresentação de queixa, seja por proteção do agressor ou simplesmente, por medo. Neste caso é de notar que 56% das condutas de violência física foram da responsabilidade dos cônjuges/companheiros (atuais ou ex). Por outro lado, a perceção do que é “mais grave” pode variar entre as vítimas e as próprias condutas de violência física podem não ser sentidas ou percecionadas como tão graves como as de outros tipos de violência.

Gráfico 30. Apresentação da queixa/ denúncia segundo o tipo de violência a que a vítima foi sujeito



Nota: n=134; As percentagens apresentadas são estimativas ponderadas por região e ajustadas por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares.

As vítimas foram ainda questionadas sobre as instituições ou serviços que contactaram ou aos quais apresentaram queixa. Os resultados indicam que 20.7% das vítimas procurou as forças de segurança (PSP ou GNR) para denunciar a sua situação de vitimização e 7% partilhou a sua história de violência com a rede informal. Os profissionais de saúde constituíram também um grupo profissional a quem as vítimas recorreram. O Ministério Público, advogados e Segurança Social foram igualmente procurados, embora com menor frequência.

Quadro 88. Entidades contactadas pelas vítimas para a apresentação de queixa/denúncia

Entidades contactadas	n	Estimativas na população¶	
		\hat{p}	IC 95%
Forças de Segurança (PSP e GNR)	30	20.7	[12.8,31.7]
Rede informal (e.g. amigos, vizinhos e colegas de trabalho)	5	7.0	[2.7, 17.0]
Profissionais de saúde	7	4.5	[1.4, 13.2]
Ministério Público	5	3.5	[1.0, 11.9]
Advogados	1	1.4 [§]	[0.2, 9.7]
Segurança Social	1	0.2 [§]	[0.0, 1.5]

N=133; n= número de vítimas entrevistadas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares; § estimativa obtida com n<5.

5.5.1. Motivos para a não apresentação de queixa/denúncia

Também se questionou as vítimas que não apresentaram denúncia e/ou queixa sobre os motivos para não o fazerem: “*se nunca contactou nenhum serviço ou instituição qual a principal razão para não o fazer?*”.

Um dos principais motivos evocados pelas pessoas com 60+ anos, vítimas de violência foi o de considerar que o incidente era irrelevante (38.1%). Cerca de 10.5% considerou a importância da família e dos laços afetivos com o agressor como um dos motivos para a não apresentação de queixa. As vítimas indicaram com menor frequência o medo (de represálias ou de agravar a situação), o medo que ninguém acreditasse (5.9%) e a falta de informação relativa a quem recorrer (5.1%).

Destacam-se ainda outras razões como, a dependência financeira do agressor (3.2%), a vergonha (1.4%) e a tentativa do próprio em encontrar uma solução (1.4%).

Quadro 89. Motivos evocados para a não apresentação de queixa/ denúncia sobre a situação de violência

Motivo para não falar, contactar ou apresentar queixa*	n	Estimativas na população¶	
		\hat{p}	IC 95%
Irrelevância	35	38.1	[27.2,50.3]
Proteção do agressor e família	22	10.5	[5.7, 18.4]
Medo	11	5.9	[2.3, 14.2]
Falta de informação	5	5.1	[1.8, 13.8]
Dependência financeira	2	3.2 [§]	[0.7, 13.8]
Vergonha	4	1.6 [§]	[0.4,7.1]
A tentar solucionar	1	1.6 [§]	[0.2, 10.7]

N=133; *Respondente podia dar respostas múltiplas; n=número de vítimas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado); ¶ Resultado ponderado por região e ajustado por sexo e grupo etário para a população com 60+ anos residente em domicílios particulares; § estimativa obtida com n<5.

No quadro que se segue observa-se que dos motivos para a não apresentação de queixa/denúncia, a *vergonha* e a *falta de informação*, bem como a *proteção do agressor e da família*, foram sobretudo identificados pelas vítimas de múltiplos tipos de violência. Se, tal como na violência física, se poderia considerar que as vítimas de múltiplos tipos violência

poderiam estar mais aptas a denunciar a violência, por se tratar de uma situação à partida mais grave ou severa, os resultados sugerem que a relação com o agressor e a sua proteção são de grande relevância para a não apresentação de queixa ou denúncia.

O medo foi transversal aos vários tipos de violência, o que significa que as vítimas percecionam o medo como um fator central para a não apresentação da queixa. Curiosamente, a *irrelevância da violência* experienciada foi mais frequentemente evocada pelas vítimas de violência financeira e física, o que mais uma vez sugere que a perceção das vítimas sobre a gravidade ou severidade da situação que viveram poderá não corresponder ao que à partida seria entendido como mais grave, como seria a violência física face aos outros tipos de violência.

A dependência financeira parece ser de grande relevância para as vítimas de violência física, sendo esta maioritariamente exercida pelos cônjuges/companheiros corresponde assim a um aspeto presente, sobretudo, na violência conjugal.

Quadro 90. Motivos evocados para a não apresentação de denúncia/queixa segundo tipos de violência

Motivos*	Múltiplos tipos \hat{p}	Financeira \hat{p}	Psicológica \hat{p}	Física \hat{p}	Total %
Irrelevância	4.7	50.2	6.4	38.7	100
Proteção do agressor e família	52.1	15.3	13.5	19.1	100
Medo	25.5	21.7	14.9	37.9	100
Falta de informação	94.8	5.2	0.0	0.0	100
Dependência financeira	28.2	0.0	0.0	71.8	100
Vergonha	94.3	5.7	0.0	0.0	100
A tentar solucionar	100.0	0.0	0.0	0.0	100

*N=133; n=número de vítimas com respostas válidas; \hat{p} =percentagem estimada (valor ponderado);
Respondente podia dar respostas múltiplas

Em síntese, da análise relativa à apresentação de queixa/denúncia de situações de violência a terceiros sobressaem as seguintes conclusões:

Apenas 35% das pessoas com 60+ anos, vítimas de violência em Portugal, denunciou ou apresentou queixa sobre a situação de violência que viveu.

A não procura de ajuda face a uma situação de violência parece ser comum às diferentes categorias de agressores, indicando que na população com 60+ anos os sentimentos de inibição, vergonha ou tabus associados à violência foram transversais aos vários agressores.

O tipo de violência e o número de condutas experienciadas não surgiram como fatores determinantes do comportamento de procura de ajuda, o que poderá, por um lado, indicar que as vítimas não percebem a maior gravidade de acordo com número de condutas ou tipos de violência, que serão à partida mais graves ou severos (múltiplas condutas e violência física). Por outro lado, a relação com o agressor pode também influenciar o comportamento de denúncia/apresentação de queixa, pela tentativa de proteção daquele, mas também pelo medo de represálias ou dependência financeira.

Das vítimas que procuraram uma instituição ou serviço, a maioria dirigiu-se a uma força de segurança, como a GNR e a PSP, seguindo-se a rede informal, os serviços de saúde e outras instituições.

Dos principais motivos identificados pelas vítimas para a não denúncia destacam-se: *considerarem o incidente como sendo irrelevante (38.1%), a importância da família e os laços afetivos com o agressor (10.5%), o medo (5.9%) e a falta de informação (5.1%)*.

A vergonha, a proteção do agressor e da família, e a falta de informação foram os principais motivos alegados pelas vítimas de múltiplos tipos de violência para a não apresentação de denúncia.

Discussão dos resultados

I. Caracterização da população estudada

O estudo populacional sobre a violência proporcionou um retrato social da população portuguesa estudada, com 60+ mais anos. Composta, sobretudo, por mulheres mais de metade da população era casada ou vivia em união de facto, residia num núcleo familiar constituído, na maioria, por duas pessoas. Na globalidade estamos perante uma população pouco escolarizada, situação que se agudiza no caso da população feminina, ou seja, as mulheres eram menos escolarizadas que os homens (a proporção de mulheres sem escolaridade era três vezes maior que a dos homens). Estes últimos apresentavam maiores frequências em todos os níveis de escolaridade. A maioria da população encontrava-se em situação de reforma, tendo exercido no passado funções ligadas à indústria e aos serviços, e evidenciava poucos recursos económicos (cerca de 50% possui um rendimento inferior a 500 euros).

Cerca de metade da população estudada apresentou sintomas depressivos. Estes sintomas foram mais prevalentes no grupo feminino, nos segmentos dos profissionais executantes de baixo rendimento e nas domésticas. Os sintomas depressivos ocorriam também mais frequentemente entre a população com algum tipo de doença/ problema de saúde ou já em situação de incapacidade funcional. A doença física e a incapacidade surgiram associadas à idade avançada e conseqüentemente, às necessidades acrescidas de apoio por parte da rede informal e formal.

A família direta constitui o garante das solidariedades entre as várias gerações da população portuguesa, resultado que vai ao encontro de diferentes estudos, quer do papel que a família desempenha na redistribuição de recursos entre gerações (Aboim, Vasconcelos & Wall, 2013) ou em termos de solidariedade micro social (em situações de crise como, por exemplo, de doença crónica ou em final de vida) (Gil, 2010). A idade avançada, a doença e a incapacidade poderão ser motivos para a coabitação de pais com filhos, constituindo assim, uma forma de solidariedade entre gerações.

Concluiu-se que 70% da população, que necessitava de apoio nas atividades da vida diária, vivia em coabitação (cônjuge, filhos ou outros familiares). No entanto, se a coabitação evidenciava uma forma de solidariedade, os dados do estudo permitem também concluir que esta constitui um potencial fator para a ocorrência da violência. Facto que vai ao encontro da duplicidade da noção de coabitação reconhecida por Pitrou, Lesemann e Martin (1997); a coabitação familiar pode significar entreaajuda, mas simultaneamente, pode ser agressão e indiferença ao ir, por vezes, contra a norma da autonomia e do respeito entre gerações. A dependência progressiva e total dos familiares pode, segundo Pitrou e colaboradores (1997), gerar o risco de deterioração das relações familiares e, num caso mais extremo, desencadear situações de violência familiar.

Não se assume contudo um discurso generalista alicerçado na crise da família. O problema da violência contra as pessoas idosas reveste-se de especial preocupação social, não só pela dimensão do problema na população portuguesa, quanto comparado às estimativas

obtidas em termos europeus, como pelo retrato social que foi possível tecer em torno das vítimas.

II. Expressão do fenómeno da violência global na população estudada

No que diz respeito à expressão do fenómeno da violência global na população portuguesa estimou-se que 123 em cada 1000 pessoas com 60+ anos residentes em domicílios particulares, foram vítimas de alguma forma de violência num período de 12 meses. Esta estimativa pode ser considerada elevada quando comparada com a prevalência de violência global estimada noutros países para um período de 12 meses, que variou entre 2.2% para indivíduos com 65+ anos residentes na Irlanda (Naughton et al., 2010) e 18.4% para o mesmo grupo alvo, a residir em Israel (Lowenstein et al., 2009). Em Espanha estimou-se que 0.8% da população com 65+ anos é vítima de alguma forma de violência em contexto familiar, num período similar ao considerado (Marmolejo, 2008).

III. Grupos mais vulneráveis à violência global: fatores de risco

Como grupos mais vulneráveis à violência global, em contexto familiar, destacaram-se as mulheres, a população sem escolaridade, com idade mais avançada (80+ anos) e em situação de fragilidade física (doença e/ou incapacidade funcional).

Esta tipificação da vítima portuguesa vai ao encontro de alguns estudos, nomeadamente o estudo de O'Keeffe e colaboradores (2007) e o de Naughton e colaboradores (2010). O primeiro estudo citado conclui que as mulheres são mais frequentemente vítimas de violência global do que os homens (3.8% versus 1.1%). O estudo de O'Keeffe e colaboradores (2007) conclui também que a prevalência de violência aumenta com o declínio do estado de saúde, ou seja, a taxa de violência é maior entre a população com um estado de saúde mau ou muito mau, já com limitações funcionais e a sofrer de depressão. Por sua vez o estudo de Naughton e colaboradores (2010) também confirma que as mulheres reportam mais frequentemente violência do que os homens (2.4% versus 1.9%) e que a violência se acentua a partir dos 80 anos, em indivíduos com baixos níveis de escolaridade e em situação de fragilidade (física e mental).

Embora as mulheres tenham maior longevidade, quando comparadas com os homens, também reportam pior saúde subjetiva e mais doença crónica, estando mais sujeitas a perda de funcionalidade e capacidades por atingirem também idades mais avançadas (Fernandes, Perelman & Mateus, 2010). Estes factos refletem uma tendência demográfica da população portuguesa. Ainda que dos estudos revistos se conclua que as mulheres estão potencialmente em maior risco de serem vítimas de violência global (Marmolejo, 2008) ou de determinados tipos de violência (Laumann et al., 2008; O'Keeffe et al., 2007; Podnieks, 1993), não existe, contudo, um consenso relativamente ao género enquanto fator de risco. Alguns autores procuram explicar as diferenças de género observadas nos estudos através da diferença proporcional entre homens e mulheres a nível demográfico (Kosberg, 1988; em Crichton et al., 1999).

Uma conclusão que parece ser transversal aos vários estudos, diz respeito à idade da vítima, ou seja, a idade não é *per si* um fator de risco, mas poderá aumentar o risco de

violência quando associada a uma deterioração do estado de saúde e, conseqüentemente, ao aumento da incapacidade funcional. Estes resultados obtidos noutros estudos de prevalência podem ser integrados na tipologia de vítima proposta por Lachs e Pillemer (2004), em que a idade, o estado de saúde e o isolamento social surgiam frequentemente como *fatores de risco* já *consustanciados* e demonstrados com evidência empírica. De facto, a maior vulnerabilidade face à violência está associada às condições físicas e psicológicas das pessoas que envelhecem, que ficam mais suscetíveis a situações de dependência face à família e a outros, constituindo por isso um grupo de maior risco.

No presente estudo os resultados disponibilizados pela análise de regressão logística permitiram concluir que, comparando os indivíduos com idades entre 60 a 76 anos, verifica-se que o aumento de 1 ano de idade reduz a possibilidade de se ser vítima em cerca de 8%. Quando a idade é superior a 76 anos, o aumento de 1 ano de idade aumenta a possibilidade de se ser vítima em cerca de 10%.

Relativamente ao efeito da idade como fator de risco face à violência não há consenso nos estudos internacionais. O estudo de Laumann e colaboradores (2008) realizado nos EUA observou, para a violência verbal, uma diminuição de 2% na possibilidade de se ser vítima da violência por cada ano de aumento da idade. Outro estudo (Acierno et al., 2010) considera a idade como variável binária (<70 ou 70+) e concluiu que os idosos jovens (com idades compreendidas entre 60 e 69 anos) tinham acrescidas possibilidades de experienciarem violência física e psicológica. O estudo da prevalência realizado no Reino Unido (O’Keeffe et al., 2007) que não utiliza abordagens multivariadas na análise dos fatores de risco, apresenta alguma semelhança com os resultados obtidos em Portugal no que diz respeito às taxas de prevalência da violência global nos diferentes grupos etários. No Reino Unido observou-se um decréscimo da prevalência da violência para o grupo etário intermédio e um aumento considerável para o grupo etário mais velho. Contudo, o efeito da idade da vítima no fenómeno de ocorrência de violência requer investigação adicional.

Observou-se, também, que os indivíduos que necessitavam de ajuda nas AVD evidenciaram maior possibilidade de serem vítimas (2.19 vezes mais) comparativamente aos indivíduos independentes (considerados como grupo de referência). No entanto, a doença isoladamente não revelou significância estatística, ainda que claramente tenha figurado como um fator de confundimento dado que a incapacidade surge inevitavelmente associada à doença crónica.

Os resultados da análise de regressão logística permitiram também concluir que a escolaridade era um fator protetor da violência.

IV. Formas de violência mais frequentes em Portugal

As formas da violência mais frequentes em Portugal foram a financeira e a psicológica, cada com uma taxa de 6.3%.

As estimativas de violência financeira observadas por outros estudos de prevalência de base populacional oscilaram entre 0.2% para indivíduos com 65+ anos residentes em Espanha (Marmolejo, 2008) e 5.2% para indivíduos com 60+ anos residentes nos Estados Unidos da

América (Acierno et al., 2010). No que diz respeito à violência psicológica as prevalências estimadas para um período de 12 meses variaram entre 0.3% para indivíduos com 65+ anos residentes em Espanha (Marmolejo, 2008) e 9% para indivíduos com idades compreendidas entre os 57 e os 85 anos, residentes nos Estados Unidos da América (Lauman et al., 2008).

As elevadas prevalências obtidas no presente estudo para a violência financeira e para a violência psicológica podem resultar da profunda crise económica e social que o país atravessa e que coincidiu com o período da recolha de dados (2012).

V. Grupos mais vulneráveis à violência financeira e à violência psicológica

Os grupos específicos mais expostos à **violência financeira** foram os indivíduos com idade mais avançada (80+ anos), sem escolaridade e já em situação de vulnerabilidade física, nomeadamente com doença crónica, com incapacidade e a residir só.

Os grupos específicos mais expostos à **violência psicológica** foram as mulheres, os indivíduos dos grupos etários mais velhos (80+ anos) e dos mais jovens (60-69 anos) e que reportaram a presença de sintomas depressivos.

As duas formas de violência mais prevalentes identificadas no presente estudo vão ao encontro do que foi observado na Irlanda através do estudo de Naughton e colaboradores (2010), que estimaram prevalências de 1.3% para a violência financeira e de 1.2% para a violência psicológica. Este último estudo concluiu que a violência psicológica é, muitas vezes, acompanhada pela violência física (para a qual foi estimada uma prevalência de 0.5%).

No caso da violência financeira, o estudo inglês (O'Keeffe et al., 2007) concluiu que os homens com mais idade (85+ anos) estavam mais sujeitos e esta forma de violência do que os homens de grupos etários mais jovens. Já no caso das mulheres octogenárias, estas surgiram mais frequentemente como vítimas de negligência do que os homens.

A menor exposição à violência em grupos etários mais jovens não é corroborada pelo presente estudo, uma vez que se concluiu que a violência psicológica tanto atinge pessoas com idade avançada, como o grupo dos mais jovens (60 e os 69 anos). Este resultado vai ao encontro do estudo de Acierno et al. (2010) que concluiu que os grupos etários mais jovens apresentavam maior vulnerabilidade face à violência psicológica, física e sexual.

VI. Caracterização dos agressores nos diferentes tipos de violência (global, financeira e psicológica)

a) Relação da vítima com o agressor

Os resultados do presente estudo, bem como os dos estudos referidos, retratam provavelmente o que alguns autores denominam de violência conjugal envelhecida (Penhale, 2003; Straka & Montiminy, 2006), ou seja, a violência que se iniciou cedo na vida do casal e que perdura na idade avançada ou uma vivência de violência recente face a um novo relacionamento. No presente caso são vários os resultados indicativos da presença de violência conjugal envelhecida: a maior prevalência da violência física no grupo etário dos 60 aos 69

anos; o facto dos cônjuges, companheiros e ex-cônjuges serem os principais agressores na violência física e os segundos agressores mais comuns na violência psicológica. As diferentes configurações da violência contra as pessoas idosas têm de ser tidas em conta, dado que significam diferentes etiologias e dinâmicas na sua ocorrência.

O presente estudo revelou que foram os **outros familiares** os principais agressores tanto na *violência global* e na *violência psicológica*.

Esta categoria parece contemplar sobretudo familiares do mesmo grupo geracional (irmãs, irmãos, cunhados(as)). Contudo, os outros familiares também englobam gerações mais novas mais comuns na violência financeira e que podem incluir, por exemplo, sobrinhos. Assemelham-se, neste caso, aos descendentes que constituem os agressores mais frequentes na violência financeira. Podemos estar perante pessoas idosas sem família ou isoladas geograficamente, que recorrem à família alargada, que se encontrará mais próxima para o papel de cuidadores.

Em síntese, os principais autores de *violência financeira* foram os **descendentes** e os **outros familiares**. Neste tipo de violência existiu uma maior recusa em identificar o agressor, pelo que poderemos estar indiretamente perante uma subestimação do problema no diz respeito à identidade do agressor, perpetuando assim a crença de que da família não se faz queixa.

A *violência psicológica* foi cometida transversalmente no núcleo familiar, tendo-se destacado como principais agressores os **outros familiares** e os **cônjuges**.

A *violência física* insere-se na violência doméstica, sobretudo **conjugal** e **filial**, e na globalidade estamos perante uma forma reiterada de violência física.

b) Frequência de condutas de violência por tipo de agressor

A violência exercida por cônjuges/companheiros (atuais ou ex) das vítimas incluiu na sua maioria 2 ou mais condutas, ao contrário da violência perpetrada pela família ou rede social alargada que se apresentou, maioritariamente, sob a forma de atos isolados, que terão acontecido apenas uma vez ao longo de um ano. Estes dados indicam que a violência junto da família nuclear se caracterizou por uma maior durabilidade no tempo, pelo que a própria “dinâmica e história familiar” terão um importante papel. De facto, alguns autores, utilizando a abordagem sócio ecológica, têm vindo a alertar para a importância de se considerar a qualidade e o histórico das relações na ocorrência da violência (Fitzpatrick & Hamill, 2011). Já no caso da violência perpetrada pela família alargada e restantes membros da rede social informal, a sua ocorrência, predominante sob a forma de atos isolados, poderá estar relacionada com o aumento da vulnerabilidade associada ao envelhecimento.

Os resultados obtidos revelam que a violência em contexto familiar ocorreu no núcleo familiar direto e alargado, quer ela seja financeira, psicológica ou física. Tal prende-se com as configurações da família portuguesa, ainda caracterizada pela existência de relações entre o grupo nuclear e a família alargada, sobretudo com os parentes em linha vertical, e o

predomínio de um modelo mútuo de interajuda entre gerações (Aboim et al., 2013; Fernandes, 2004; Gil, 2010).

Os outros elementos da rede informal, nomeadamente o profissional remunerado foram identificados como agressores exclusivamente na violência financeira. Já os agressores amigos/ vizinhos foram mais identificados na violência psicológica, seguida da violência financeira e em menor frequência na violência física.

O tipo de relação entre vítima e agressor é o que emerge de mais díspar entre as conclusões do presente estudo e as obtidas por outros estudos. Nos estudos de prevalência revistos, os agressores são, maioritariamente, familiares diretos, particularmente parceiros(as), (conjugues ou companheiros) e filhos, existindo algumas especificidades de acordo com o tipo de violência. Os parceiros do sexo masculino são os principais agressores de violência física e a violência sexual (Lowenstein et al., 2009; O'Keeffe et al., 2007) e outros familiares foram identificados principalmente na violência financeira (Laumann et al., 2008; Lowenstein et al., 2009; Naughton et al., 2010). Assim, e ainda que os **outros familiares** também sejam reportados em estudos de prevalência internacionais, estes não representam usualmente os agressores mais frequentes (Lowenstein et al., 2009; Marmolejo, 2008; O'Keeffe et al., 2007; Podnieks, 1993). Todavia, vários estudos têm reportado outros elementos da rede social informal como agressores: os amigos, vizinhos, conhecidos (não familiares) e cuidadores formais.

c) Variáveis contextuais relacionadas com o agressor

A ocorrência da violência variou de acordo com o tipo avaliado, com as características da vítima e do agressor, bem como com variáveis contextuais. Na análise das características e aspetos contextuais do agressor responsável pelo ato de violência mais grave, segundo o tipo de relação entre vítima e agressor, tanto a coabitação como o isolamento social se diferenciaram significativamente ($p < 0.05$), evidenciando uma associação entre estes dois aspetos do agressor e o tipo de relação que este tem com a vítima.

Estes resultados remetem-nos para o quadro teórico que esteve na base da escolha dos eixos de análise; as condições de ocorrência da violência e os fatores associados, contemplados no modelo sócio ecológico.

Relativamente à vítima, as características sociodemográficas, como o sexo, a idade, o estatuto social (a ausência de escolaridade) e o estado de saúde (a doença, os sintomas depressivos e a incapacidade) são variáveis que claramente influenciam na ocorrência da violência. Em contrapartida, os traços do agressor variam de acordo com o tipo de violência. Da caracterização individual do agressor conclui-se que um terço destes tinha já anteriormente uma relação conflituosa com a vítima e perto de um quarto tinham também uma relação conflituosa com outros familiares.

Na *violência conjugal*, os agressores cônjuges (atuais ou ex companheiros) apresentavam mais frequentemente problemas de saúde, isolamento social e uma história de violência na infância. Ao passo que, os agressores descendentes, comparativamente aos outros agressores, apresentavam maiores comportamentos aditivos (toxicod dependência,

alcoolismos e/ou jogo) e problemas financeiros. Estes problemas, a par do conflito e da agressividade e de uma história de violência na infância, foram os mais frequentes entre os outros familiares.

Apesar de encontradas algumas tendências relativamente aos problemas de saúde mental, à dependência económica, aos problemas de relacionamento interpessoal, ao *stress* do cuidador e à transmissão geracional de comportamentos violentos, estes aspetos do agressor devem ser considerados como fatores plausíveis que necessitam de investigação adicional, não possibilitada pelo presente estudo devido ao reduzido número de agressores descritos pelas vítimas. Esta limitação foi igualmente referida por cinco estudos de prevalência de base populacional (Acierno et al., 2010; Lachs et al., 1997; Laumann et al., 2008; Lowenstein et al., 2009; O’Keeffe et al. 2007).

Os problemas de saúde mental do agressor, o abuso do consumo de álcool e de drogas e os problemas associados ao jogo constituem importantes fatores de risco que foram identificados em alguns estudos (Grande et al., 2000; Lowenstein et al., 2009; Naughton et al., 2010). Menos consensuais são os problemas comportamentais ao nível das relações interpessoais e/ou isolamento social, apesar de, em alguns estudos, se terem evidenciado como potenciais fatores de risco (Marmolejo, 2008; O’Keeffe et al., 2007).

O presente estudo evidenciou que os problemas de âmbito social (o isolamento, a doença, a conflitualidade) e económico (a dependência económica, o desemprego e a instabilidade económica) podem influenciar a dinâmica entre vítima e agressor.

VII. Variáveis contextuais relacionadas com a vítima

O estudo não produziu evidência sobre o papel desempenhado pelas redes sociais de suporte (informal e formal) como elementos protetores face à violência.

O sentimento de pertença social e de estar inserido num serviço de âmbito social/comunitário surge muitas vezes referido na literatura como um fator protetor face à ocorrência da violência. No entanto, na população estudada não se identificou uma associação significativa entre essas duas variáveis e a ocorrência da violência. Para a população utilizadora de serviços de apoio social foi estimada uma prevalência da violência global (12.9%) ligeiramente superior à da população que não frequentava serviços de apoio (11.7%). Neste sentido, a frequência de um serviço comunitário não é sinónimo de uma maior proteção, mas poderá ser um elemento importante no processo de encaminhamento e de ativação da denúncia.

VIII. Perceções coletivas da violência

Os mecanismos institucionais de proteção face à vítima e as perceções coletivas sobre o problema, no qual se incluem as crenças, as normas culturais e as atitudes sociais face à violência, a maior ou menor tolerância face à mesma, são dimensões estruturais que influenciam indiretamente no fenómeno.

Na população estudada, a percepção coletiva da violência contra as pessoas com 60+ anos é ainda muito construída em torno da violência física, perpetrada por cônjuges e filhos. Esta forma de violência tem uma maior visibilidade na sociedade portuguesa, devido ao combate em torno da violência contra as mulheres, realizado através de campanhas sobre o problema nos meios de comunicação social, que têm permitido uma maior sensibilização para a denúncia.

As percepções coletivas da violência constroem-se em torno da violência conjugal, traduzidas em agressões físicas e psicológicas, atos na sua maioria cometidos na esfera doméstica. Este facto foi analisado na fase exploratória do projeto, em que claramente se observou que existe um discurso mais objetivo sobre a eficácia da intervenção jurídico-legal no que respeita às vítimas de violência conjugal. Os resultados do *focus group*, compostos pela população em geral, revelaram ainda que a violência conjugal é moralmente menos reprovável que a violência perpetrada pelos filhos. No caso das vítimas de violência conjugal, o fenómeno é atualmente menos estigmatizado e mais facilmente denunciável.

As reduzidas taxas de prevalência obtidas no presente estudo para a negligência e para a violência sexual, podem traduzir a invisibilidade que estas duas formas de violência ainda possuem na sociedade portuguesa.

IX. Apresentação de queixa ou denúncia das situações de violência a terceiros

As pré-noções existentes sobre o papel da família e da obrigação familiar no cuidado aos mais velhos, as questões patrimoniais que se diluem na esfera familiar, bem como o tabu, ainda enraizado na sociedade portuguesa, de que da família não se faz queixa (crença que se agudiza no caso dos cônjuges e descendentes) estão intimamente associados ao reduzido número de vítimas que denunciam a sua situação de violência. Este facto remete-nos para a problemática da denúncia, relativamente à qual se estimou que somente um terço (35%) das pessoas com 60+ anos vítimas de violência em Portugal denunciou ou apresentou queixa sobre a situação de violência que viveu. Das vítimas que procuraram uma instituição ou serviço, a maioria dirigiu-se a uma força de segurança, como a GNR e a PSP, seguindo-se a rede informal, os serviços de saúde e outras instituições.

A não procura de ajuda face a uma situação de violência parece ser transversal às diferentes categorias de agressores, evidenciando sentimentos de inibição, vergonha ou tabus associados à violência.

O tipo de violência e o número de condutas experienciadas não surgiu como um fator determinante no comportamento de procura de ajuda, o que poderá indicar que as vítimas não percebem a maior gravidade de acordo com número de condutas ou tipos de violência, que serão à partida considerados como mais graves ou severos (múltiplas condutas e violência física).

Por outro lado, a relação com o agressor pode também influenciar o comportamento de denúncia/apresentação de queixa, não só pela tentativa de proteção daquele, mas também pelo medo de represálias ou pela dependência financeira que une vítima e agressor, ou vice-versa.

Como principais motivos identificados pelas vítimas para a não denúncia destacaram-se o considerarem o incidente como sendo irrelevante, a importância da família e os laços afetivos com o agressor, o medo e a falta de informação. Algumas destas motivações vão ao encontro do que é comum observar em situações de violência conjugal, nomeadamente contra mulheres idosas: a desesperança, a culpa, a vergonha e a proteção da família (Beaulaurier, Seff, Newman & Dunlop, 2007).

Limitações

Como limitações do presente estudo destacaram-se as seguintes. As estimativas foram calculadas com base em dados de autorrelato. Embora o estudo tenha sido realizado com base numa amostra aleatória de base populacional, há que referir os aspetos que poderão ter originado vieses sistemáticos de seleção e que por sua vez poderão ter contribuído para a subestimação do problema. Em primeiro lugar, e de acordo com os critérios de elegibilidade adotados, os indivíduos institucionalizados foram excluídos do estudo. Em segundo lugar, não foram considerados os indivíduos com problemas cognitivos e problemas de saúde graves (por ex. afásicos) impeditivos da sua participação. De facto a literatura sugere que estes grupos podem ser os mais vulneráveis face a violência.

A utilização do método de recolha dos dados via telefone poderá ter levado a uma subestimação da prevalência da violência, pois os indivíduos sem telefone fixo ou móvel foram à partida excluídos do estudo.

A dimensão da amostra foi adequada para estimar as taxas de prevalência. No entanto, as reduzidas taxas de prevalência obtidas para a violência física, sexual e negligência limitaram a análise estatística não permitindo assim obter estimativas da prevalência para grupos específicos da população.

O eventual desconhecimento da vítima sobre as características do agressor ou a inibição daquela face à caracterização conduziram à obtenção de uma elevada percentagem de respostas “Não sabe”; facto que limitou a análise estatística das associações entre as características do agressor e da vítima, bem como a análise estatística multivariada.

Capítulo IV: Estudo sobre vítimas de violência

Introdução

O estudo sobre vítimas de violência teve como objetivo identificar e caracterizar as situações de violência (física, psicológica, financeira, sexual e negligência) a que estão sujeitas as pessoas com 60 e mais anos, em contexto familiar, residentes em Portugal. A informação obtida permitiu caracterizar as vítimas e compreender mais aprofundadamente a natureza do problema.

O estudo de caracterização das vítimas de violência baseou-se num inquérito por questionário administrado presencialmente por técnicos às vítimas com 60+ anos, referenciadas pelas seguintes instituições parceiras: APAV; INMLCF, IP; ISS, IP e GNR.

Foram também desenvolvidos outros instrumentos complementares, cujos resultados se descrevem nos subcapítulos IV.2 e IV.3. No decorrer do trabalho desenvolvido com a APAV, e mais tarde junto das outras entidades parceiras, a equipa apercebeu-se de que muitas vítimas de violência com 60 e mais anos, não apresentam presencialmente queixa/denúncia, sendo o contacto realizado por telefone e/ou por terceiros. Esta constatação vai ao encontro da literatura que indica que muitas das vítimas de violência em contexto familiar nunca procuram serviços ou instituições para solicitar ajuda/apoio (Beaulaurier et al., 2007; WHO, 2001).

Neste sentido, a equipa optou por recolher também dados de contactos telefónicos do próprio ou de terceiros, tendo criado uma ficha de denúncia (Cf. Anexo H e Anexo I) que permitiu recolher informação síntese sobre a vítima (caracterização sociodemográfica), atos de violência (condutas e frequência) e agressor (tipo de relação, idade e fatores de risco). Esta ficha de denúncia inicialmente desenvolvida para a APAV foi posteriormente, adaptada para o trabalho da Linha Nacional de Emergência Social (LNES) do ISS, IP e para a GNR.

No início deste capítulo (Subcapítulo IV.1) são apresentados os resultados do inquérito presencial às vítimas de violência conduzido nas quatro entidades parceiras do projeto. Posteriormente e considerando a informação obtida dos restantes instrumentos incluem-se os resultados das fichas de denúncia obtidas pela APAV (Subcapítulo IV.2) e dos formulários decorrentes das perícias médico-legais do INMLCF, IP (Subcapítulo IV.3). Não se apresenta nenhuma análise da informação resultante dos restantes instrumentos, uma vez que não foram obtidas fichas válidas (e.g., com informação sobre a idade, com informação sobre os atos de violência) em número suficiente (n=1 para a GNR e n=0 ISS, IP) que justificasse uma análise de dados.

Dado que o fenómeno da violência comporta diversos atos cometidos em diferentes espaços e contextos por diferentes agressores, a estratégia de recolha de informação adotada, através de entidades públicas e organizações não-governamentais com objetivos e ações diferenciadas, potencia a multidimensionalidade da violência.

Subcapítulo IV.1: Inquérito presencial às vítimas

Neste subcapítulo iremos descrever os resultados do inquérito presencial conduzido junto de vítimas de alegada violência em contexto familiar que recorreram a, pelo menos, uma das entidades parceiras (APAV, INMLCF, IP, ISS, IP e GNR). A análise centrou-se em cinco tipos de violência: a física, a psicológica, a financeira, a sexual e a negligência, avaliadas através de 12 condutas específicas. Apresentam-se dados adicionais sobre o fenómeno, como por exemplo, as consequências da vitimização (sentimentos das vítimas face à situação de violência) e a apresentação das situações de negligência e violência a terceiros (apresentação de denúncia ou queixa a outras entidades).

De seguida passa-se a explicar a metodologia do estudo sobre vítimas de violência.

1. Metodologia

1.1. Desenho do estudo

O estudo desenvolvido no âmbito do Projeto “Envelhecimento e violência” foi do tipo descritivo, com recolha de dados através de questionário aplicado presencialmente.

A população-alvo foram as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes em Portugal há pelo menos 12 meses, em domicílios particulares, vítimas de alegada violência perpetrada por familiares, amigos, vizinhos, profissionais remunerados, em contexto familiar, referenciadas pelas seguintes instituições parceiras: APAV, INMLCF, IP, ISS, IP e GNR.

1.2. Amostragem

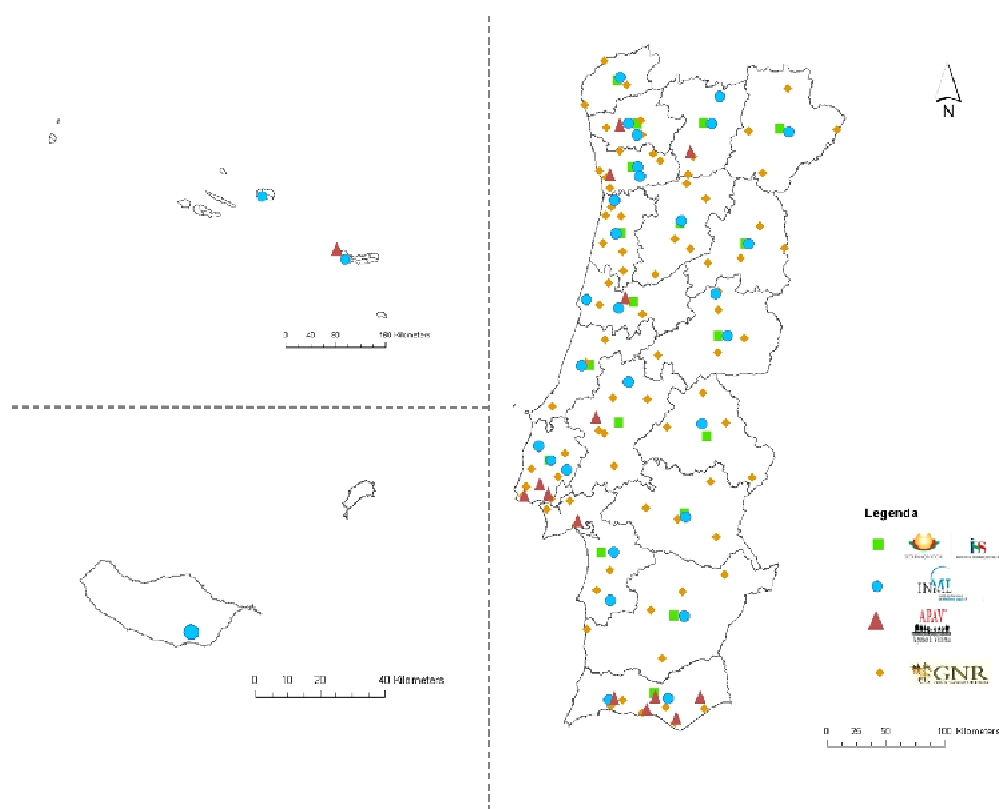
A amostra de estudo é não probabilística obtida através da sinalização de vítimas pelas diferentes entidades parceiras. Procurou-se identificar todos os casos incidentes de violência contra pessoas com 60+ anos, em contexto familiar, participadas nas entidades parceiras entre Novembro de 2011 e Março de 2013 (APAV e INMLCF, IP) e entre Março de 2012 e Março de 2013 (ISS, IP e GNR).

Foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade de indivíduos a entrevistar:

- Indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos;
- A residir em domicílios particulares em Portugal há pelo menos 12 meses;
- Vítimas de alegada violência perpetrada por familiares, amigos, vizinhos, pessoal remunerado, em contexto familiar.

O plano de amostragem de casos de vitimização foi desenhado para abranger o território de Portugal Continental, bem como as Regiões Autónomas (Açores e Madeira). Na figura seguinte apresenta-se a cobertura do território nacional, com diferenciação por entidade de recolha.

Figura 6. Locais de aplicação do questionário às vítimas



1.3. Instrumento

O questionário desenvolvido contemplou um bloco comum, de variáveis individuais e contextuais, ao instrumento utilizado no inquérito de prevalência (Cf. ponto 1.3. do Capítulo 3). Para além da avaliação das cinco dimensões da violência (psicológica, financeira, sexual, física e negligência), da sua frequência e da relação interpessoal do agressor com a vítima, o questionário incluiu a caracterização da vítima, do agressor e de aspetos contextuais de ocorrência da violência. O questionário contemplou ainda questões adicionais, como por exemplo, as consequências da vitimização (sentimentos das vítimas face à situação de violência) e a apresentação das situações de negligência e violência a terceiros (apresentação de denúncia ou queixa a outras entidades). Por último, e dado que os mesmos respondentes poderão contactar mais do que uma das entidades parceiras foi criada uma pergunta filtro que possibilitou despistar se a pessoa teria já respondido a um questionário similar noutra instituição.

1.3.1. Estrutura do questionário

O questionário era composto por questões, estruturadas de acordo com as áreas abaixo indicadas (Cf. Anexo C).

- i. Características sociodemográficas
- ii. Caracterização do agregado familiar
- iii. Caracterização do estado de saúde
- iv. Atividades da vida diária
- v. Experiências de violência

- vi. Caracterização das condições de ocorrência da negligência e violência
- vii. Apresentação das situações de negligência e violência a terceiros
- viii. Apoio social
- ix. Caracterização socioeconómica
- x. Participação em estudos semelhantes

Todas as entidades, com exceção do INMLCF, IP aplicaram o mesmo questionário, com variações nas questões relacionadas com a própria entidade (por ex.: se é a primeira vez que contacta a instituição). A única exceção já anteriormente descrita (Cf. Quadro 6 do Capítulo 3) referiu-se ao INMLCF, IP. Neste caso e dado que o questionário foi aplicado em contexto de perícia médico-legal, procedeu-se, em colaboração com o interlocutor, a uma redução do número de perguntas a constar no questionário final. Assim foram sintetizadas ou removidas as seguintes questões: identificação, nos casos de incapacidade funcional, da pessoa que ajuda nas AVDs; percepção do ato de violência mais grave e as razões para não denunciar a situação de violência (Cf. Anexo A).

No questionário foram utilizadas duas escalas já descritas no ponto 1.3. do Capítulo 3. Utilizou-se uma escala para a avaliação da incapacidade funcional, desenvolvida a partir da tipologia das atividades básicas da vida diária (AVD), (adaptada da escala de Katz, 1963 em Arrazola et al., 2001) e subdividida em atividades pessoais da vida diária (APVD) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Incluiu-se adicionalmente uma escala de sintomas depressivos constituída por 5 itens e que refletem sentimentos e comportamentos comuns nos casos de depressão geriátrica (Sheikh & Yesavage, 1986)¹⁹.

1.3.3. Outros instrumentos

No quadro seguinte apresenta-se a síntese dos instrumentos desenvolvidos para cada entidade parceira.

¹⁹ Para uma análise mais aprofundada do estudo exploratório de validação da escala de depressão geriátrica (GDS5) confrontar Anexo D.

Quadro 91. Síntese dos instrumentos desenvolvidos

	Parceiros	Instrumento	População-alvo
APAV	15 Gabinetes de Apoio à Vítima (GAV)	Questionário APAV	Pessoas com 60 e mais anos que recorram aos GAV da APAV
	15 GAV's	Ficha de denúncia	Pessoas (próprio ou terceiros) que contactem a APAV por telefone a denunciar uma situação de violência contra uma pessoa com 60 ou mais anos
Segurança Social	Centros distritais e serviços locais de atendimento (18)	Questionário ISS, IP	Pessoas com 60 e mais anos que recorram aos serviços locais de atendimento
	Linha Nacional de Emergência Social (LNES)	Ficha de denúncia	Pessoas (próprio ou terceiros) que contactem a LNES em situação de crise ou emergência ²⁰ a denunciarem uma situação de violência
	LNES	Ficha de ocorrência	Pessoas (próprio ou terceiros) que contactem a LNES sem requerer/necessitar intervenção da LNES (situação de ocorrência ²¹) e em que denunciam uma situação de violência
	LNES	Questionário SCMLX	Pessoas (próprio ou terceiros) que contactem a LNES sem requerer/necessitar intervenção da LNES, cujo encaminhamento passa pelos serviços da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e em que denunciam uma situação de violência
INMLCF, IP	Gabinetes e delegações do INMLCF, IP	Questionário INMLCF, IP	Pessoas com 60 e mais anos que sejam atendidas nos gabinetes dos INMLCF, IP para realizarem um exame pericial. O preenchimento do formulário é realizado pelo perito médico-legal.
	Gabinetes e delegações do INMLCF, IP e comarcas	Formulário	Pessoas com 60 e mais anos que sejam atendidas nos gabinetes dos INMLCF, IP para realizarem um exame pericial.
GNR	Comandos Territoriais (CTer), Núcleos de Investigação e Apoio de Vítimas Específicas (NIAVE) e Equipas de Investigação e Inquérito (EII)	Questionário GNR	Pessoas com 60 e mais anos vítimas de violência, que apresentem queixa nos postos da GNR
		Ficha de denúncia por terceiros	Terceiros que apresentem queixa nos postos da GNR sobre situações de violência

1.4. Trabalho de campo e formação

O trabalho de campo foi organizado em colaboração com os interlocutores-chave dos diferentes parceiros e ajustado para se adequar ao funcionamento específico de cada organização.

Em todas as entidades o inquérito decorreu no território nacional e os instrumentos foram aplicados por profissionais que integravam as organizações. No entanto, e dado que as organizações parceiras têm não só objetivos, locais e procedimentos de trabalho

²⁰ Crise: situação de grande vulnerabilidade e desproteção, resultante de não estarem asseguradas, a breve prazo, as condições mínimas de sobrevivência pelo que se impõe uma intervenção urgente encaminhamento para os Serviços Locais de Ação Social. Emergência: situação de grande vulnerabilidade e desproteção, resultante de não estarem asseguradas as condições mínimas de sobrevivência e que constituam um perigo real, atual ou iminente para a integridade física, psíquica e emocional do indivíduo/família, necessitando de intervenção imediata.

²¹ Ocorrência: situação que não possui critérios para ser definida como crise ou emergência, que não requer intervenção da Segurança Social e/ou requer encaminhamento para outro tipo de instituições.

diferenciados, como ocupam de forma distinta o território nacional, procurou-se adequar a formação e o trabalho de campo às especificidades de cada uma destas entidades. De notar também que os recursos disponíveis foram aspetos imprescindíveis a ter em consideração na organização do processo formativo nas quatro entidades parceiras. Os elementos alvo da formação (por ex.: todos os profissionais ou somente os interlocutores), o tempo disponível dos profissionais para formação (uma hora, uma tarde ou um dia) ou até o financiamento disponível para deslocações de formandos e formadores, foram alguns dos aspetos logísticos coordenados com as diferentes entidades e com implicações ao nível da organização da formação e, até mesmo, dos instrumentos de recolha de dados.

1.4.1. APAV

No caso da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) a aplicação do questionário decorreu entre Dezembro de 2011 a Março de 2013, e esteve a cargo dos Técnicos de Apoio à Vítima que colaboram com os quinze (15) Gabinetes de Apoio à Vítima da APAV. A formação dirigiu-se a interlocutores-chaves dos diferentes Gabinetes (gestores, assessores técnicos e voluntários) e decorreu nos 4 polos de formação da APAV com intuito de abranger todos os Gabinetes e, conseqüentemente, todo o território nacional. Os polos estão distribuídos regionalmente da seguinte forma: Norte (Polo de Formação do Porto) - que abrange o Gabinete de Apoio à Vítima de Braga, de Coimbra, do Porto, de Vila Real, e de Coimbra; Lisboa e Vale do Tejo (Polo de Formação de Lisboa) – que abarca o Gabinete de Apoio à Vítima de Cascais, de Lisboa, de Odivelas, de Santarém, e de Setúbal; Sul (Polo de Formação do Algarve) – que compreende o Gabinete de Apoio à Vítima de Albufeira, de Faro, de Loulé, de Tavira, e de Portimão; e Açores (Polo de Formação dos Açores) o qual pertence o Gabinete de Apoio à Vítima de Ponta Delgada. Foram organizadas quatro ações de formação entre Outubro e Novembro de 2011 dirigidas a 25 técnicos da APAV nos 4 polos de formação.

1.4.2. INMLCF, IP

No âmbito do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP a aplicação do questionário a pessoas com 60+ anos vítimas de violência decorreu entre o início de Dezembro de 2011 e o final de Março de 2013.

O questionário foi adaptado para ser aplicado pelos médicos no decorrer das perícias médico-legais, nos 31 gabinetes do INMLCF, IP existentes ao longo do país, aplicados por médicos ou profissionais do Serviço Social que exerciam funções naquela Instituição.

Neste caso foi realizada uma ação de sensibilização (Novembro de 2011) levada a cabo pelo interlocutor do projeto, também com base na ação de formação previamente definida.

1.4.3. ISS, IP

No Instituto da Segurança Social, IP a formação dos entrevistadores responsáveis pela aplicação do questionário às vítimas de violência, dirigiu-se aos técnicos de atendimento nos serviços locais dos 18 centros distritais da Segurança Social. O questionário foi adaptado para ser aplicado pelos técnicos dos serviços locais durante o início de Março de 2012 e o final de Março de 2013. Foi desenvolvida uma primeira ação de formação (Fevereiro de 2012) que contemplou 20 técnicos, interlocutores do projeto nos respetivos centros distritais, que posteriormente replicaram esta ação de formação nos 18 centros distritais. Assim o objetivo

primordial foi capacitar os interlocutores para posterior replicação da formação aos técnicos de atendimento nos serviços locais. Ocorreram ainda duas ações de formação dirigidas aos 12 técnicos da LNES, que decorreram em Fevereiro de 2012.

1.4.4. GNR

A Guarda Nacional Republicana foi a última entidade a integrar o projeto. Também neste caso, os aspetos logísticos e os recursos económicos limitaram o processo formativo dos agentes, que nos diferentes postos da GNR foram responsáveis pela administração do questionário a pessoas com 60 e mais anos vítimas de crime. O questionário foi aplicado entre o início de Março de 2012 e o final de Março de 2013. Para a GNR, a equipa central de investigação optou por filmar e realizar um DVD contendo a ação de formação. O DVD apresentava a ação de formação nos mesmos moldes e organização das ações realizadas de modo presencial.

1.4.5. Materiais de apoio

As várias ações de formação incidiram sobre o estudo, a composição e regras de preenchimento dos instrumentos, tendo também no caso da APAV e do ISS, IP uma componente prática de resolução de casos (*role play*). Juntamente com a ação de formação foram desenvolvidos materiais de apoio à formação e à aplicação dos questionários. Todas as entidades parceiras receberam assim, em formato digital ou em papel, o consentimento informado, os diapositivos da formação, os instrumentos e respetivos manuais de preenchimento. Com exceção do ISS, IP todas as entidades parceiras receberam um folheto informativo, que foi distribuído pelos profissionais a administrar o questionário, com uma explicação síntese sobre o projeto e a colaboração requerida.

No caso do ISS, IP foram ainda desenvolvidos diapositivos para a replicação da formação pelos interlocutores nos 18 centros distritais existentes ao longo do país, bem como uma súmula das condutas, tipificadas de acordo com o código penal português, das situações de violência e os trâmites legais para a apresentação da queixa. Outros materiais foram desenvolvidos no decorrer do trabalho com os interlocutores das entidades parceiras, tendo a equipa de investigação procurado responder às especificidades das diferentes organizações. Assim, por exemplo, no caso da APAV foi ainda desenvolvido um cartaz que foi afixado nas áreas de trabalho dos 15 gabinetes de apoio à vítima e o INMLCF, IP desenvolveu um *poster* informativo.

As várias entidades parceiras desempenham um papel estratégico no que toca à violência contra as pessoas idosas, proporcionando apoio social, psicológico ou jurídico (APAV e ISS, IP) ou intervindo diretamente no processo jurídico-legal através da receção de queixas (GNR) ou através da realização de perícias médico-legais (INMLCF, IP). Assim, para além do contacto privilegiado com os potenciais participantes, a experiência e conhecimento que estes profissionais possuem, foram também uma mais-valia para a abordagem aos participantes. A existência de uma relação prévia de confiança entre profissional/vítima contribuiu seguramente para minimizar o *stress*, ansiedade e o desconforto provocados por perguntas sobre as situações de vitimização vivenciadas. Por outro lado, os profissionais estavam

também, dado o seu trabalho no terreno, mais sensibilizados para abordar temas sensíveis e trabalhar com populações vulneráveis²².

Em seguida apresentamos um quadro síntese com o total de ações ministradas bem como o material concebido para o efeito.

Quadro 92. Síntese das formações e materiais desenvolvidos

Parceiros		Formação	Material desenvolvido
APAV	15 Gabinetes de Apoio à Vítima (GAV)	4 Ações de Formação a 25 técnicos de apoio à vítima entre Outubro e Novembro de 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário e ficha de denúncia • Manual de regras de preenchimento do Questionário • Manual de regras de preenchimento da Ficha de denúncia • Consentimento • Folheto • Cartaz • Diapositivos de formação • Ficha de avaliação da formação • Casos práticos (<i>role-play</i>)
Segurança Social	Centros distritais e serviços locais de atendimento e LNES	1 Ação de formação a 20 interlocutores do projeto nos centros distritais 2 Ações de formação aos técnicos do LNES em Fevereiro de 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário (leitura ótica) • Manual de regras de preenchimento do Questionário • Diapositivos de formação • Diapositivos para a replicação da formação • Súmula das condutas tipificadas • Ficha de denúncia - Base de dados e formulário ACCESS • Ficha de ocorrência • Questionário SCMLX • Manual de regras de preenchimento da ficha de denúncia, ficha de ocorrência e do questionário SCMLX • Diapositivos de formação
INMLCF, IP	Gabinetes e delegações do INMLCF, IP e comarcas	1 Ação de sensibilização pelo interlocutor do projeto em Novembro de 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário INMLCF, IP • Formulário • Regras de preenchimento INMLCF, IP • Diapositivos de apresentação do projeto • Poster • Folheto
GNR	Comandos Territoriais (CTer), Núcleos de Investigação e Apoio de Vítimas Específicas (NIAVE) e Equipas de Investigação e Inquérito (EII)	DVD de formação para os agentes que irão aplicar os instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário (leitura ótica) • Ficha de denúncia por terceiros • Manual de regras de preenchimento do questionário e da ficha de denúncia • Vídeo de formação

²² Para uma análise mais aprofundada ver capítulo do livro: Gil, A. P., Santos, A. J. & Santos, C. (2013). Ethical and methodological issues in violence against elderly people in Portugal: an intersection between sociological and epidemiological research. In I. Paoletti, M. I. Tomás & F. Menéndez (2013), *Practices of Ethics: An Empirical Approach to Ethics in Social Sciences Research*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.

1.5. Validação dos dados

Entre Novembro de 2011 e Abril de 2013 foram rececionados 552 questionários aplicados pelas entidades-parceiras do projeto. Os dados recolhidos em suporte de papel foram inseridos numa base de dados construída no programa Stata 11. A base de dados foi submetida a um processo de verificação e de validação da congruência. Procedeu-se à verificação dos critérios de elegibilidade dos casos, bem como a uma análise descritiva para a verificação, confirmação e correção de valores não admissíveis. Para as variáveis categóricas foram calculadas frequências absolutas e relativas. Para as variáveis quantitativas foram calculadas as médias, valor mínimo e valor máximo, e desvio padrão. Numa segunda fase, procedeu-se ao cruzamento de algumas variáveis de forma a identificar possíveis incongruências.

No final do processo de validação das respostas, dos 552 questionários rececionados foram excluídos da análise 38 por revelarem uma elevada percentagem de valores omissos (não resposta) ou por não cumprirem um dos 3 critérios de elegibilidade:

1. Indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos de idade;
2. A residir em domicílios particulares em Portugal há pelo menos 12 meses;
3. Vitimas de alegada violência perpetrada por familiares, amigos, vizinhos e profissionais remunerados em contexto familiar.

Em 4 situações foi registado uma duplicação de questionários (várias entidades aplicaram o questionário à mesma pessoa). Nestes casos optou-se considerar como válido o primeiro questionário aplicado, de acordo com a data da aplicação, e excluíram-se os questionários duplicados.

O Quadro 93 apresenta distribuição dos questionários válidos por instituição parceira.

Quadro 93. Distribuição dos questionários por instituição de recolha dos dados

Instituição	n	%
APAV	53	10.4
INMLCF,IP	252	49.4
ISS,IP	72	14.1
GNR	133	26.1
Total	510	100

1.6. Tratamento de dados e análise estatística

Dado que as variáveis recolhidas são na sua maioria categoriais a análise estatística centrou-se no cálculo das frequências relativas apresentadas na forma de percentagem. Para as variáveis numéricas foram calculadas medidas de tendência central e de dispersão.

Tal como já referido no ponto 1.3. do capítulo III procedeu-se à recodificação de algumas variáveis (idade, estado civil, escolaridade, situação perante a profissão e profissão dos inquiridos), à categorização da resposta aberta sobre as doenças crónicas de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Morte, 9ª Revisão (Cf. Anexo F) e à criação de indicador de tipologia socioeconómica e profissional (Cf. Anexo G).

Para testar a associação entre as variáveis categóricas foi utilizado teste do qui-quadrado de Pearson.

Com o objetivo de verificar quais os fatores que, de uma forma independente, mais contribuem para a ocorrência dos diferentes tipos de violência recorreu-se à regressão logística e ao cálculo de razões de possibilidades, mais conhecidas como “*odds ratio*” (OR). Para a seleção das variáveis foi adotada a estratégia descrita por Hosmer & Lemeshow (2000). Os pressupostos de modelo foram verificados recorrendo a métodos gráficos e analíticos.

Com base no modelo socio-ecológico, foram analisados 3 grupos de fatores: os relacionados com a vítima, com o agressor e por último, com o contexto social.

Numa primeira fase, identificaram-se as variáveis que na análise bivariada revelaram uma associação estatisticamente significativa com a ocorrência da violência, considerando o nível de significância de 20% (ou seja $p < 0.2$). Esta identificação levou à integração no modelo de regressão logística das variáveis sexo, escolaridade, apoio social, frequência dos serviços de apoio, coabitação com o agressor, relação conflituosa com o agressor e dependência financeira do agressor. Adicionalmente integrou-se no modelo a variável idade, que não satisfaz o critério do nível de significância, mas que constitui, de ponto de vista teórico, um fator importante.

Numa segunda fase, recorrendo o método *backward elimination*, foram retiradas do modelo ajustado as variáveis que não revelaram a significância estatística ao nível de 5%. No entanto e apesar de não revelarem significância estatística, optou-se por não retirar do modelo as variáveis sexo da vítima, relação da vítima com o agressor e idade da vítima, devido à importância atribuída a estes fatores na literatura (e.g., Pillemer, 2004; O’Keeffe, et.al. 2007; Naughton et.al. 2010) e ao facto da remoção destas variáveis provocar alteração dos valores estimados de OR.

O nível de significância dos testes foi estabelecido em 5%.

O tratamento e a análise estatística foram desenvolvidos com recurso aos programas Stata e Excel.

1.7. Aspectos éticos e deontológicos

No presente estudo as questões decorrentes da condição dos indivíduos participantes, bem como os aspetos associados à obtenção do consentimento informado e garantia de confidencialidade, constituíram algumas das preocupações da equipa. Nesse sentido, a submissão do protocolo científico do estudo, e respetivo pedido, à Comissão de Ética do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) foi efetuado em Maio de 2011, tendo a sua aprovação sido obtida em Janeiro de 2012.

Por se tratar de um estudo que envolve a recolha de dados pessoais sensíveis, foi ainda solicitada autorização para a sua realização à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD). O pedido foi submetido em Julho de 2011 e autorizado em Novembro de 2011.

2. Apresentação dos resultados

2.1. Caracterização sociodemográfica dos respondentes

2.1.1. Sexo, grupos etários e região de residência

No Quadro 94 apresenta-se a estrutura etária da amostra combinada e a distribuição dos respondentes segundo o sexo. Verifica-se que 76.1% eram mulheres e 23.9% homens.

A idade dos respondentes variou entre os 60 e os 95 anos, sendo a idade média de 70.7 anos (desvio padrão=7.6). Se relacionarmos a idade com o sexo conclui-se que a idade média dos homens foi de 71.5 anos e a das mulheres foi de 70.5 anos. De igual modo, constatou-se que na amostra existiu uma predominância dos indivíduos dos grupos etários mais jovens, ou seja entre os 60 e os 69 anos.

Quadro 94. Distribuição dos respondentes segundo o sexo e os grupos etários

	N	%
Sexo (N=510)		
Masculino	122	23.9
Feminino	388	76.1
Grupos etários (N=510)		
60-69anos	254	49.8
70-79anos	180	35.3
80+ anos	76	14.9

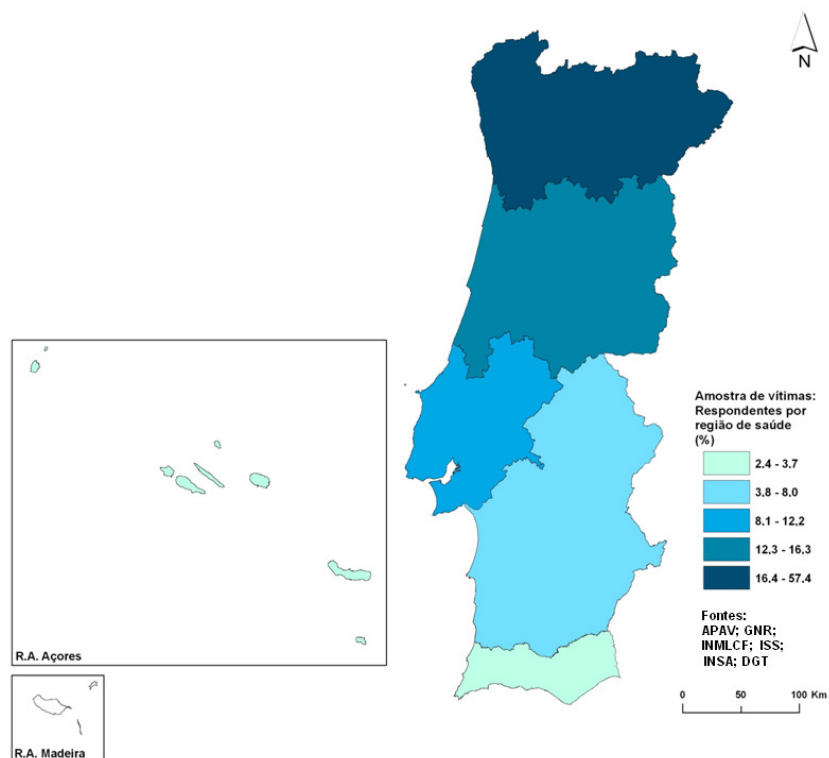
Quando se analisa a distribuição da amostra por região concluiu-se que 57.4% dos respondentes eram oriundos da região Norte, 16.3% da região Centro e 12.2% da região LVT.

Quadro 95. Distribuição dos respondentes por Região

Região (N=510)	N	%
Norte	293	57.4
Centro	83	16.3
Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	62	12.2
Alentejo	41	8.0
Algarve	12	2.4
RA: Madeira	-	-
RA: Açores	19	3.7

Registou-se um menor número de respondentes na região do Algarve (2.4%) e na região Autónoma dos Açores (3.7%), não tendo sido aplicados questionários na região da Madeira.

Figura 7. Distribuição do número de questionários recolhidos ao longo do país



2.1.2. Estado civil

Relativamente ao estado civil²³ constatou-se que 61.5% dos respondentes eram casados ou viviam em união de facto, 23.9% eram viúvos, 3.0% eram solteiros e 11.6% estavam divorciados/ou separados (Quadro 96).

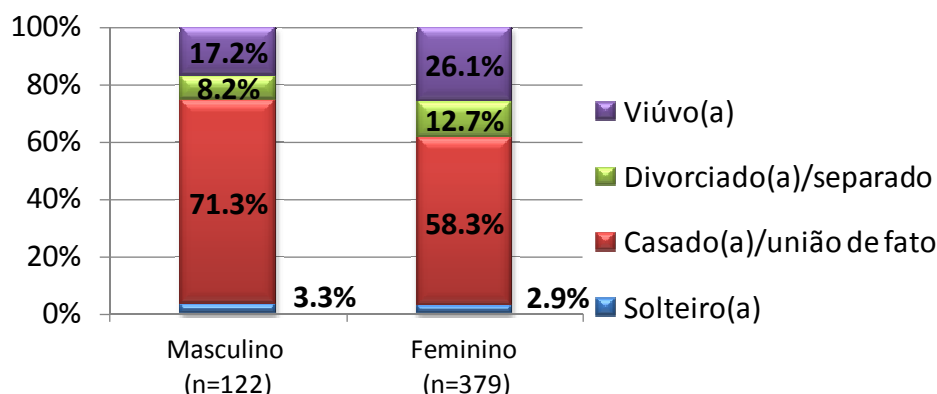
Quadro 96. Distribuição das vítimas segundo o estado civil

Estado civil (N=501)	n	%
Solteiro	15	3.0
Casado/união de facto	308	61.5
Divorciado/separado	58	11.6
Viúvo	120	23.9
Sem informação	9	1.8

O gráfico 31 apresenta a distribuição dos respondentes segundo o estado civil, desagregada por sexo. Da análise observa-se que a proporção dos indivíduos casados era superior nos homens comparativamente às mulheres. Em contrapartida, a proporção de viúvas e de divorciadas era superior nas mulheres, com 26.1% e 12.7%, respetivamente. No entanto, a análise desagregada por sexo não revelou diferenças com significado estatístico na distribuição percentual dos respondentes segundo o estado civil.

²³ Devido ao baixo número de respostas, a categoria “União de fato” (n=5) foi agrupada com a categoria “Casado” e a categoria “Separado” (n=7) foi agrupada com a categoria “Divorciado”.

Gráfico 31. Distribuição dos respondentes segundo estado civil, desagregada por sexo



2.1.3. Agregados familiares

Procede-se de seguida à caracterização dos agregados domésticos, relativamente à sua dimensão, ou seja, ao número de pessoas que fazem parte do agregado e respetiva composição²⁴.

A dimensão dos agregados familiares na amostra variou entre 1 a 8 pessoas. A estimativa obtida para a dimensão média do agregado foi de 2.39 pessoas. Mais de metade dos respondentes (57.2%) vivia num agregado constituído por 2 elementos. As famílias unipessoais correspondiam a 10.6% e as famílias numerosas (com 5 ou mais elementos) a 4.3%. (Quadro 97).

Quadro 97. Dimensão dos agregados familiares

Dimensão do agregado familiar (N=510)	n	%
1 pessoa	54	10.6
2 pessoas	292	57.2
3 pessoas	108	21.2
4 pessoas	34	6.7
5 ou mais pessoas	22	4.3

Conforme explicitado no Quadro 98, a maioria dos inquiridos (75.7%) vivia num núcleo familiar (casado/união de facto; monoparental; com filhos não casados), 12.7% residia com familiares e 10.6% vivia só.

Quadro 98. Distribuição dos respondentes segundo o tipo da família

Tipo da família (N=510)	n	%
Unipessoal	54	10.6
Núcleo familiar	386	75.7
Com familiares	65	12.7
Com não familiares	5	1.0

²⁴ A definição de núcleo familiar do INE utilizada encontra-se descrita no ponto 5.1.3 do Capítulo III.

2.2. Caracterização socioeconómica

No presente ponto caracteriza-se a amostra de acordo com as habilitações literárias, a situação perante o trabalho e a profissão. Com base nesta caracterização complementada pela variável rendimento, foi construída uma tipologia socioeconómica (Cf. Anexo G).

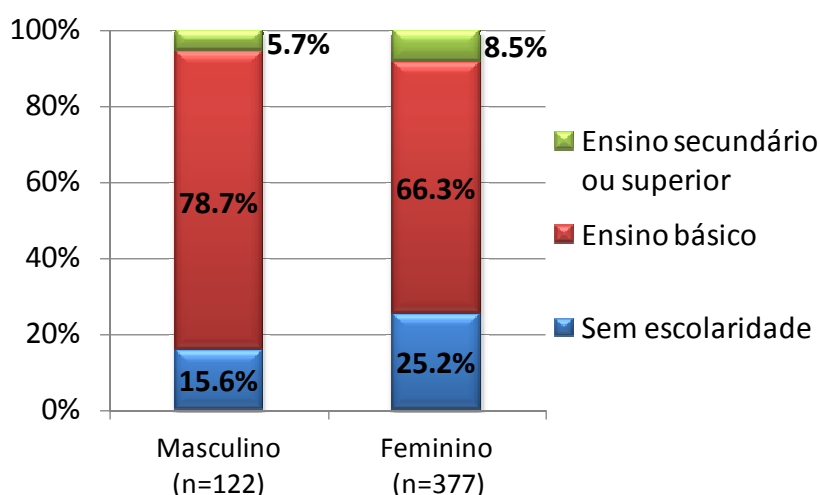
Relativamente às **habilitações literárias** a maioria dos respondentes frequentou o 1º ciclo (65.7%) do ensino básico, seguindo-se o grupo dos respondentes sem escolaridade (22.9%). Os inquiridos com ensino superior ou ensino secundário representavam 7.8%.

Quadro 99. Distribuição dos respondentes segundo o nível de ensino frequentado

Habilitações literárias (N=499)	n	%
Sem escolaridade	114	22.9
1º ciclo de ensino básico	315	65.7
2º ou 3º ciclo ensino básico	31	6.2
Ensino Secundário ou Superior	39	7.8
Sem informação	11	2.2

Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p=0.036$) na distribuição percentual dos indivíduos do sexo feminino por nível de escolaridade comparativamente aos indivíduos do sexo masculino: a proporção das mulheres sem escolaridade era superior à proporção dos homens com o mesmo nível de habilitações. Adicionalmente observou-se uma maior percentagem de mulheres mais qualificadas, com ensino secundário ou superior, comparativamente aos homens. (Gráfico 32).

Gráfico 32. Distribuição dos respondentes segundo o nível de ensino frequentado por sexo



No que respeita à **situação perante o trabalho** (Quadro 100) a maioria dos respondentes encontrava-se em situação de reforma (78.8%) e 3.2% eram reformados por invalidez. O segundo maior segmento da amostra era constituído por domésticas (os) (11.9%) e 4.3% dos indivíduos mantinha um trabalho renumerado. Uma ínfima percentagem dos respondentes (1.8%) declarou estar desempregado.

Quadro 100. Distribuição dos respondentes segundo a situação atual perante o trabalho

Situação atual perante o trabalho (N=506)	n	%
Trabalho renumerado	22	4.3
Desempregado	9	1.8
Reformado	399	78.8
Reformado por invalidez	16	3.2
Doméstico(a)	60	11.9
Sem informação	4	0.8

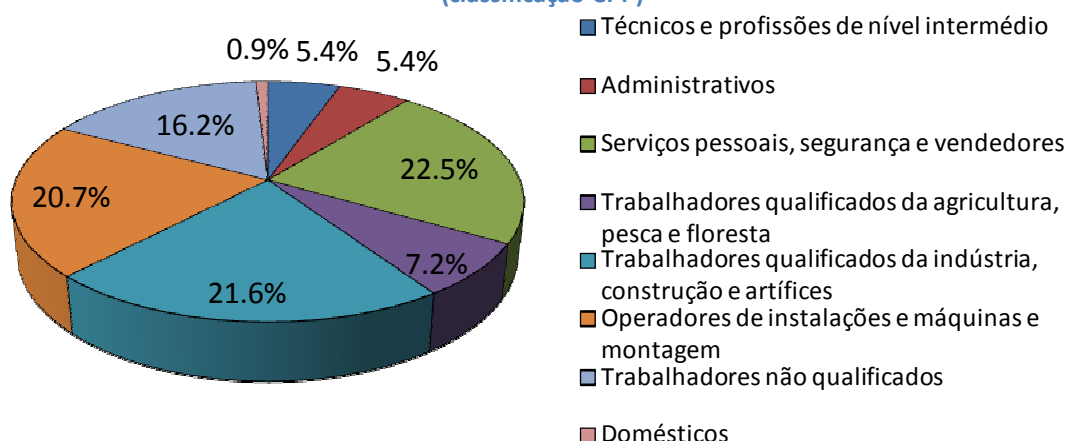
Com base nas perguntas sobre a profissão e a situação perante a profissão, os respondentes foram classificados de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP) de 2010 em 10 grandes grupos. Tendo em conta o elevado número de elementos do sexo feminino sem profissão definida (domésticas que nunca exerceram uma profissão) nesta análise considerou-se pertinente incluir as domésticas na classificação como um grupo adicional. Globalmente predominaram os trabalhadores não qualificados e as domésticas.

Quadro 101. Distribuição das participantes segundo a profissão (classificação CPP)

Profissão (N=469)	n	%
Dirigentes/diretores	1	0.2
Especialistas das atividades intelectuais	16	3.4
Técnicos e profissões de nível intermédio	9	1.9
Administrativos	23	4.9
Serviços pessoais, segurança e vendedores	58	12.4
Trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta	30	6.4
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	50	10.7
Operadores de instalações e máquinas e montagem	74	15.8
Trabalhadores não qualificados	111	23.7
Forças armadas	-	-
Domésticos(as)	97	20.7
Sem informação	41	8.0

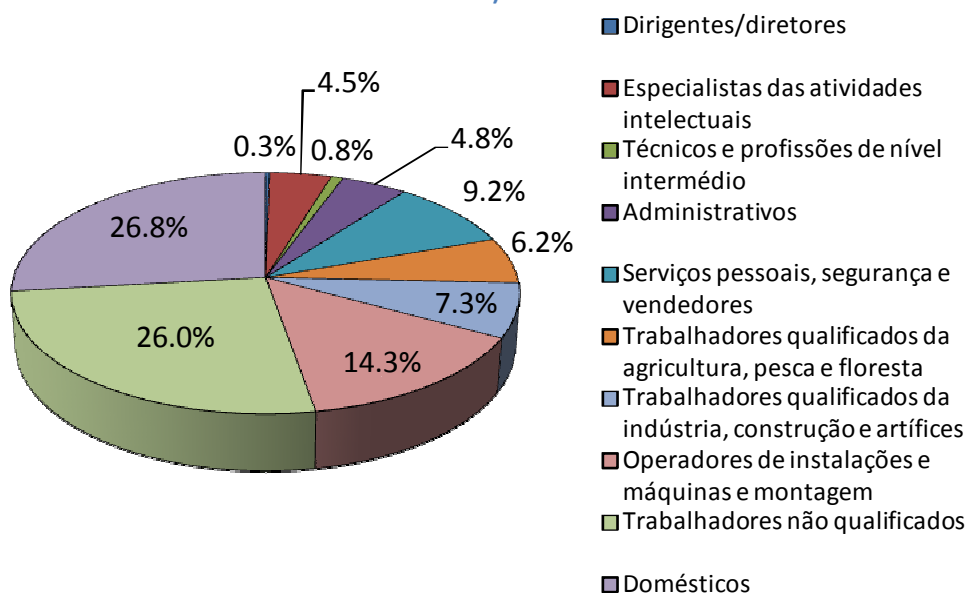
A análise desagregada por sexo revelou algumas diferenças na distribuição da amostra pelos grupos das profissões. Para os indivíduos do sexo masculino (Gráfico 33) destacam-se 4 grandes grupos de profissões: “serviços pessoais, de segurança e vendedores” (22.5%); “trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices” (21.6%); “operadores de instalações e máquinas e montagem” (20.7%) e “trabalhadores não qualificados” (16.2%).

Gráfico 33. Distribuição das participantes do sexo masculino (n=111) segundo a profissão (classificação CPP)



Na subamostra feminina (Gráfico 34) os grupos predominantes foram os "trabalhadores não qualificados" e as "domésticas", com 26.8% e 26.0%, respetivamente.

Gráfico 34. Distribuição das participantes do sexo feminino (n=358) segundo a profissão (classificação CPP)



Em suma, se compararmos homens e mulheres é importante referir que os indivíduos do sexo masculino exerceram no passado funções mais técnicas e por isso, mais qualificantes, comparativamente aos indivíduos do sexo feminino.

No que respeita à **situação perante a profissão** a maioria dos respondentes (61.2%) referiu que trabalha ou trabalhou por conta de outrem. Em contrapartida, somente 11.2% dos participantes tinha exercido uma atividade profissional por conta própria. Destaca-se ainda a categoria "domésticas" com 18.8%. Com menor expressão na amostra surgiram os "Patrões/Empregadores/Empresários" e os "Trabalhadores familiares não renumerados", com 6.5% e 2.3% respetivamente (Quadro 102).

Quadro 102. Distribuição dos respondentes segundo a situação na profissão

Situação perante a profissão (N=474)	N	%
Patrão/Empregador/Empresário	31	6.5
Trabalhador por conta própria	53	11.2
Trabalhador por conta de outrem	290	61.2
Trabalhador familiar não remunerado Doméstica(o)	11	2.3
	89	18.8
Sem informação	36	7.1

Relativamente ao **rendimento**²⁵ conclui-se que dois terços dos respondentes auferia um rendimento baixo (até 500 euros) e 4.1% não auferia qualquer rendimento. Apenas uma minoria (5.9%) possuía um rendimento superior a 1000€.

Quadro 103. Distribuição dos respondentes segundo o escalão do rendimento

Rendimento (N=506)	N	%
Não auferir qualquer rendimento	21	4.1
Até 500 €	335	65.7
De 501€ a 1000€	86	16.9
De 1001€ a 1500€	21	4.1
Mais de 1500€	9	1.8
Recusa identificar o rendimento	32	7.4
Sem informação	4	0.8

No que concerne ao **regime de ocupação da habitação**, verificou-se que 66.8% dos respondentes residia em casa própria, 17.2% em casas arrendadas/alugadas, 8.2% em casas dos familiares e 5.6% em habitação social (Quadro 104).

Quadro 104. Distribuição dos respondentes segundo o regime de ocupação da habitação

Regime de ocupação de habitação (N=501)	N	%
Casa arrendada	86	17.2
Habitação social	28	5.6
Casa própria	335	66.8
Casa de familiares	41	8.2
Casa de outras pessoas	10	2
Quarto arrendado	1	0.2
Sem informação	9	1.8

A partir da profissão e situação na profissão foi obtido o indicador socioprofissional individual de classe (ISPI).

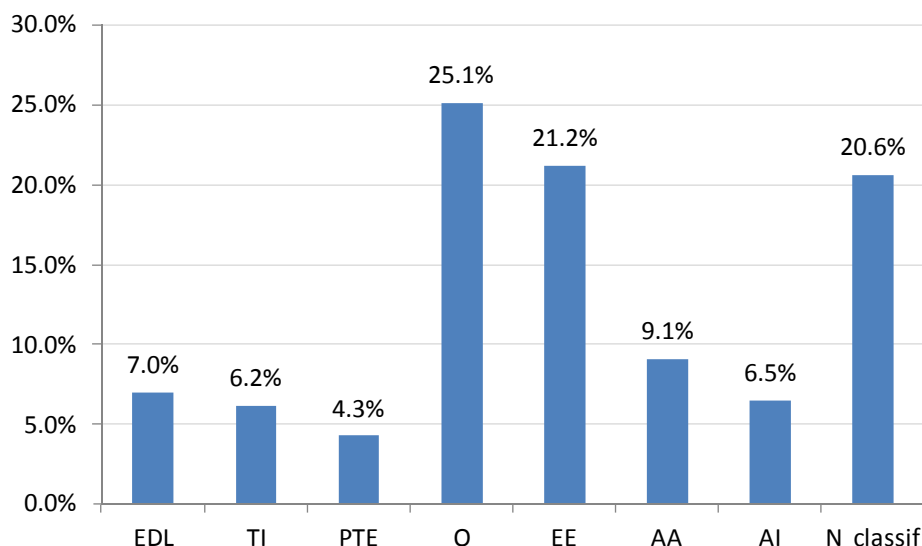
Constatou-se na amostra um predomínio dos operários - O (25.1%), empregados executantes – EE (21.2%) e as domésticas – N classif (20.6%)²⁶. Em menor percentagem surgem

²⁵ Devido à utilização de diferentes escalões de rendimento, para a análise combinada foram consideradas as seguintes categorias: "Não auferir qualquer rendimento", "Até 500 €", "De 501€ a 1000€", "Mais de 1500€" e "Recusa identificar o rendimento".

²⁶ No presente estudo optou-se por incluir as domésticas como uma classe adicional do ISPI (codificada sob a designação N classif.) dado tratar-se de uma categoria com alguma representatividade na população analisada.

os assalariados agrícolas – AA (9.1%), dirigentes e profissionais liberais – EDL (7.0%), os agricultores independentes –AI (6.5%), trabalhadores independentes – TI (6.2%), dos profissionais técnicos e de enquadramento – PTE (4.3%) (Gráfico 35).

Gráfico 35. Indicador socioprofissional individual de classe (ISPI)



Como foi explicitado anteriormente na metodologia, com base nas perguntas sobre a profissão, a situação perante a profissão, as habilitações literárias e o rendimento, foi construída uma tipologia socioeconómica e profissional que conduziu à identificação de quatro segmentos/grupos de sujeitos (Cf. Anexo G):

1) Profissionais executantes de baixo rendimento

2) Profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto

3) Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto

4) Domésticas

A leitura do quadro 105 permite constatar que maioria dos respondentes pertencia ao segmento “Profissionais executantes de baixo rendimento” (67.2%). Com menores frequências surgiram os segmentos “Domésticas (os)” (18.8%) e os “Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto” (11.3%). O segmento dos “Profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto” representou somente (2.7%) da amostra.

Constatou-se que a percentagem dos “profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto” na subamostra masculina foi três vezes maior comparativamente à subamostra feminina: 23.4% vs. 7.3%. O segmento de “Domésticas (os)” tem uma representatividade de 24.5% na subamostra feminina e de 0.9% na subamostra masculina. É de notar ainda que o segmento de “Profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto” foi representado exclusivamente pelos respondentes do sexo feminino.

Quadro 105. Distribuição dos respondentes por segmentos socioeconómicos e profissionais

Tipologia socioeconómica e profissional (N=442)	n	%
Profissionais executantes de baixo rendimento	297	67.2
Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto	50	11.3
Profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto	12	2.7
Domésticas (os)	83	18.8
Sem informação	68	13.3%

Em síntese, da caracterização sociodemográfica da amostra de vítimas ressaltaram os seguintes aspetos:

- Predominavam as mulheres e o grupo etário dos 60 aos 69 anos;
- Mais de metade dos participantes era casada e residia em núcleo familiar composto sobretudo por duas pessoas;
- A maioria frequentou o ensino básico ou não tinha escolaridade;
- A maioria dos respondentes encontrava-se em situação de reforma e auferia um rendimento baixo (até 500 euros);
- Predominavam os profissionais executantes de baixo rendimento, nos quais se incluíam os indivíduos com profissões pouco qualificadas, que trabalhavam ou tinham trabalhado por conta de outrem e por conta própria, cuja escolaridade era reduzida e auferiam de um baixo rendimento.

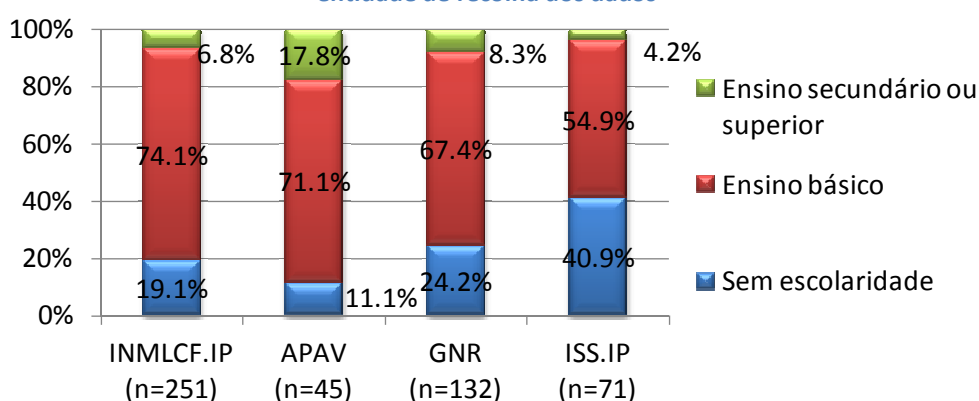
2.3. Comparação de perfis sociodemográficos dos respondentes entre instituições

No âmbito do presente estudo considerou-se pertinente explorar a existência de diferenças no perfil sociodemográfico das vítimas recrutadas pelas diferentes entidades parceiras do projeto. Foram desenvolvidas comparações por sexo, grupo etário, estado civil e nível de ensino frequentado.

Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a entidade de recolha dos dados e o sexo dos respondentes ($p=0.108$), o grupo etário ($p=0.079$) e o estado civil ($p=0.514$). Por outro lado, foram observadas diferenças com significado estatístico na distribuição dos respondentes segundo o nível de escolaridade por entidade ($p<0.001$).

Na Gráfico 36 observa-se que as vítimas que responderam ao questionário na APAV eram globalmente mais escolarizadas, contrariamente aos respondentes do ISS, IP em que 40.9% não tinha qualquer nível de escolaridade.

Gráfico 36. Distribuição dos respondentes segundo o nível de escolaridade por entidade de recolha dos dados



Se compararmos o perfil das vítimas segundo as entidades, concluiu-se que estamos perante um perfil muito semelhante, maioritariamente composto por mulheres, a residir em núcleo familiar, com uma escolaridade baixa, em situação de reforma e a auferir um rendimento baixo.

Quadro 106. Perfil das vítimas segundo a entidade de recolha dos dados

<p>Amostra ISS, IP</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Predominavam as mulheres e o grupo etário dos 70 aos 79 anos; ✓ Mais de metade da amostra era casada e a residir num núcleo familiar; ✓ A maioria dos respondentes indicou ter uma escolaridade baixa (1º ciclo (54.9%) ou sem escolaridade (40.9%); ✓ Situação de reforma e auferia um rendimento baixo (25% auferia um rendimento até 250 euros e 50% entre 251 e 500 euros) . 	<p>Amostra GNR</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Predominavam as mulheres e o grupo etário dos 60 aos 69 anos; ✓ Mais de metade das vítimas era casada e residia num núcleo familiar; ✓ A maioria frequentou o ensino básico (63.9%) ou não tinha escolaridade (24.1%) ✓ Situação de reforma e auferia um rendimento baixo (22.1% até 250 euros e 46.5% entre 251 a 500 euros).
<p>Amostra APAV</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Predominavam as mulheres e o grupo etário dos 60 aos 69 anos, com uma escolaridade básica (60% 1º ciclo e 15.6% ensino secundário e médio), casados e a residir num núcleo familiar; ✓ Situação de reforma e auferia um rendimento até 500€ (53.8%. até 500 euros e 15.4% entre 501 – 1000 euros). 	<p>Amostra INMLCF, IP</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Predominavam as mulheres e o grupo etário dos 60 aos 69 anos; ✓ Mais de metade da amostra era casada e residia num núcleo familiar; ✓ A maioria dos respondentes era pouco escolarizada (65.3% 1º ciclo ou sem escolaridade (19.7%); ✓ Situação de reforma e auferia um rendimento baixo (65.5% até 500 euros).

Em seguida, caracteriza-se o estado de saúde, quer físico, quer mental dos respondentes, o estado funcional, bem como o papel das redes de suporte social, informal e formal no seu dia-a-dia.

2.4. Estado de saúde

A caracterização do estado de saúde da amostra decorreu de uma pergunta de autorrelato para a saúde física, enquanto no caso da saúde mental se utilizou uma escala de avaliação de sintomas depressivos.

Na **saúde física** colocou-se a questão: *tem alguma doença crónica que lhe tenha sido diagnosticada pelo seu médico?* Permitia-se a enumeração até um máximo de 3 doenças. Do total de respondentes, 76.3% referiram ter pelo menos uma doença crónica.

Quadro 107. Distribuição dos respondentes segundo doenças crónicas

Doença crónica (N=490)	n	%
Sim	374	76.3
Não	116	23.7
Sem informação	20	3.9

No quadro que se segue observa-se a frequência de doenças, classificadas segundo a CID-9 (Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Morte, Cf. Anexo F). As patologias mais reportadas foram as doenças do *aparelho circulatório* (39.4%), as doenças das *glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários* (27.1%), seguindo-se as doenças do *sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo* (16.3%) e os transtornos mentais (13.3%) (Quadro 108).

Quadro 108. Distribuição dos respondentes segundo as doenças crónicas reportadas

Doença crónica (classificação CID-9)	N	%
Endócrinas e do metabolismo	133	27.1
Aparelho circulatório	193	39.4
Sistema osteomuscular	80	16.3
Transtornos mentais	65	13.3
Aparelho Respiratório	22	4.5
Neoplasias	19	3.9
Aparelho Digestivo	19	3.9
Aparelho Geniturinário	8	1.6
Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	13	3.1
Doenças da Pele	-	-
Doenças do Sangue	1	0.2
Doenças Infeciosas	3	0.6
Sintomas, Sinais e Afeções Mal Definidas	3	0.6

N= 490; Respostas de escolha múltipla, o total de percentagens é diferente de 100%

Como explicitado anteriormente (Cf. Ponto 1.3. do Capítulo III), a saúde mental dos participantes foi avaliada através de uma versão mais curta da Escala Geriátrica de Depressão (GDS5), que avalia a presença de sintomas depressivos.

Constatou-se que dos 451 inquiridos (78.8%) apresentavam sintomas depressivos. Os sintomas depressivos foram mais frequentes nas mulheres e no grupo dos inquiridos com doença crónica.

Quadro 109. Avaliação dos sintomas depressivos nos grupos específicos

Grupos específicos	N	n	%	p
Sexo				<0.001
Masculino	112	74	66.1	
Feminino	339	281	82.9	
Grupo etário				0.868
60-69	231	182	78.8	
70-79	157	122	77.7	
80+	63	51	80.6	
Tem doença crónica				0.002
Sim	336	275	81.8	
Não	104	70	67.3	
Necessitar ajuda nas AVDs				0.954
Sim	93	73	78.5	
Não	358	282	78.7	
Grau de incapacidade				0.622
Independente	358	282	78.7	
Incapacidade Ligeira	31	25	80.6	
Incapacidade Moderada	45	33	73.3	
Incapacidade severa	17	15	88.2	

Algumas das doenças físicas descritas, nomeadamente sequelas provocadas por AVC, doenças neurodegenerativas, osteomusculares, entre outras podem originar limitações físicas associadas à realização das atividades da vida diária, com consequências na qualidade de vida dos indivíduos. Esta relação entre doença crónica e funcionalidade reveste-se de especial importância na avaliação do estado de saúde dos respondentes.

2.4.2. Avaliação da funcionalidade

As atividades da vida diária (AVD) são tarefas que uma pessoa necessita de realizar para cuidar de si mesmo no dia-a-dia e que são utilizadas para determinar o nível de funcionalidade dos indivíduos, nomeadamente em termos das limitações e necessidades/ajudas requeridas.

No que diz respeito à avaliação da funcionalidade constatou-se que do total da amostra, 117 respondentes (23.0%) tinham dificuldade em pelo menos uma das atividades básicas da vida diária: andar, tomar banho, despir/vestir-se, deitar/levantar-se da cama, utilizar a sanita, cortar/comer comida, tarefas domésticas ou tomar os medicamentos.

As tarefas de âmbito instrumental (intituladas de tarefas domésticas no Quadro 110), tais como ir às compras, fazer as suas próprias refeições ou limpar e arrumar a casa, constituem as atividades mais frequentemente referenciadas pelos respondentes como difíceis de executar sem ajuda de outra pessoa (20.4%). De acordo com as atividades de âmbito pessoal verifica-se que os respondentes revelaram maiores dificuldades na toma do banho (11.6%).

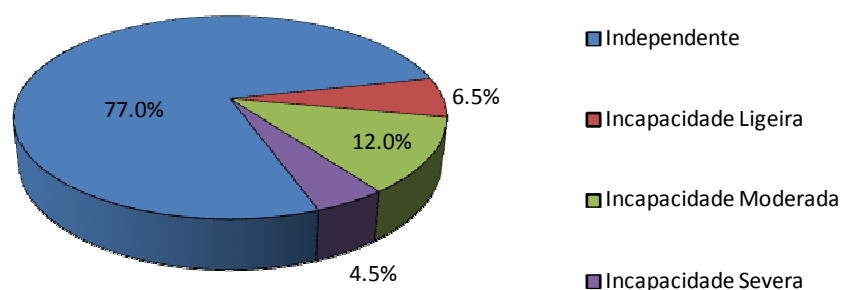
Quadro 110. Capacidade funcional por tipo de AVD

Tipo de atividades da vida diária	N	n	%
Andar	508	27	5.3
Deitar e levantar-se na cama	508	26	5.1
Vestir-se e despir sozinho(a)	508	27	5.3
Tomar banho ou duche	508	59	11.6
Utilizar a sanita, sem ajuda de outra pessoa	508	17	3.4
Cortar e comer a sua comida	507	26	5.1
Tarefas domésticas	506	103	20.4
Tomar os medicamentos nas doses corretas e nos tempos certos	504	56	11.1

Para avaliar o grau de incapacidade adotou-se o índice calculado a partir do número de atividades da vida diária que os indivíduos têm dificuldade em realizarem. Considerou-se como independentes os indivíduos que conseguem desempenhar todas as atividades listadas sem ajuda de terceiros. A incapacidade ligeira é atribuída aos indivíduos que não conseguem executar uma das tarefas. A incapacidade moderada é atribuída aos indivíduos que não conseguem realizar entre duas a quatro das atividades da vida diária e a incapacidade severa é atribuída a indivíduos que não conseguem realizar cinco ou mais das atividades da vida diária.

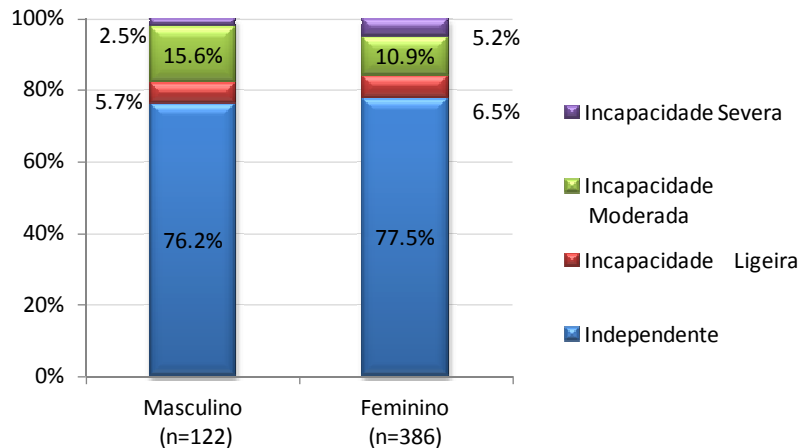
No que concerne à **avaliação funcional**, segundo o índice desenvolvido, 12.0% dos respondentes revelaram incapacidade moderada, 6.5% incapacidade ligeira e 4.5% incapacidade severa. A maioria (77.0%) era independente, não revelando qualquer incapacidade nas atividades da vida diária.

Gráfico 37. Distribuição dos respondentes (N=508) segundo o nível de incapacidade



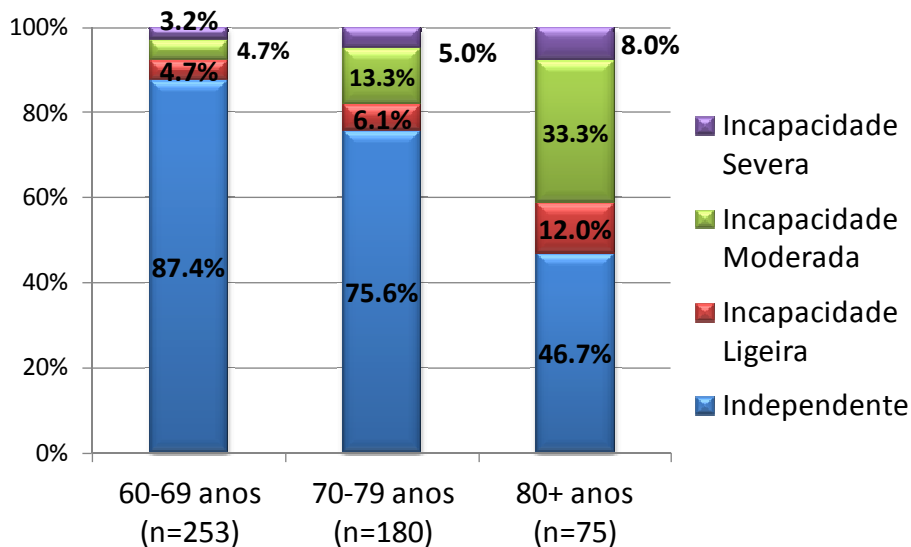
Conclui-se igualmente que a incapacidade funcional não diferiu substancialmente entre sexos (Gráfico 38).

Gráfico 38. Distribuição dos respondentes (N=508) segundo o nível de incapacidade e o sexo



Verificou-se uma associação estatisticamente significativa ($p < 0.001$) entre o grau de incapacidade e a idade dos inquiridos. Da leitura da Gráfico 39 podemos concluir que as incapacidades ligeiras, moderadas e severas são progressivamente maiores à medida que a idade avançava. É importante referir ainda que a incapacidade moderada aumentou de 4.7%, nos respondentes com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos, para 33.3% naqueles com idade superior a 80 anos.

Gráfico 39. Distribuição dos respondentes segundo o nível de incapacidade e o grupo etário

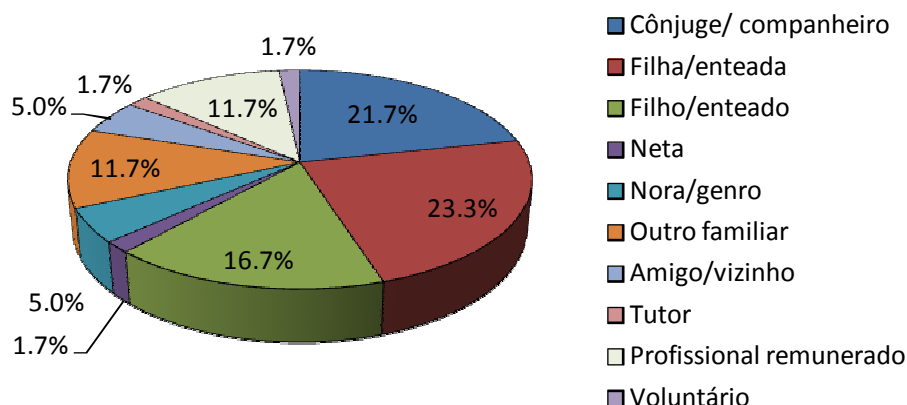


2.5. Redes de suporte informal e formal

Os inquiridos que referiram a necessidade de ajuda nas AVDs foram questionados sobre as pessoas na rede social informal que prestavam os apoios. Esta análise referiu-se aos 60 respondentes com incapacidade, sinalizados pela GNR, ISS, IP ou pela APAV.

A família direta surgiu como a principal fonte de apoio, nomeadamente as filhas (23.3%), os cônjuges/companheiros (21.7%) e os filhos (16.7%).

Gráfico 40. Distribuição dos respondentes com incapacidade (N=60) segundo os elementos que integram a rede social informal



Um outro indicador utilizado para avaliar o papel das redes de suporte é a percepção do apoio recebido por esta mesma rede social por parte do indivíduo (Antonucci & Kahn, 1980).

Do quadro seguinte observa-se que 41.1% dos participantes declarou ter pessoas suficientes em quem se apoiar. Destaca-se ainda que 12.3% não tinha ninguém disponível e 6.9% mostrou incerteza relativamente à disponibilidade de apoio por parte da rede social. Contudo, apenas uma minoria 0.6% declarou não querer ter apoio de ninguém.

Quadro 111. Distribuição dos respondentes segundo a percepção do apoio da rede social

Percepção do apoio	n	%
Sim, muitas	74	14.7
Sim, suficientes	207	41.1
Sim, poucas	123	24.4
Não tem certeza da disponibilidade de apoio	35	6.9
Não tem apoio	62	12.3
Não quer ninguém	3	0.6
Total	504	-
Sem informação	6	1.2

No que diz respeito à utilização dos serviços de apoio social formal, 77 dos participantes (15.7%) referiu usufruir de pelo menos uma forma de apoio social. Designadamente, 6.1% referenciou o centro de dia/convívio ou uma universidade da 3ª idade, 3.7% recebia serviço de apoio domiciliário, 1.6% recebia apoio do grupo da paróquia e 4.9% recebia outros tipos de apoio (p. ex. de associações locais/ ONGs, associações recreativas e desportivas ou atividades ligadas à Igreja e ao voluntariado).

Quadro 112. Distribuição dos respondentes segundo a frequência dos serviços de apoio

Apoio social formal	n	%
Sim	77	15.7
Não	413	84.3
Total	490	-
Sem informação	20	3.9

Na categoria “outros tipos de apoio” foram contabilizadas atividades promovidas pelas associações locais/ ONGs (n=10), pela Igreja (n=2), atividades recreativas e desportivas (n=4) e apoio de redes de vizinhança e de sociabilidade (n=3).

Em síntese, da caracterização da rede de suporte informal conclui-se que era a família direta, ou seja, as filhas, os cônjuges e os filhos-homens que exerciam um papel preponderante na rede de solidariedade entre gerações.

Mais de um terço das vítimas afirmou ter um número de pessoas suficientes para apoiar ou pedir ajuda, quando necessário. O sentimento de isolamento, ou seja de não ter alguém disponível, bem como o sentimento de incerteza ou de não querer ninguém foram referenciados por uma percentagem importante de vítimas (19.8%). Uma pequena percentagem de respondentes (15.7%) reportou ser utilizadora de serviços de apoio social.

2.6. Caracterização das experiências de violência vivenciadas

Neste ponto analisa-se a violência contra as pessoas com 60+ anos, ocorrida numa relação de confiança entre a vítima e um membro da família, amigo, vizinho, conhecido ou profissional remunerado. Os atos de violência considerados verificaram-se em domicílios particulares nos 12 meses anteriores à entrevista. Os diferentes tipos de violência abordados resultam da avaliação da frequência dos atos correspondentes a 12 condutas de violência (Cf. Figura 3, Ponto 3, Capítulo II).

Procurou-se também identificar as situações de coocorrência das condutas e dos múltiplos tipos da violência, fenómeno que se define por *polivitimização*.

Foram ainda analisadas as frequências de ocorrência da violência e a relação da vítima com o agressor segundo o tipo de violência.

2.6.1. Tipos de violência

A análise da informação apresentada no Quadro 113 permite concluir que a violência física e a violência psicológica foram os tipos de violência mais reportados, afetando 87.8 % e 69.6% das pessoas estudadas, respetivamente. Quase metade das vítimas (47.5%) mencionou também situações de violência financeira.

Ainda que em menor proporção, 7.5% refere ter sido alvo de violência sexual e 6.5% de negligência. É importante salientar que 74.1% dos respondentes vivenciou situações de polivitimização, concluindo-se que o fenómeno da ocorrência de múltiplos tipos de violência expressou uma dimensão considerável no total das vítimas.

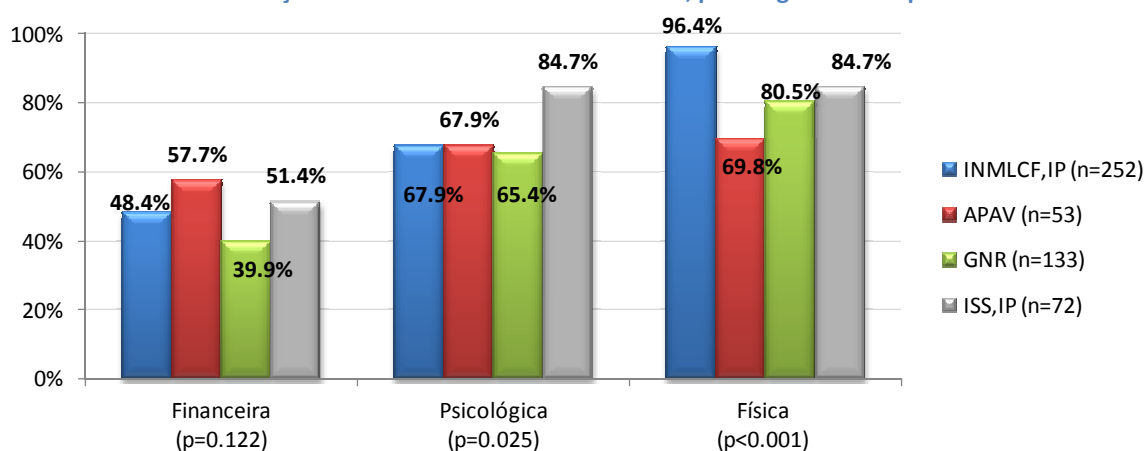
Quadro 113. Tipo de violência

Tipo de violência	N	n	%
Financeira	505	240	47.5
Física	510	448	87.8
Psicológica	510	355	69.6
Negligência	508	33	6.5
Sexual	495	37	7.5
Polivitimização	510	378	74.1

Para compreender se existem especificidades nos perfis das vítimas de acordo com o tipo de instituições, considerou-se pertinente comparar as proporções das vítimas recrutadas por cada uma das instituições parceiras segundo o tipo de violência. Os gráficos que se seguem apresentam os resultados referentes a respondentes que reportaram experiências da violência financeira, psicológica, física, sexual e negligência.

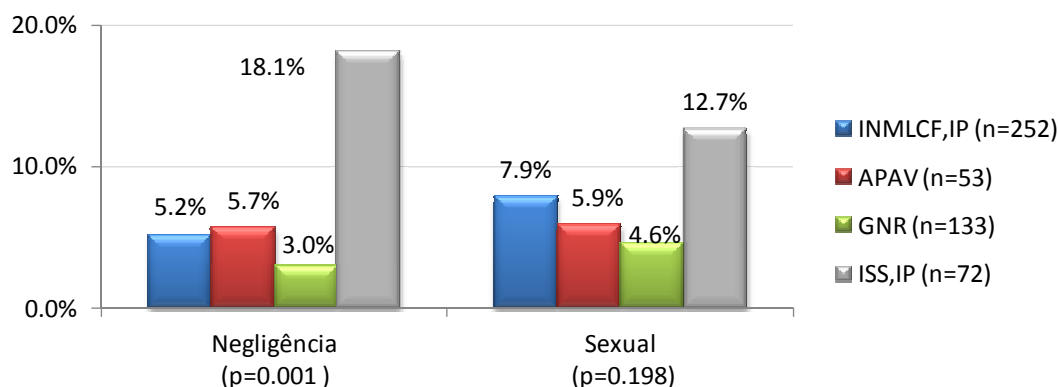
Uma maior percentagem dos casos da violência financeira foi registada pela APAV (57.7%), logo seguida pelo ISS, IP (51.4%). A frequência deste tipo de violência registada pelo INMLCF, IP (48.4%) e pela GNR (39.9%) foi também elevada. No entanto, não se verificaram diferenças com significado estatístico no relato deste tipo da violência pelas vítimas nas quatro entidades de recolha dos dados ($p=0.122$). No INLMCF, IP, 96.4% dos casos reportou violência física.

Gráfico 41. Sinalização dos casos da violência financeira, psicológica e física por Entidade



No caso da violência psicológica ($p=0.025$) e da negligência ($p=0.001$) as percentagens significativamente mais elevadas foram registadas no ISS, IP. No que diz respeito à violência sexual, não se verificou associação entre a instituição de recolha dos dados e o relato deste tipo da violência pelas vítimas.

Gráfico 42. Sinalização dos casos da violência sexual e da negligência por entidade



Em síntese, conclui-se que não se verificou uma associação entre a entidade e a violência financeira e a sexual. A violência física surgiu com destaque no INMLCF, IP, que foi a entidade que registou a maior percentagem, explicada pelo perfil típico de vítima submetida a exame pericial. Por sua vez, o ISS, IP surgiu como a entidade onde se registou maior número de situações de negligência, explicada pelo perfil de vítima que procura respostas de apoio social.

Caracterização das condutas específicas de violência

Recorde-se que os cinco tipos de violência analisados (física, psicológica, financeira, sexual e a negligência) foram tipificados através de 12 condutas cometidas por alguém da rede social e familiar (excluindo desconhecidos). Os entrevistados foram questionados sobre a ocorrência e sobre a frequência²⁷ de cada uma destas condutas, nos 12 meses anteriores à entrevista.

Violência física

A análise das condutas específicas para o total da amostra indica que o **bater/agredir** foi a conduta mais frequentemente relatada na violência física, seguida do **impedir de falar, estar com outras pessoas**. Igualmente relevante é a percentagem de vítimas que foi trancada num quarto/ compartimento ou impedida de aceder a toda a casa.

Quadro 114. Distribuição da violência física segundo os tipos de conduta

	Condutas	N	n	%
Violência física	Bater/agredir	508	430	84.7
	Trancar no quarto/ compartimento ou impedir o acesso a toda a casa	501	68	13.6
	Impedir de falar, estar com outras pessoas	503	113	22.5

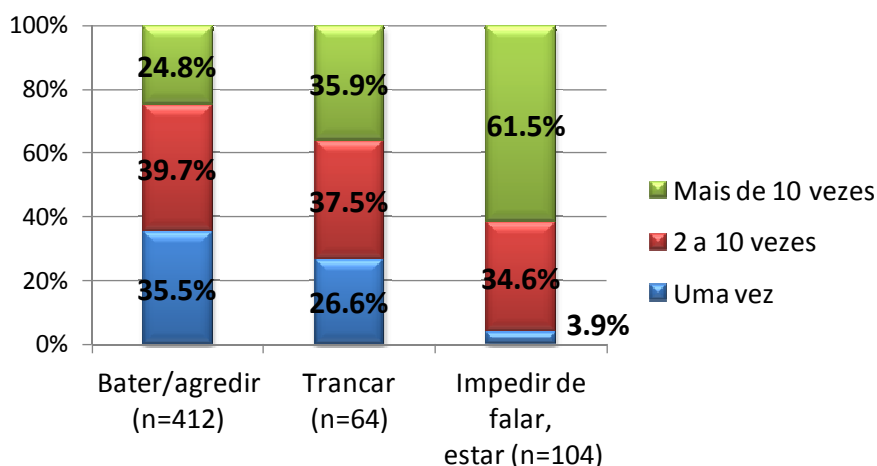
Quanto às frequências de **bater/agredir**, 24.8% das vítimas declarou que este tipo de conduta ocorreu mais de 10 vezes, nos últimos 12 meses, 39.5% foi sujeita entre 2 a 10 ocorrências e 35.5% reportou um único ato.

²⁷ Para todas as condutas da violência foi solicitado aos respondentes que indicassem quantas vezes o incidente tinha ocorrido nos últimos 12 meses.

No caso da conduta **trancar** num quarto/compartimento ou impedir o acesso a toda a casa, mais de um terço das vítimas (35.9%) referiu mais de 10 incidentes, 37.5% referenciou entre 2 a 10 ocorrências e 26.6% reportou uma única ocorrência.

Relativamente ao **impedir de falar, estar com outras pessoas**, verificou-se que a maioria das vítimas (61.5%) foi sujeita de forma continuada a este tipo de violência mais de 10 vezes ao longo dos últimos 12 meses. Uma ínfima percentagem de vítimas (3.9%) afirmou que o incidente sucedeu apenas uma vez.

Gráfico 43. Frequência de ocorrência das condutas de violência física



Violência psicológica

No caso da violência psicológica, o ato de **gritar** (ofender, insultar e humilhar) foi a conduta mais frequente (62.0%), seguida dos atos de **ameaçar** e de **ignorar** com 38.3% e 36.6%, respetivamente.

Quadro 115. Condutas de violência psicológica

	Condutas	N	n	%
Violência psicológica	Ignorar	498	182	36.6
	Gritar, ofender insultar e humilhar	508	315	62.0
	Ameaçar	507	194	38.3

Violência financeira

No âmbito da violência financeira destaca-se o **roubar** (ou a utilização de objetos e/ou bens sem a autorização do próprio) que constituiu a conduta mais reportada (36.4%). A conduta de não partilha de despesas domésticas, após ter sido acordado entre as partes (quando existe capacidade económica para o fazer) afetou 18.3% da amostra, seguida da **apropriação de casa** (13.3%). A conduta menos frequente (7.8%) correspondeu a **forçar a pessoa a assinar documentos ou a conceder direitos legais a terceiros**.

Quadro 116. Condutas de violência financeira

	Condutas	N	n	%
Violência financeira	Roubar	494	180	36.4
	Ser forçado a assinar documentos ou a conceder direitos legais	499	39	7.8
	Apropriação de casa	498	66	13.3
	Não contribuir para as despesas	498	91	18.3

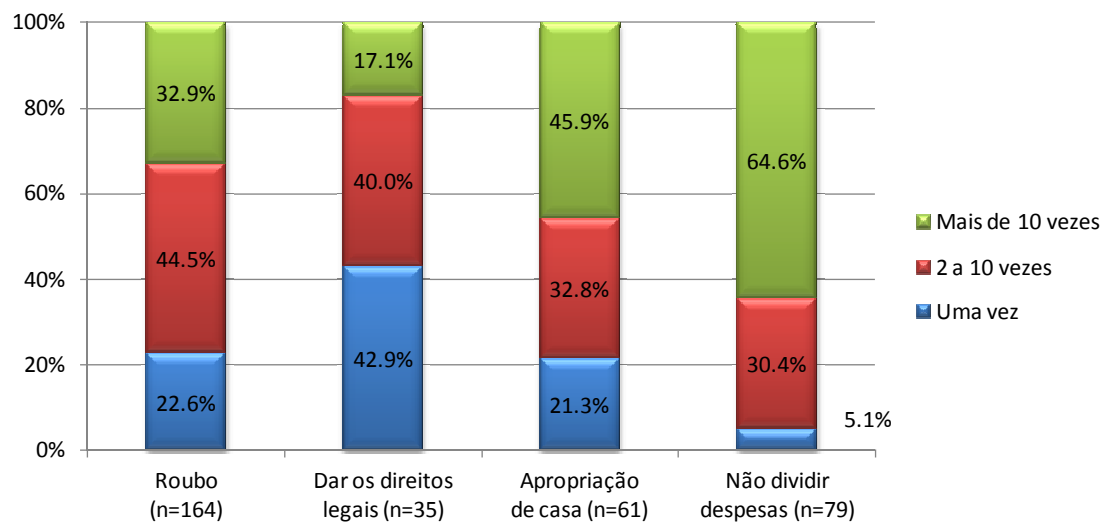
No gráfico seguinte apresentam-se as frequências de ocorrência das condutas de violência financeira. Na conduta **roubar**, um terço das vítimas reportou mais de 10 ocorrências, 44.5% especificou entre 2 a 10 incidentes e 22.6% reportou um único ato.

No que concerne à conduta **ser forçado a assinar documentos ou a conceder direitos legais** o padrão de frequências observado foi distinto, ou seja, 42.9% das vítimas que foram alvo desta forma de violência afirmaram que o incidente sucedeu apenas uma vez, 40.0% reportou 2 a 10 ocorrências e apenas 17.1% referiu mais de 10 vezes.

A **apropriação de casa** foi reportada por 61 indivíduos: 21.3% referenciou um único incidente, 32.8% reportou 2 a 10 ocorrências e 45.9% referenciou que este tipo de conduta ocorreu mais de 10 vezes.

Quanto à frequência de ocorrência da conduta **não contribuir para as despesas**, 64.6% dos respondentes referiu ter ocorrido mais de 10 vezes nos últimos 12 meses. Uma minoria (5.1%) mencionou que o incidente sucedeu apenas uma vez.

Gráfico 44. Frequência de ocorrência das condutas de violência financeira



Violência sexual e a negligência

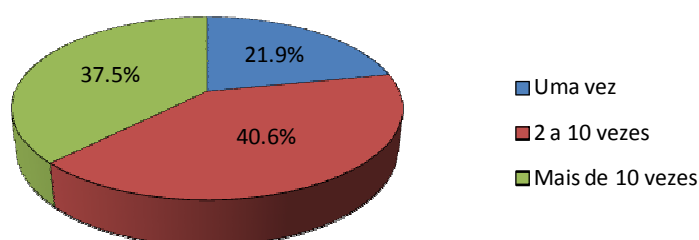
A **violência sexual** e a **negligência** constituíram as duas formas de violência menos reportadas. A sua avaliação foi realizada através de uma única conduta, pelo que as frequências correspondentes não diferem das apresentadas no Quadro 117.

Quadro 117. Percentagem da violência sexual e negligência

		N	n	%
Negligência	Recusa no apoio às atividades da vida diária	508	33	6.5
Violência sexual	Sujeitar, sem consentimento a algum contacto do tipo sexual	495	37	7.5

No caso de **violência sexual** constatou-se que 21.9% das vítimas referiram que o incidente ocorreu apenas uma vez. No entanto 37.5% foram sujeitas a mais de 10 atos e 40.6% vivenciaram entre 2 a 10 situações desta natureza (Gráfico 45).

Gráfico 45. Frequência de ocorrência da violência sexual



Em suma, os dados sugerem que as agressões denunciadas pelas vítimas, independentemente da sua natureza, ocorreram de forma recorrente. De facto, para todas as condutas consideradas, a percentagem das vítimas que foram sujeitas a mais de duas vezes a estes incidentes foi significativamente superior à das vítimas que vivenciaram, apenas uma vez, um ato de violência.

2.6.2. Relação da vítima com o agressor por tipos de violência

Para uma análise mais aprofundada das condições de ocorrência da violência foram ainda colocadas questões relativas ao laço social que a vítima mantinha com o agressor. De modo a perfilhar o retrato social dos agressores procedeu-se à análise das condutas associadas aos 5 tipos de violência, em função do tipo de relação vítima-agressor.

Começamos pela violência física.

Violência física

No Quadro 118 apresenta-se a relação da vítima com o agressor para as condutas da violência física (**bater/agredir, trancar e impedir de falar, estar**). Concluiu-se que 49.5% destas vítimas foram agredidas por parte do cônjuge/companheiro, 32.3% foram agredidas pelos filhos do sexo masculino e 8.8% pelas filhas. Ainda que com menor frequência, os outros familiares foram também apontados como os principais agressores 8.1%, respetivamente. Os amigos/vizinhos foram referenciados como agressores por 1.2% das vítimas desta conduta.

No caso da conduta **trancar**, verificou-se que a maioria das situações denunciadas foi da responsabilidade dos cônjuges/companheiros (55.9%). Destacaram-se também os descendentes do sexo masculino como a segunda categoria mais referenciada pelas vítimas

(29.4%). Nesta conduta também se observaram diferenças de gênero, podendo-se verificar que as descendentes do sexo feminino foram qualificadas como agressoras com uma frequência igual à de outros familiares (7.4%).

No que respeita à conduta **impedir de falar, estar com outras pessoas**, mais de metade das vítimas apontou o cônjuge/companheiro como o principal responsável por este tipo de violência. Os descendentes do sexo masculino foram identificados com uma frequência de 20.3%, seguida das descendentes do sexo feminino (8.8%).

Quadro 118. Relação das vítimas com os responsáveis pelas condutas da violência física, por tipo de conduta

Relação da vítima com o agressor	Bater/agredir		Trancar		Impedir de falar	
	n	%	n	%	n	%
Cônjuge/companheiro	213	49.5	38	55.9	68	60.2
Descendente feminino	38	8.8	5	7.4	10	8.8
Descendente masculino	139	32.3	20	29.4	23	20.3
Outro familiar	35	8.1	5	7.4	8	7.1
Rede social não familiar	5	1.2	-	-	3	2.7
N	430		68	-	113	-

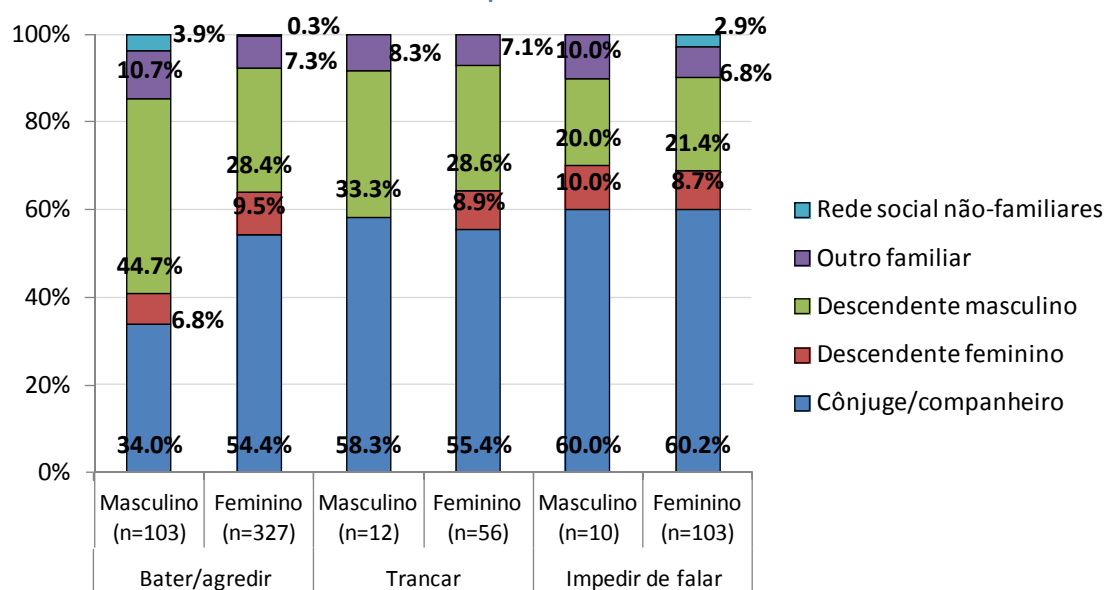
Registaram-se diferenças importantes nos agressores segundo o sexo da vítima. Através do gráfico seguinte podemos observar que, se a vítima era do sexo feminino, então o agressor mais frequentemente reportado na conduta **bater/agredir** foi o cônjuge/companheiro (54.4%) seguido dos descendentes do sexo masculino (filhos, enteados e netos, 28.4%). As filhas, enteadas e netas foram também mais frequentemente indicadas como agressoras no caso das vítimas do sexo feminino (9.5%), ainda que com menor expressão comparativamente aos descendentes do sexo masculino. Os outros familiares foram descritos como agressores menos frequentemente (7.3%).

No caso das vítimas do sexo masculino, os descendentes do sexo masculino foram os principais agressores (44.7%). Importante e pertinente constituiu a proporção de homens que reportaram serem agredidos pelas companheiras, correspondendo a mais de um terço das vítimas (34%). As diferenças de gênero agudizaram-se no caso das descendentes do sexo feminino, agressoras de vítimas do sexo masculino (6.8%).

Na conduta **trancar**, verificou-se que a maioria das situações denunciadas tanto pelas vítimas do sexo feminino como do sexo masculino foi da responsabilidade dos cônjuges/companheiros (55.4% e 58.3%, respetivamente). Destacam-se também os agressores descendentes do sexo masculino como a segunda categoria mais referenciada. Nesta conduta também se observaram diferenças de gênero, podendo-se verificar que as descendentes do sexo feminino (8.9%) foram qualificadas como agressoras exclusivamente pelas vítimas do sexo feminino.

No que respeita à conduta **impedir de falar, estar com outras pessoas**, verifica-se que tanto as vítimas do sexo masculino, como as vítimas do sexo feminino reportaram mais frequentemente os cônjuges/companheiros.

Gráfico 46. Relação das vítimas de violência física com os agressores segundo o gênero da vítima por tipo de conduta



Os dados sugerem que as condutas referentes à violência física (bater/agredir, trancar, impedir de falar/estar) foram, na sua maioria, cometidas no âmbito de relações conjugais e filiais. Na violência filial há a destacar as diferenças de gênero que persistem transversalmente a todas as condutas de natureza física e para as quais os descendentes do sexo masculino foram mais frequentemente referenciados como agressores, comparativamente às descendentes.

Violência psicológica

À semelhança da violência física, em todas as condutas referentes à **violência psicológica** os cônjuges/companheiros representavam os principais perpetradores, para mais de metade das vítimas, seguindo-se os filhos-homens. Comparando os descendentes segundo o sexo, as filhas apresentaram uma maior frequência no que diz respeito à conduta **ignorar**.

Quadro 119. Relação das vítimas com os responsáveis pelas condutas da violência psicológica, por tipo de condutas

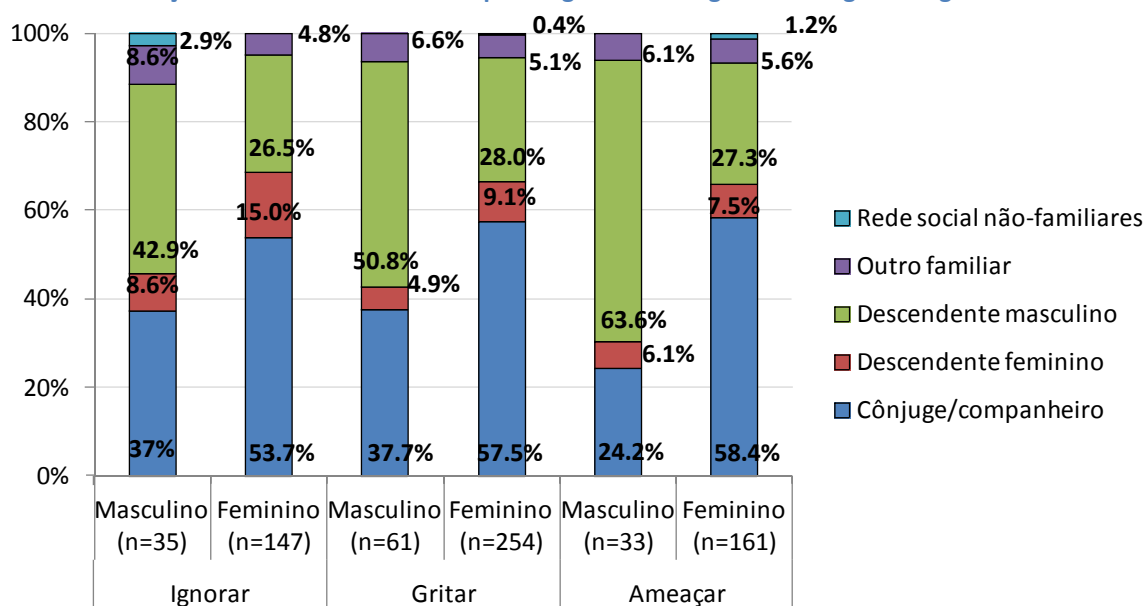
Tipo de relação com a vítima	Gritar		Ignorar		Ameaçar	
	n	%	n	%	n	%
Cônjuge/companheiro	169	53.7	92	50.5	102	52.6
Descendente feminino	26	8.3	25	13.7	14	7.2
Descendente masculino	102	32.4	54	29.7	65	33.5
Outro familiar	17	5.3	10	5.5	11	5.7
Rede social não familiar	1	0.3	1	0.6	2	1.0
Total	315	-	182	-	194	-

Na violência psicológica o primeiro aspeto a salientar diz respeito ao padrão da conduta **ignorar**, que diferiu consoante o sexo da vítima. Por um lado, a proporção de vítimas de violência conjugal foi substancialmente maior entre as mulheres, comparativamente aos homens (53.7% vs. 37.1%). Por outro lado, a proporção de homens vítimas por parte dos descendentes do sexo masculino (filhos, enteados e netos) foi superior quando comparada à observada nas mulheres. Quando a vítima era do sexo feminino a percentagem relativa de agressores descendentes do sexo feminino aumentou.

Relativamente à conduta **gritar** constatou-se que 57.5% das vítimas do sexo feminino identificaram os cônjuges/companheiros como os principais agressores, enquanto 50.8% das vítimas do sexo masculino referiram os descendentes (maioritariamente filhos homens). Os outros familiares foram mais frequentemente referenciados como agressores por vítimas do sexo feminino (5.1%).

Na conduta **ameaçar** obtiveram-se resultados semelhantes. Ao colocar-se o enfoque nas vítimas de sexo masculino, os descendentes do sexo masculino constituíram os principais agressores (63.6%), seguidos dos cônjuges/companheiras (24.2%). Para vítimas do sexo feminino o retrato obtido foi distinto. As **ameaças** contra as mulheres foram maioritariamente cometidas por cônjuges/companheiros (58.4%) e por descendentes-homens (27.3%).

Gráfico 47. Relação das vítimas de violência psicológica com os agressores segundo o género da vítima



Em síntese, da análise do tipo de relação da vítima com o agressor na violência psicológica sobressaem as seguintes conclusões:

- A violência psicológica (gritar, ignorar, ameaçar) ocorreu, sobretudo na família nuclear;
- A maioria dos atos contra as mulheres foi perpetrada pelos cônjuges/companheiros;

- Na análise das condutas da violência psicológica a vítimas do sexo masculino sobressaíram como principais agressores os descendentes do sexo masculino.

Violência financeira

No âmbito da **violência financeira** destacou-se o **roubar/a utilização de objetos e/ou bens sem a autorização do próprio**, como a conduta mais reportada.

A leitura do quadro que se segue permite concluir que o **roubar** e o **ser forçado a assinar documentos ou a conceder direitos legais** foram cometidos essencialmente pelos descendentes do sexo masculino e pelos cônjuges.

Na conduta **apropriação de casa** os filhos, enteados e netos foram sinalizados como os principais agressores (50.0%). Também se concluiu que cerca de um quarto destas condutas foi de responsabilidade das filhas, enteadas ou netas (25.8%). Em menor proporção surgiu a categoria cônjuges/companheiros (18.2%).

Na conduta **não contribuir para as despesas** observou-se que 43.3% dos atos denunciados pelas vítimas tiveram como principal perpetrador os cônjuges/companheiros. Os descendentes do sexo masculino foram também frequentemente qualificados como agressores (43.3%).

Quadro 120. Relação das vítimas com os responsáveis pelas condutas da violência financeira, por tipo de conduta

Relação da vítima com o agressor	Roubo		Ser forçado a conceder direitos legais		Apropriação de casa		Não contribuir para as despesas	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cônjuge/companheiro	62	35.0	12	31.6	12	18.2	39	43.3
Descendente feminino	18	10.2	5	13.1	17	25.8	7	7.8
Descendente masculino	76	42.9	17	44.7	33	50.0	39	43.3
Outro familiar	15	8.5	3	7.9	3	4.6	4	4.4
Rede social não familiar	6	3.4	1	2.6	1	1.5	1	1.1
N	177		38	-	66	-	90	-
Sem informação	3	1.7	2	5.1	-	-	1	1.1

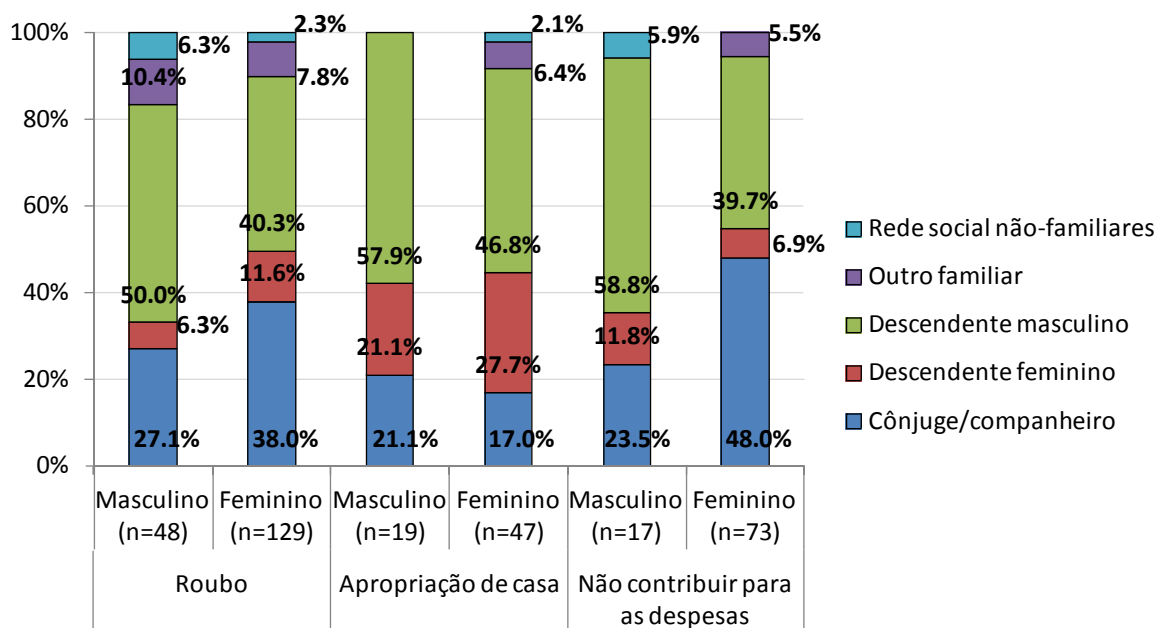
Ao analisarmos a conduta **roubar**, em função dos agressores e do género das vítimas, evidencia-se que, descendentes do sexo masculino (filhos, enteados e netos) constituíam os principais perpetradores, independentemente do sexo da vítima. Os cônjuges bem como as descendentes do sexo feminino foram identificados como agressores em maior proporção pelas vítimas do sexo feminino. Os outros familiares e os amigos/vizinhos destacaram-se ligeiramente no caso das vítimas do sexo masculino.

Os descendentes do sexo masculino foram apontados como os principais agressores da **apropriação de casa**, independentemente do sexo da vítima, enquanto as descendentes do sexo feminino (filhas, enteadas e netas) surgiram como a segunda categoria mais referenciada.

Refira-se também que os agressores identificados pelos respondentes do sexo masculino eram exclusivamente pertencentes à família direta: cônjuges/companheiros, filhos/enteados/netos e filhas/enteadas/netas. Em contrapartida, os outros familiares e amigo/vizinho foram identificados pelas vítimas do sexo feminino, ainda que com frequências baixas: 6.4% e 2.1%, respectivamente.

Na conduta **não contribuir para as despesas** observou-se que 48.0% dos atos denunciados pelas vítimas do sexo feminino tiveram como principal perpetrador os cônjuges/companheiros. Neste caso, os agressores descendentes do sexo masculino também registaram uma percentagem elevada (39.7%). Se a vítima era do sexo masculino, então os descendentes do sexo masculino (filhos, enteados e netos) constituíam os principais perpetradores da conduta **não contribuir para as despesas** (58.8%).

Gráfico 48. Relação com os agressores segundo o género da vítima da violência financeira



A análise da informação apresentada permitiu concluir os seguintes aspetos:

- A violência financeira ocorreu sobretudo junto da família nuclear;
- Nas condutas referentes à violência financeira os filhos foram identificados como agressores com maior frequência, comparativamente às filhas;
- Na análise das condutas de violência financeira e atendendo ao sexo da vítima, verificou-se que, as distribuições observadas foram bastante semelhantes: os descendentes desempenharam o papel de agressor principal, com exceção da conduta **não contribuir para as despesas**. Nesta conduta os cônjuges/companheiros foram identificados como agressores com maior frequência pelas mulheres.

Violência sexual

No que concerne à violência sexual, 94.6% dos atos denunciados pelos respondentes (n=37) foram cometidos no âmbito das relações conjugais. Os restantes foram da responsabilidade de um neto e de um filho.

Negligência

Relativamente à negligência os agressores mais frequentemente reportados foram os cônjuges/companheiros (39.4%). Os descendentes do sexo masculino (filhos, enteados e netos) foram sinalizados como os principais agressores por 30.3% das vítimas e as filhas/enteadas ou netas por 21.2%.

Quadro 121. Relação da vítima com os responsáveis pela negligência

Tipo de relação com a vítima	n	%
Cônjuge/companheiro	13	39.4
Descendente feminino	7	21.2
Descendente masculino	10	30.3
Outro familiar	2	6.1
Rede social não familiar	1	3.0
N	33	100
Sem informação	-	-

2.6.3. Polivitimização

O presente estudo procurou também identificar as situações de coocorrência de condutas enquadráveis em diversos tipos de violência, designando-se este fenómeno por polivitimização.

O quadro que segue apresenta a distribuição das vítimas segundo o número de condutas experienciadas nos últimos 12 meses. Verificou-se que 19.4% dos respondentes tinha experienciado uma única conduta e 80.6% vivenciaram múltiplas situações de violência.

Quadro 122. Distribuição das vítimas segundo o número de condutas de violência experienciadas

Número de condutas	n	%
1 conduta	99	19.4
2 condutas	92	18.0
3 condutas	91	17.9
4 condutas	93	18.2
5 condutas	49	9.6
6 condutas	45	8.8
7 condutas	29	5.7
8 condutas	6	1.2
9 condutas	4	0.8
10 condutas	2	0.4

No total dos respondentes, 378 referiram ter vivenciado múltiplas formas de violência, em simultâneo, ou seja, a polivitimização correspondeu a uma percentagem de 74.1%. No que diz respeito aos tipos de violência é de notar que a **violência física** e a **psicológica** foram as mais reportadas pelas polivítimas. Deste modo, 93.1% dos indivíduos polivitimizados declararam sofrer de violência física, 86.8% de violência psicológica e 61.5% de violência financeira. É de realçar o facto de todas as situações de violência sexual terem sido registadas em contexto de polivitimização.

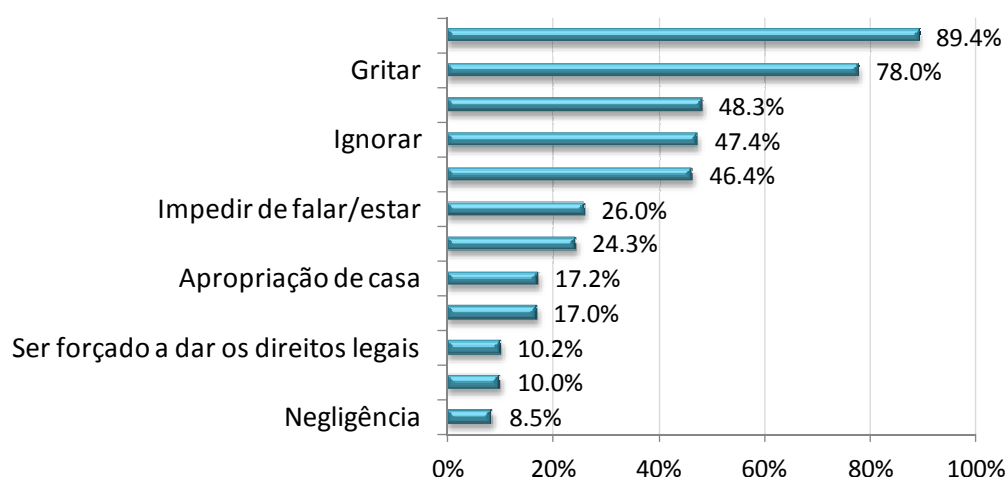
Foram identificadas 14 combinações distintas da coocorrência da violência. Da leitura do quadro seguinte podemos constatar que aproximadamente um terço das vítimas tinha experienciado, em simultâneo, 3 tipos de violência: **física, financeira e psicológica**. Destaca-se também a combinação da violência física e psicológica (31.3%). Com menor expressão surgiu a combinação de violência física e financeira (11.4%).

Quadro 123. Distribuição das vítimas segundo a coocorrência de tipos da violência

Modelo de coocorrência dos tipos da violência	N	%
5 tipos (física, sexual, financeira, psicológica e negligência)	2	0.5
4 tipos		
Física, financeira, psicológica e negligência	14	3.8
Física, sexual, financeira e psicológica	14	3.8
Física, sexual, psicológica e negligência	2	0.5
3 tipos		
Física, financeira e psicológica	126	34.3
Física, financeira e negligência	3	0.8
Física, psicológica e negligência	5	1.4
Física, sexual e psicológica	17	4.6
2 tipos		
Física e financeira	42	11.4
Financeira e psicológica	22	6.0
Física e psicológica	115	31.3
Física e negligência	1	0.3
Física e sexual	2	0.5
Psicológica e negligência	2	0.5
N	367	-
Sem informação	11	2.9

Da análise da Gráfico 49 conclui-se que **bater/agredir** e **gritar** foram as condutas mais reportadas pelas polivítimas, com 89.4% e 78.0%, respetivamente. O **ameaçar** (48.3%), o **ignorar** (47.4%) e o **roubar** (46.4%) surgiam em segundo lugar, como as condutas mais referenciadas. Com menor expressão aparecem condutas como o impedir de falar/estar, não contribuir para as despesas, apropriação de casa e trancar.

Gráfico 49. Condutas da violência referenciadas pelas polivítimas



Na amostra estudou-se também a associação (independência) entre a polivitimização e algumas características sociodemográficas e relativas ao estado de saúde. Verificou-se que a polivitimização afetava tanto homens como mulheres sendo transversal a todos os grupos etários. Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a polivitimização e o nível de escolaridade ($p=0.149$), a situação familiar ($p=0.320$), o estado civil ($p=0.840$), o estado de saúde ($p=0.373$) e a funcionalidade ($p=0.831$).

Quadro 124. Frequências absolutas e relativas da polivitimização nos grupos específicos dos respondentes

Grupos específicos	N	n	%	p
Sexo				0.079
Masculino	122	83	68.0	
Feminino	388	295	76.0	
Grupo etário				0.474
60-69	254	191	75.2	
70-79	180	128	71.1	
80+	76	52	77.6	
Tem doença				0.373
Sim	374	283	75.7	
Não	117	83	71.6	
Necessitar ajuda nas AVDs				0.831
Sim	117	86	73.5	
Não	392	292	74.5	
Nível de escolaridade				0.149
Sem escolaridade	114	77	67.5	
Ensino Básico	346	263	76.0	
Ensino Secundário ou Superior	39	31	79.5	
Tipo de família				0.320
Unipessoal	54	37	68.5	
Núcleo familiar	456	341	74.8	
Estado civil				0.840
Solteiro	15	10	66.7	
Casado/união de facto	308	227	73.7	
Divorciado/separado	58	45	77.6	
Viúvo	120	88	73.3	

No entanto, constatou-se uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência da polivitimização e a percepção do apoio da rede social informal ($p=0.001$). Uma maior percentagem das polivítimas foi registada entre as pessoas que classificaram o apoio das redes sociais informais como escasso ou ausente. No que respeita à utilização dos serviços de apoio social, não se verificou uma associação com a ocorrência da polivitimização.

Quadro 125. Frequências absolutas e relativas da polivitimização nos grupos específicos dos respondentes segundo a percepção do apoio e utilização dos serviços

Apoio	N	n	%	p
Percepção do apoio da rede social informal				0.001
Sim, muitas	74	48	64.9	
Sim, suficientes	207	141	68.1	
Sim, poucas	123	106	86.2	
Não tem certeza da disponibilidade de apoio	35	25	71.4	
Não tem /não quer apoio	65	53	81.5	
Utilização dos serviços de apoio social				0.173
Sim	77	62	80.5	
Não	413	302	73.1	

2.6.4. Percepções da gravidade da violência

De modo a conhecer a perspetiva das vítimas relativamente à severidade e ao impacto da violência, foi colocada a questão: *“Do que relatou ter-lhe acontecido nas perguntas anteriores indique o ato de violência, maus-tratos e negligência que foi para si o mais grave e que mais o afligiu?”*.

As respostas obtidas suscitaram, por um lado, algumas dificuldades ao nível da respetiva análise devido à elevada percentagem de respostas **não sabe** (14.3%) e **recusa responder** (5.4%). Por outro lado, alguns dos respondentes escolheram episódios que combinavam várias condutas que ocorreram, em simultâneo, ou indicaram uma combinação de condutas como sendo as mais graves, segundo as definições operacionais adotadas no estudo de Pillemer e Finkelhor (1988) para a violência psicológica e para a negligência.

Os dados que apresentamos, em seguida referem-se unicamente à subamostra das vítimas sinalizadas pelo ISS, IP, APAV e GNR (N=258)²⁸. O **bater/agredir**, o **ameaçar** e o **gritar** foram as três condutas mais frequentemente indicadas. Uma percentagem considerável (20.3%) de vítimas indicou como o mais grave uma combinação de várias condutas.

²⁸ Desde o início que esta questão não foi contemplada no questionário do INMLCF, IP.

Quadro 126. Ato de violência percebido como mais grave pelos respondentes recrutados por ISS, IP, GNR e APAV

Conduta do ato mais grave		n	%
Violência financeira	Roubo	4	1.9
	Ser forçado a conceder os direitos legais	1	0.5
	Apropriação de casa	1	0.5
	Não contribuir para as despesas	1	0.5
Violência psicológica	Ignorar	5	2.4
	Gritar	30	14.5
	Ameaçar	37	17.9
Violência física	Bater/agredir	67	32.4
	Trancar	1	0.5
	Impedir de falar, estar com outras pessoas	2	1.0
Negligência	Negligência	5	2.4
Violência sexual	Sexual	-	-
Outros tipos da violência		11	5.3
Combinação das condutas		42	20.3
	N	207	-
Recusa responder		14	5.4
Não sabe		37	14.3

Relativamente ao ato mais grave, as vítimas foram ainda questionadas sobre os sentimentos e emoções predominantes na situação de violência.

É de referir que o **medo**, a **tristeza** e a **vergonha** constituíram os sentimentos mais referenciados pelas vítimas. Raiva, revolta, solidão foram também emoções reportadas. As combinações de emoções mais frequentemente referidas foram o medo e a tristeza; o medo e a vergonha; a vergonha e a tristeza.

Gráfico 50. Sentimentos e emoções predominantes nas situações de violência



2.7. Caracterização do agressor: fatores associados

Na caracterização das condições de ocorrência da violência foram ainda colocadas questões relativas ao laço social que a vítima tinha com o(os) agressor(es) responsável pelo ato mais grave. Tendo em conta que os respondentes poderiam assinalar vários agressores, foi solicitado aos respondentes sinalizados pela APAV, GNR e ISS, IP que caracterizassem a pessoa

responsável pelo ato mais grave. Dada a possibilidade das pessoas terem sido vítimas de vários atos, perpetrados por diferentes agressores, optou-se pela seleção do agressor responsável pelo ato mais grave referenciado pela vítima. Esta opção teve em conta as dificuldades logísticas, nomeadamente a extensão do questionário a ser administrado. No caso de INMLCF, IP foi solicitado a caracterização do agressor da conduta que foi alvo de perícia.

É de referir que as vítimas que não identificaram o ato (não sabem, recusam responder ou qualificam todos os atos com a mesma gravidade) poderiam ter caracterizado o agressor.

2.7.1. Laço social entre o agressor e a vítima

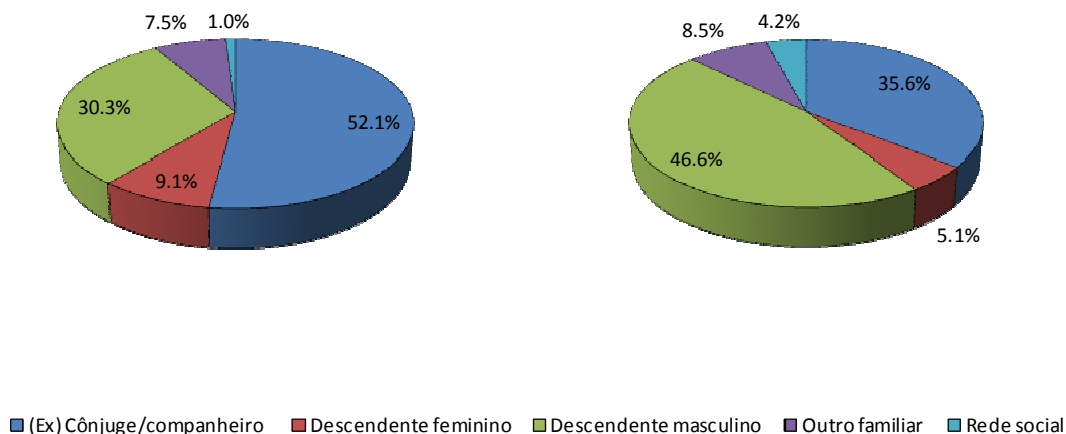
Do total de respondentes, 504 identificaram o laço social com o agressor. Conforme descrito no quadro 127 a maioria dos agressores pertenciam à família nuclear, designadamente 48.2% eram cônjuges, 31.4% filhos/enteados e 7.9% as filhas/enteadas.

Quadro 127. Distribuição dos agressores segundo o tipo de relação com a vítima

Tipo de relação	n	%
Cônjuge/companheiro	243	48.2
Filha/enteada	40	7.9
Filho/enteado	158	31.4
Neto	14	2.8
Neta	1	0.2
Nora/genro	14	2.8
Outro familiar	25	5.0
Amigo/vizinho	8	1.6
Profissional renumerado	1	0.2
N	504	
Sem informação	6	1.2

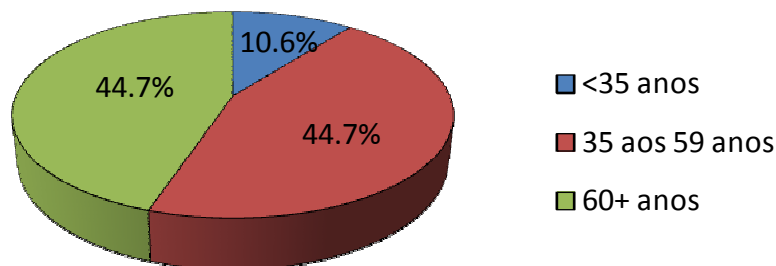
Se analisarmos o tipo de relação da vítima com o agressor segundo o género de vítima, encontramos algumas diferenças. Nas vítimas do sexo feminino, mais de metade dos agressores (52.1%) eram cônjuges e 30.3% eram filhos. Para quase metade das vítimas do sexo masculino, os filhos homens surgiam como os principais perpetradores, e mais de um terço (35.6%) eram cônjuges do sexo feminino. As diferenças observadas entre as duas variáveis foram estatisticamente significativas ($p < 0.001$).

Gráfico 51. Tipo de relação da vítima com o agressor segundo o sexo da vítima
Vítimas do sexo feminino **Vítimas do sexo masculino**



A idade dos agressores variou entre os 20 e os 87 anos, sendo que 10.6% tinha uma idade inferior a 35 anos; 44.7% entre os 35 e os 59 anos e 44.7%, tinha 60 ou mais anos.

Gráfico 52. Distribuição dos agressores identificados pelas vítimas segundo o grupo etário



2.7.2. Características do agressor

Os respondentes foram ainda questionados sobre a presença/ausência no agressor de alguns aspetos (individuais e contextuais) que pudessem potenciar a ocorrência da violência. Note-se que 5 das 11 questões relativas à caracterização do agressor apresentaram elevadas percentagens de respostas **não sabe**.

De acordo com o descrito no quadro 128, 80.2 % das vítimas **coabitavam com o agressor** e 73.3% mantinham uma **relação conflituosa** com o mesmo, prévia à ocorrência da violência. Apenas 26.3% das vítimas responderam afirmativamente à questão do conhecimento das situações de **conflito entre o agressor e outros membros da família**. Uma percentagem considerável de vítimas (43.1%) referiu que o agressor tinha **problemas de isolamento social**.

No que se refere ao **alcoolismo** do agressor, este problema foi referenciado por 42.3% das vítimas. Relativamente a outras formas de dependência e abuso de substâncias,

constatou-se que 13.1% das vítimas descreveram que os agressores tinham problemas de **toxicod dependência** e 5.6.% **problemas do jogo**.

Mais de um terço das vítimas (33.5%) revelou que o agressor dependia de si financeiramente e um quinto das vítimas admitiu que o agressor foi alvo da violência na infância ou adolescência. Cerca de um quarto das vítimas (25.1%) referiu que o agressor tinha outros problemas, nomeadamente de saúde física, familiares (separação, problemas com irmãos, problemas com os pais), financeiros e desemprego.

Quadro 128. Caracterização dos agressores responsáveis pelo ato mais grave identificado pela vítima

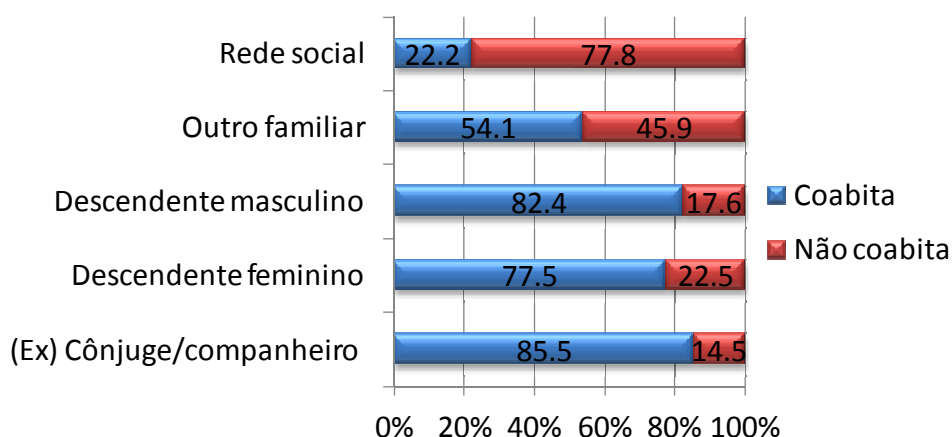
Características do agressor*	N	Sim	Não	Não sabe	Sem informação /recusa responder
Coabitação com a vítima	504	80.2	19.8	-	1.2
Conflito e agressividade					
Com a vítima (prévia à ocorrência de violência)	502	73.3	25.7	1.0	1.6
Com outros familiares com 60+ anos	495	26.3	54.1	19.6	2.9
Isolamento social	503	41.3	54.5	4.2	1.4
Problemas de saúde mental	498	22.5	60.8	16.7	2.4
Comportamentos aditivos					
Alcoolismo	501	42.3	50.9	6.8	1.8
Toxicod dependência	503	13.1	74.8	12.1	1.4
Jogo	501	5.6	85.0	9.4	1.8
Dependente da vítima financeiramente	496	33.5	65.5	1.0	2.8
Vítima de violência na infância/adolescência	496	20.0	55.8	24.2	2.8
Outros problemas	494	25.1	50.8	24.1	3.1

* Respostas de escolha múltipla

De seguida iremos analisar as características pessoais e contextuais associadas ao agressor segundo o tipo de relação da vítima com o agressor. É importante referir que as diferenças observadas entre as 3 características em análise (coabitação, relação conflituosa e dependência financeira) e o tipo de relação da vítima com o agressor eram estatisticamente significativas.

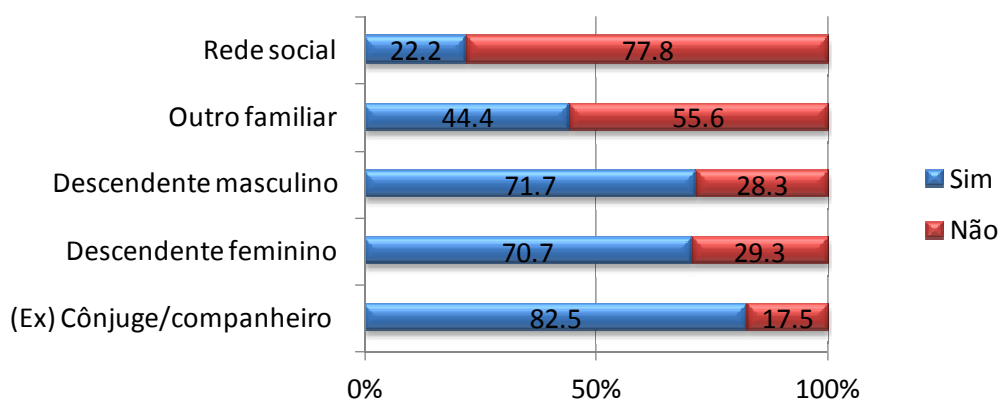
O gráfico que se segue relaciona o agressor com a vítima e a coabitação. Como seria de esperar, a coabitação constitui uma das características mais frequentes dos agressores cônjuges/companheiros e dos descendentes.

Gráfico 53. Coabitação do agressor com a vítima segundo o laço social (N=504)



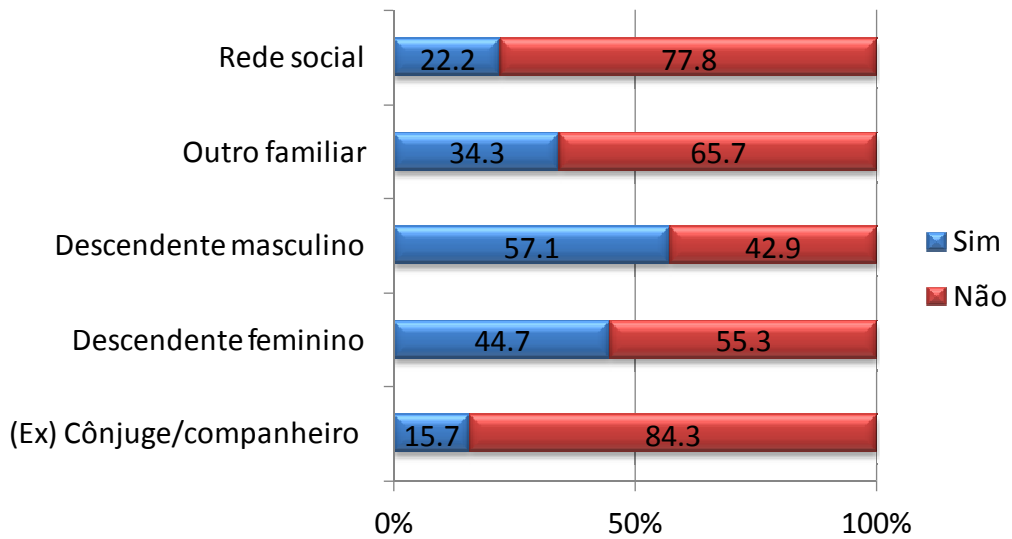
O gráfico 54 permite verificar ainda que uma maior proporção das pessoas sujeitas a violência afirmou ter uma relação conflituosa com o agressor quando o agressor é cônjuge ou companheiro. Também são elevadas as proporções de descendentes com uma história de relação conflituosa com a vítima comparativamente à família alargada e à rede social de contactos.

Gráfico 54. Relação conflituosa do agressor com a vítima segundo o laço social (N=492)



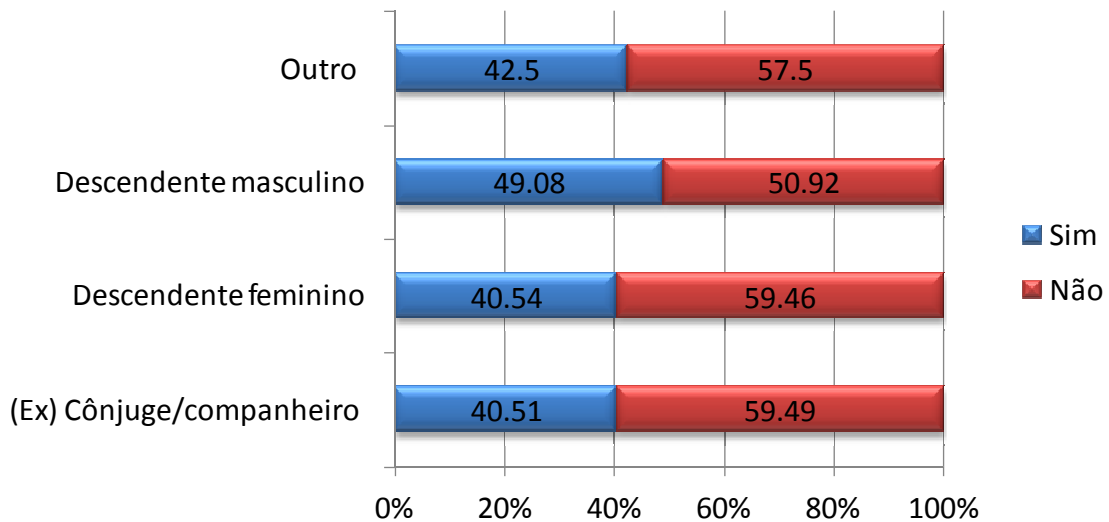
O problema da dependência financeira do agressor surgiu, sobretudo, entre os descendentes do sexo masculino. É de notar que uma menor proporção de vítimas de violência conjugal referenciou este problema.

Gráfico 55. Dependência financeira do agressor face à vítima segundo o laço social (N=491)



No que diz respeito ao isolamento social do agressor, não se observou uma associação desta característica de âmbito contextual com o tipo de relação com a vítima. A problemática do isolamento não variou de acordo com o laço social, registrando-se apenas uma percentagem ligeiramente mais elevada no que diz respeito aos agressores descendentes masculinos.

Gráfico 56. Isolamento social do agressor face à vítima segundo o laço social (N=482)



Conforme disposto no quadro 56, nas características associadas ao agressor, tais como o conflito com outros familiares, os problemas de saúde mental, os comportamentos aditivos ou a vitimização do próprio agressor na infância e adolescência, verificou-se uma elevada percentagem de respostas **não sabe** ou **recusa responder** (variou entre 6.8%-24.2%), o que limitou a análise estatística das associações entre tais características e o tipo de relacionamento da vítima com o agressor.

2.7.3. Caracterização do agressor responsável pela polivitimização

Partindo do modelo socio ecológico, enquanto quadro teórico da violência, considerou-se pertinente no âmbito do presente estudo, analisar a associação (independência) entre as características do agressor e a polivitimização. Note-se que esta análise contemplou apenas 500 vítimas, dado que para 6 vítimas não foi possível identificar o agressor e para 4 a polivitimização foi cometida por vários agressores.

Verificou-se uma associação estatisticamente significativa ($p=0.001$) entre o laço familiar do agressor com a vítima e a ocorrência da polivitimização. Os dados apresentados no quadro seguinte permitiram concluir que a polivitimização é um fenómeno que ocorre sobretudo na família nuclear, entre os cônjuges e entre pais e filhos. É de destacar que os outros familiares e os elementos da rede social alargada foram indicados como agressores somente por 6.5% das polivítimas. Em contrapartida, 17.4% das vítimas de um único tipo de violência identificaram os outros familiares, amigos e outros elementos da rede social alargada como agressores. Também perante este tipo de vitimização os cônjuges e os descendentes surgiram como os principais agressores.

Quadro 129. Tipo de laço familiar entre vítimas e agressores segundo o tipo de vítimas

Laço familiar	Polivítimas		Vítimas	
	n	%	N	%
Cônjuge/companheiro	185	50.3	55	41.7
Descendente	159	43.2	54	40.9
Outro familiar/Rede social	24	6.5	23	17.4
N	368	-	132	-
Sem informação	1.9			

No Quadro 130 apresenta-se a informação relativa às características do agressor responsável pela polivitimização. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a ocorrência da polivitimização e a coabitação ($p=0.001$), a relação conflituosa ($p<0.001$) e a dependência financeira ($p=0.035$).

Quadro 130. Caracterização dos agressores responsáveis pelo ato de violência mais grave segundo o tipo de vítimas

Características do agressor*	Polivítimas		Vítimas		p
	Sim	Não	Sim	Não	
Coabitação com a vítima (N=494)	84.3	15.7	70.8	29.2	0.001
Conflito com a vítima prévio à ocorrência de violência (N=488)	82.3	17.7	50.0	50.0	<0.001
Isolamento social (N=473)	44.7	55.3	59.8	40.2	0.381
Dependente da vítima financeiramente (N=482)	36.5	63.5	26.2	73.8	0.035

*Respostas de escolha múltipla

Uma maior percentagem de polivítimas coabitava com o agressor (84.3%), comparativamente às vítimas sujeitas a um único tipo de violência (70.8%). Do mesmo modo, verificou-se que uma percentagem mais elevada de polivítimas mantinha uma relação

conflituosa com o agressor prévia à ocorrência de violência, em comparação com o outro grupo dos respondentes, (81.7% vs. 50%). A mesma tendência foi registrada para a dependência financeira do agressor (36.0% vs 26.2%). Relativamente ao problema de isolamento social, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas.

Para identificar os fatores que contribuíam para a coocorrência da violência e que permitam diferenciar as polivítimas das vítimas, sujeitas a um único tipo de violência, foi ajustado um modelo de regressão logística. O quadro resume as estimativas de Odds Ratio (OR) de se “ser polivítima no contexto familiar” resultantes do ajustamento do modelo final.

Na interpretação do modelo considerou-se como referência (OR=1) *o indivíduo do sexo masculino, que não coabitava com o agressor e que não tinha uma relação conflituosa, prévia à ocorrência da violência, indivíduo com boa percepção de apoio social e que foi vítima de violência conjugal.*

Os resultados obtidos através da análise de regressão logística permitiram concluir que os indivíduos que **viviam em coabitação** com o agressor evidenciavam uma possibilidade acrescida de serem polivítimas (OR=1.97) face aos indivíduos que não coabitavam com o agressor (grupo de referência, OR=1). O modelo de regressão logística também permitiu concluir que a existência de uma **relação conflituosa prévia à ocorrência da violência** era um fator de risco face à polivitimização. Os respondentes que afirmaram manter uma relação conflituosa com o agressor tinham uma possibilidade de experienciar a coocorrência dos múltiplos tipos de violência (3.56), que excedia o triplo da possibilidade do grupo de referência (sem relação conflituosa prévia com o agressor).

A **falta de apoio por parte da rede social informal** também aumentou o risco de polivitimização. Comparativamente aos indivíduos mais apoiados, os indivíduos que afirmaram ter pouco apoio tinham 2.83 vezes mais possibilidade de serem polivítimas. De modo semelhante os indivíduos que reportaram uma ausência do apoio por parte de rede informal tinham 2.88 vezes mais possibilidade de serem também polivítimas.

Assim os resultados permitiram concluir que os fatores que determinam a coocorrência dos múltiplos tipos de violência foram variáveis contextuais relativas ao agressor.

Quadro 131. Modelo de regressão logística: fatores associados à vulnerabilidade na polivitimização

	OR	IC 95%	p
Vítima coabitação com agressor			
Não	1.00	-	0.016
Sim	1.97	[1.14; 3.4]	
Relação conflituosa com o agressor			
Não	1	-	<0.001
Sim	3.56	[2.18; 5.8]	
Perceção do apoio			
Muito	1	-	
Suficiente	1.41	[0.76; 2.6]	0.280
Pouco	2.83	[1.33; 6.0]	0.007
Incerto	1.99	[0.68; 5.8]	0.208
Não tem apoio	2.88	[1.15; 7.15]	0.023
Laço com o agressor			
Cônjuge	1	-	
Descendente	0.95	[0.56; 1.63]	0.876
Outro	0.62	[0.28; 1.4]	0.249
Sexo da vítima			
Masculino	1	-	
Feminino	1.33	[0.79; 2.2]	0.283
Idade	1.01	[0.98; 1.1]	0.494

Em síntese, através deste modelo podemos concluir, que as vítimas que coabitavam com o agressor; que mantinham uma relação conflituosa com o agressor, prévia à ocorrência da violência e que não possuíam apoio da rede social informal, eram mais vulneráveis à polivitimização.

2.8. Apresentação prévia de queixa/denúncia

No que respeita à apresentação das situações de negligência e violência a terceiros, as vítimas foram questionadas sobre se, para além da instituição onde decorreu a recolha de dados, tinham já anteriormente contactado alguma instituição ou serviço sobre a situação da violência vivenciada²⁹.

A maioria dos participantes não tinha contactado nenhuma instituição ou apresentado queixa/denúncia anteriormente. Dos indivíduos com respostas válidas (504) apenas 20.8% afirmaram terem recorrido a outra instituição ou serviço para além daquela onde foi aplicado o questionário. Dos indivíduos que responderam afirmativamente à questão, 7.5% referenciou na própria instituição onde decorreu a entrevista.

²⁹ A questão colocada neste âmbito foi idêntica para a APAV, ISS,IP e GNR (*Tinha já anteriormente contactado outra instituição ou serviço sobre a situação de violência, maus-tratos e/ou negligência porque passou nos últimos 12 meses?*) e, no caso do INMLCF,IP foi adaptada ao respetivo contexto institucional, sendo ligeiramente diferente (*Para além das forças policiais que a (o) encaminharam para o INML tinha já, anteriormente, contactado com outra instituição ou serviço sobre os atos de violência, maus-tratos e/ou negligência por que passou?*).

A maioria dos participantes não tinha contactado nenhuma instituição ou apresentado queixa/denúncia anteriormente.

Quadro 132. Apresentação anterior de queixa/denúncia

Falar, contactar ou apresentar queixa	n	%
Sim, noutra instituição	105	20.8
Sim, na própria instituição	38	7.5
Não	361	71.6
N	504	100
Sem informação	6	1.2

Procurou-se também saber se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que procuraram várias instituições/serviços para apresentar queixa ou denunciar e os participantes que apenas tinham apresentado queixa/denúncia num local (instituições parceiras de recolha de dados). Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a anterior apresentação da queixa/denúncia e as características sociodemográficas das vítimas: sexo ($p=0.269$); grupo etário ($p=0.414$); estado civil ($p=0.130$). O estado de saúde ($p=0.889$) e o estado funcional ($p=0.264$) também não se diferenciaram entre os participantes que não tinham anteriormente apresentado queixa/denúncia e os que já tinham efetuado.

Quadro 133. Apresentação anterior de queixa/denúncia segundo as características sociodemográficas da vítima

	Apresentou queixa noutra instituição	Apresentou na própria instituição	Não apresentou queixa	p
Sexo (N=504)				0.269
Masculino	15.7	7.4	76.9	
Feminino	22.5	7.6	70.0	
Grupos etários (N= 504)				0.414
60-69anos	19.7	8.8	71.5	
70-79anos	23.9	7.2	68.9	
80+ anos	17.3	4.0	78.7	
Estado civil (N=496)				0.130
Solteiro	14.3	7.1	78.6	
Casado/união de facto	18.4	9.2	72.4	
Divorciado/separado	32.8	1.7	65.5	
Viúvo	22.5	5.8	71.7	
Doença crónica (N = 486)				0.889
Sim	20.0	7.8	72.2	
Não	21.7	7.0	71.3	
Necessidade da ajuda nos AVDs (N=503)				0.264
Sim	26.0	7.0	67.0	
Não	19.1	7.7	73.2	

Relativamente à ocorrência da violência e ainda que não se tenham encontrado diferenças no tipo de relação da vítima com o agressor ou por tipos de violência ($p=0.737$), observaram-se diferenças na apresentação anterior da queixa/denúncia entre os indivíduos que foram vítimas de um tipo de violência e as polivítimas.

No quadro que se segue desagrega-se a apresentação da queixa/denúncia, anterior à aplicação do questionário, de acordo com o tipo de relação da vítima com o agressor, para a qual não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 134. Apresentação anterior de queixa/denúncia segundo o tipo de relação com o agressor

	Cônjuge/ companheiro	Descendente feminino	Descendente masculino	Outro
Sim, noutra instituição	18.8	17.5	22.8	25.5
Sim, na própria instituição	7.0	10	8.8	4.3
Não apresentou queixa	74.2	72.5	68.4	70.2
Total	100	100	100	100
N = 498; Sem informação=2.4%				

No quadro que se segue observamos a distribuição da apresentação de queixa/denúncia para a violência física e psicológica, para as quais não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Não foi possível analisar a apresentação da queixa/denúncia para todos os tipos de violência tendo em conta as reduzidas frequências registadas para a negligência e para a violência financeira.

Quadro 135. Apresentação anterior de queixa/denúncia segundo o tipo de violência

Falar, contactar ou apresentar queixa	Violência física	Violência psicológica	p
Sim, noutra instituição	12.0	7.4	0.737
Sim, na própria instituição	2.1	3.7	
Não apresentou queixa	85.9	88.9	
N = 119			

Relativamente aos indivíduos que foram vítimas de um só tipo de violência e aos que foram sujeitos a vários tipos de violência em simultâneo, podemos observar que uma maior percentagem das polivítimas procurou ajuda. É também de notar que as combinações de instituições/serviços contactados eram mais complexas no caso das polivítimas, uma vez que abrangeram maior número de instituições.

Quadro 136. Apresentação de queixa/denúncia segundo o tipo de vitimização

Falar, contactar ou apresentar queixa	Polivítima	Vítima	p
Sim, noutra instituição	23.4	13.3	0.001
Sim, na própria instituição	9.3	2.3	
Não apresentou queixa	67.3	84.4	
N = 504; Sem informação=1.2%			

Os dois quadros seguintes referem-se à apresentação de queixa/ denúncia anterior e ao apoio social, formal e informal. No Quadro 137 podemos ver que há diferenças significativas entre os indivíduos com uma pior perceção do apoio e suporte por parte da sua rede social informal (“Não tem certeza da disponibilidade de apoio”, “Não tem /não quer apoio” e “Sim, poucas”) e os indivíduos com uma perceção mais positiva (“Sim, muitas” e “Sim, suficientes”). As vítimas com uma pior perceção do apoio social informal contactaram mais instituições do que as vítimas que se sentiam mais apoiadas.

Quadro 137. Apresentação de queixa/denúncia segundo a perceção do apoio informal

Perceção do apoio	Apresentou queixa noutra instituição	Apresentou na própria instituição	Não apresentou queixa	p
Sim, muitas	17.6	5.4	77.0	0.035
Sim, suficientes	14.6	6.3	79.0	
Sim, poucas	24.4	10.6	65.0	
Não tem certeza da disponibilidade de apoio	33.3	9.1	57.6	
Não tem/não quer apoio	29.7	7.8	62.5	
N = 499; Sem informação=2.2%				

No que concerne ao apoio formal, verificou-se que as vítimas que frequentavam serviços apresentaram queixa mais frequentemente.

Quadro 138. Apresentação de queixa/denúncia segundo frequência de serviços

Serviços de Apoio	Apresentou queixa noutra instituição	Apresentou na própria instituição	Não apresentou queixa	p
Frequenta	38.2	3.9	57.9	0.001
Não frequenta	17.1	8.3	74.6	
N = 485; Sem informação=4.9%				

Procurou-se também saber se existiam diferenças estatisticamente significativas relativamente às características dos agressores, tal como caracterizadas pelos participantes. Dado o elevado número de valores omissos, apenas foi possível analisar a “coabitação com o agressor” e a “existência prévia de uma relação conflituosa”. Todavia, não se observaram diferenças no que diz respeito à coabitação com o agressor entre os participantes que tinham já anteriormente apresentado queixa/denúncia noutras instituições e os participantes que apenas tinham apresentado queixa/denúncia num local (instituições parceiras de recolha de dados).

Quadro 139. Apresentação de queixa/denúncia segundo a coabitação com o agressor

	Coabitação	Não coabitação	P
Sim, noutra instituição	20.8	20.2	0.303
Sim, na própria instituição	8.5	4.0	
Não apresentou queixa	70.7	75.8	
N= 491, Sem informação=3.7%			

No entanto, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à existência de uma relação conflituosa entre a vítima e o agressor, prévia à ocorrência de violência. As vítimas que indicaram ter previamente uma relação conflituosa com o agressor apresentaram queixa mais frequentemente.

Quadro 140. Apresentação de queixa/denúncia segundo a relação conflituosa prévia com o agressor

	Relação conflituosa	Não conflituosa	p
Sim, noutra instituição	23.9	12.6	0.001
Sim, na própria instituição	9.1	3.2	
Não apresentou queixa	67.0	84.3	
N= 491, Sem informação=3.7%			

2.8.1. Instituições e serviços contactados

Foram também contabilizadas o número de instituições/serviços a que as vítimas terão recorrido ou contactado no decorrer da situação de violência (para além da instituição ou serviço onde decorreu a aplicação do questionário). De notar que no caso dos respondentes cuja recolha decorreu no INMLCF,IP foram também contabilizadas as instituições que encaminharam as vítimas para o Instituto: GNR (n=94); PSP (n=140) ou outro serviço (Ministério público, DIAP, Tribunal n=18). Estes respondentes foram, assim, caracterizados como tendo contactado duas instituições/serviços relativamente à situação de violência vivenciada.

No quadro que se segue observamos que quase metade dos respondentes contactou ou recorreu a duas instituições (48.0%). No entanto, é importante referir que, neste caso, também se contabilizaram os participantes do INMLCF, IP dado que estes foram encaminhados para este Instituto através de outras instituições. Assim, dos 245 participantes indicados como tendo contactado duas instituições, 209 corresponderam a indivíduos que pertenciam à amostra do INMLCF, IP.

Um total de 196 vítimas (38.4%) contactou apenas a instituição onde foi aplicado o questionário, ou seja uma das seguintes entidades parceiras: APAV, ISS, IP e GNR. Apenas um pequeno número de indivíduos (13.5%) contactou mais do que duas instituições sobre a situação de violência que experienciou.

Quadro 141. Número de instituições contactadas pelas vítimas

Número de instituições	n	%
1	196	38.4
2	245	48.0
3	42	8.2
4	19	3.7
5	7	1.4
6	1	0.2

Procurou-se ainda descrever as combinações de instituições e serviços identificados pelos participantes para a apresentação da queixa/denúncia anterior. No total foram identificadas 60 combinações distintas, o que revelou uma grande diversidade em termos de escolha e processo de decisão das vítimas na apresentação da queixa/denúncia. O quadro seguinte apresenta as combinações que foram mais frequentemente referidas pelos respondentes ($n \geq 5$)³⁰.

São de destacar as forças de segurança (GNR e PSP), na medida em que a maioria das vítimas recorreu a estas para denunciar a situação de violência, não obstante terem respondido posteriormente ao questionário, no INMLCF, IP.

Quadro 142. Instituições contactadas pelas vítimas de violência

Instituições contactadas	N	%
GNR	121	23.7
PSP e INMLCF, IP	115	22.6
GNR e INMLCF, IP	81	15.9
ISS, IP	38	7.5
APAV	37	7.3
ISS, IP e GNR	14	2.8
Ministério público e INMLCF, IP	13	2.6
PSP, INMLCF, IP e APAV	7	1.4
PSP e APAV	6	1.2
ISS, IP, GNR e INMLCF, IP	5	1.0
Profissional de saúde, ISS, IP, GNR	5	1.0

2.8.2. Motivos para a não apresentação prévia de queixa/denúncia

Também se questionou as vítimas que não apresentaram denúncia e/ou queixa anteriormente, sobre os motivos para não o fazerem: “se nunca contactou nenhum serviço ou instituição qual a principal razão para não o fazer?”. Esta questão não foi incluída no questionário aplicado pelo INMLCF, IP pelo que a análise que se segue refere-se apenas aos participantes de três das entidades parceiras: APAV, ISS, IP e GNR.

³⁰ Dado o elevado número de combinações possíveis, optou-se por apenas apresentar as combinações referidas por 5 ou mais participantes.

Dos motivos referidos por 173 respondentes, para não denunciar ou apresentar queixa noutra instituição destacam-se o medo de represálias (33.0%), a proteção do agressor (28.9%) e a proteção da família (21.4%). Estes dados indicam que possivelmente as vítimas de violência, da presente amostra, adiaram a decisão de pedir ajuda para proteger o núcleo familiar (nomeadamente o agressor), ainda que o medo pareça desempenhar um papel importante. Há também a destacar os 19.1% de indivíduos que considerou a situação de violência vivenciada como irrelevante. As vítimas indicaram com menor frequência a falta de informação/oportunidade (11.6%), o medo que ninguém acreditasse (8.7%) e o receio de ficar só (5.8%).

Quadro 143. Motivos da inibição para a denúncia

Motivo para não falar, contactar ou apresentar queixa*	n	%
Irrelevância	33	19.1
Proteção da família	37	21.4
Proteção do agressor	50	28.9
Medo de represálias	57	33.0
Receio de ficar só	10	5.8
Falta de informação/ oportunidade	20	11.6
Receio que ninguém acreditasse	15	8.7
Não foi alvo de violência antes	5	2.0
Vergonha	3	1.2
Outro	3	1.2

N=173
*Respostas de escolha múltipla

Discussão de resultados

I. Caracterização dos inquiridos

Este estudo apresenta um retrato social das pessoas idosas vítimas de violência no espaço familiar que recorreram ao apoio de instituições. Eram sobretudo mulheres, entre os 60 e os 69 anos, casadas e a residir em núcleo familiar composto sobretudo por duas pessoas. Os respondentes apresentavam na sua maioria uma escolaridade e um rendimento baixo, encontravam-se em situação de reforma e desempenharam no passado profissões pouco qualificadas.

Este retrato-tipo da vítima vai ao encontro de outros estudos internacionais que igualmente reportam a forte genderização do fenómeno, em desfavor das mulheres. De facto, aqueles que se basearam em amostras representativas da população mostram que as mulheres estavam potencialmente em maior risco de serem vítimas de violência global (Marmolejo, 2008) ou apenas em determinados tipos de violência (Laumann et al., 2008; O'Keeffe et al., 2007; Podnieks, 1993). Esta tendência também se verificou em estudos que utilizaram amostras de conveniência, onde as mulheres surgiam como as principais vítimas (Iecovich et al., 2005; Santos et al., 2013).

No presente estudo o estado civil surgiu associado à violência, uma vez que grande parte dos agressores indicados pelas vítimas eram os seus cônjuges/parceiros. Estamos perante uma parte significativa de vítimas que reportaram situações de violência conjugal, sendo a maioria das vítimas ainda casada.

Numa revisão de estudos de prevalência da violência contra as pessoas idosas, Cooper e colaboradores (2008) alertam para o facto de os inquiridos detetarem atos que refletem toda uma vida de relações interpessoais violentas, a par de situações que surgem com o envelhecimento. No estudo em apreço constata-se esta relação sobretudo nas mulheres. Para quase metade das vítimas do sexo masculino os filhos-homens surgiam como os principais perpetradores, seguidos dos cônjuges.

No presente estudo, a violência foi mais prevalente nos grupos etários mais jovens, o que é sobreponível a outros estudos internacionais. Mesmo em estudos com amostras populacionais representativas observou-se que os grupos etários mais jovens apresentavam uma maior vulnerabilidade face à violência psicológica, física e sexual (Acierno et al., 2010; O'Keeffe et al., 2007). Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Santos e colaboradores, no qual se verificou que a violência ocorria mais frequentemente nas pessoas com menos de 70 anos (Santos et al., 2013).

A vítima oriunda de grupos relativamente jovens leva-nos a interrogar se a idade não será uma variável mediadora da deterioração e fragilidade física. Por outras palavras, serão as pessoas idosas e sem incapacidade que recorrerão mais aos serviços a fim de denunciarem a vitimização a que estão sujeitas, enquanto aquelas com maiores dificuldades físicas estão impossibilitadas para o fazer?

Como se concluiu a maioria das vítimas apresentou problemas de saúde física e sintomas depressivos. Quase um quarto das vítimas tinha dificuldade em pelo menos uma das

atividades básicas da vida diária: andar, tomar banho, despir/vestir-se, deitar/levantar-se da cama, utilizar a sanita, cortar/comer comida, tarefas domésticas ou tomar os medicamentos.

Os indivíduos que referiram a necessidade de ajuda nas AVD foram questionados também sobre quais as pessoas na rede social informal que lhes prestavam apoio. Da caracterização da rede de suporte informal concluiu-se que era a família direta, ou seja, as filhas, os cônjuges e os filhos-homens que exerciam um papel preponderante na rede de solidariedade informal. Mais de um terço das vítimas afirmou ter um número de pessoas suficiente para apoiar ou pedir ajuda, quando necessário. A falta de suporte informal, ou seja de não ter ninguém disponível ou não querer ter ninguém, foi referenciado por uma percentagem importante de vítimas (19.8%). Somente uma pequena percentagem de respondentes (15.7%) usufruía de serviços de apoio social.

Outra característica relevante sobre a vítima diz respeito aos determinantes socioeconómicos, tendo-se verificado um predomínio de profissionais executantes de baixo rendimento, nos quais se incluíam os indivíduos com profissões pouco qualificadas, que tinham trabalhado por conta de outrem ou por conta própria, cuja escolaridade era reduzida e auferiam de um baixo rendimento. Este perfil de vítima vai ao encontro de outros estudos internacionais, nomeadamente o estudo de Naughton e colaboradores (2010), Iecovich (2005) e Dong e Simon (2013). No estudo de Naughton e colaboradores (2010) verificou-se que as pessoas oriundas de profissões operárias, com baixos rendimentos e baixa escolaridade, tinham uma maior possibilidade de serem vítimas de violência do que as que dispunham de maiores rendimentos, habilitações literárias superiores e exerciam profissões não manuais (Naughton et al., 2010). Uma escolaridade reduzida e um baixo rendimento foram traços sociográficos encontrados igualmente noutros estudos (Iecovich et al., 2005; Dong & Simon, 2013).

Considerando o próprio desenho do estudo e a utilização de uma amostra não probabilística, não se pode contudo afirmar que as pessoas idosas vítimas de violência sejam pessoas mais desfavorecidas, económica ou socialmente. Neste caso, o facto de os dados serem recolhidos junto destas entidades, poderá ser indicativo do perfil de vítimas que a elas recorre. Ou seja, possivelmente recorrerão a estas entidades as vítimas com menores recursos sociais e económicos, enquanto as vítimas mais favorecidas poderão fazer uso de outros recursos.

II. A intensidade do problema da violência

A violência física (87.8 %) e a violência psicológica (69.6%) foram os tipos de violência mais reportados, seguindo-se a violência financeira (47.5%). Uma proporção significativamente menor referenciou a violência sexual (7.5%) ou a negligência (6.5%). Estes dados não vão ao encontro dos estudos de prevalência de base populacional internacionais, nos quais a violência psicológica tende a ser a forma mais reportada ao passo que a violência física, em conjunto com a violência sexual, constituem as menos reportadas.

Na violência psicológica o ato mais reportado foi o gritar, ofender, insultar e humilhar, seguido do ameaçar e ignorar. Estas condutas foram cometidas principalmente no seio da

família nuclear, sobretudo por cônjuges/companheiros, seguido dos descendentes do sexo masculino.

A agressão física (bater/agredir) foi a conduta maioritariamente relatada na violência física, seguida do impedir de falar, estar com outras pessoas. Estas condutas foram igualmente perpetradas no âmbito da família nuclear. Os cônjuges foram os principais responsáveis, juntamente com os descendentes. No entanto, observou-se uma diferença de acordo com o sexo da vítima. As mulheres reportaram mais este ato de violência por parte dos cônjuges/companheiros, enquanto nos homens os principais agressores foram os descendentes.

Na polivitimização, as condutas de violência psicológica tal como o gritar, ofender, insultar e humilhar e o ameaçar e ignorar, surgiram, em simultâneo, com as condutas de violência física (bater/agredir). Dada a preponderância dos cônjuges/companheiros, indicados sobretudo pelas vítimas femininas, poderemos estar perante situações de violência conjugal envelhecida. A violência conjugal envelhecida (Penhale, 2003; Straka & Montminy, 2006) é designada como sendo a violência que se iniciou cedo na vida do casal e que perdura na idade avançada ou aquela que engloba as vivências de violência face a um relacionamento recente.

Em estudos de prevalência que utilizam amostras de base populacional, a violência financeira surgia usualmente como a segunda forma de violência mais reportada pelas pessoas idosas. No caso da presente amostra a violência financeira foi reportada por metade das vítimas inquiridas, correspondendo ao terceiro tipo de violência mais referenciado. Resultado que vai ao encontro de outros estudos que utilizaram igualmente amostras por conveniência (Iecovich, 2005) ou de casos reportados junto da polícia (Santos et al., 2013), nos quais os roubos surgiam como o ato de violência financeira mais comum.

No presente estudo observou-se que das várias condutas avaliadas na violência financeira foi o roubo ou a utilização de objetos e/ou bens sem a autorização do próprio a conduta mais nomeada. Contrariamente ao que foi observado na violência psicológica e física, os agressores mais frequentemente reportados foram os descendentes. Contudo, também neste tipo de violência é importante considerar o sexo da vítima. As vítimas do sexo feminino identificaram mais frequentemente os cônjuges/companheiros como os principais perpetradores da conduta roubar, comparativamente às vítimas do sexo masculino. Neste caso poderemos estar perante também outra forma de violência conjugal, uma vez que o controlo financeiro foi muitas vezes descrito como uma das estratégias utilizadas pelos agressores no âmbito da violência conjugal.

A segunda conduta mais reportada diz respeito à não partilha de despesas domésticas, após ter sido acordado entre as partes. Esta foi cometida sobretudo por cônjuges/companheiros (43.3%) e descendentes-homens (43.3%). É, no entanto, necessário ter em consideração o sexo da vítima, uma vez que para as vítimas do sexo feminino os dados apontaram para um peso acrescido da violência conjugal. No caso das vítimas homens a violência reportada era sobretudo filial, perpetrada pelos descendentes do sexo masculino.

Concluiu-se que a maioria dos respondentes vivenciou situações de polivitimização, afetando tanto homens como mulheres e em todos os grupos etários. Mais de metade das

vítimas foi sujeita entre 2 a 4 condutas diferentes, sendo as combinações mais frequentes a “física, financeira e psicológica” e a “física e psicológica”. Este resultado vai ao encontro do estudo de Iecovich e colaboradores (2005) que, para além dos tipos de violência que surgiam isolados, a psicológica surgia muito associada à financeira e a física à psicológica.

A violência sexual, nem sempre é avaliada nos diferentes estudos, mesmo os de base populacional (Cooper et al., 2008), pela complexidade do problema e tende a ser o tipo de violência menos reportado, mesmo em estudos com amostra não probabilísticas (Iecovich, 2005). Este tipo de violência é de difícil medição não só pelo estigma associado, mas também pelo facto de os poucos estudos desenvolvidos indicarem que ocorre mais frequentemente em mulheres em situação de incapacidade física e mental, e dependentes dos seus cuidadores do sexo masculino (Teaster & Anetzberger, 2010). De facto, o presente estudo observou que a violência sexual foi cometida maioritariamente no âmbito das relações conjugais e reportada por mulheres, das quais 16% já se encontravam em situação de incapacidade física.

À semelhança da violência sexual, a negligência foi uma das formas de violência menos reportadas independentemente do tipo de amostragem. Esta subestimação poderá ser explicada pela dificuldade que é, não só avaliar e medir este tipo de violência, como a maior parte dos estudos sobre esta temática excluem os indivíduos com problemas cognitivos e mentais, estando por isso, mais vulneráveis à violência.

Os principais agressores indicados, no presente estudo, para a negligência foram os cônjuges/companheiros, seguidos dos descendentes. Contudo, no presente estudo sobressai o peso significativo dos descendentes do sexo masculino, o que vem contrariar alguns dos resultados identificados na literatura que apontavam para o papel preponderante das filhas na violência explicada pela feminização dos cuidados, sobretudo na negligência (dada a proximidade e situações de conflito que o cuidado pode gerar) e a preponderância dos filhos-homens noutros tipos de violência (Lachs & Pillemer, 2004).

III. O agressor e o contexto

Os vários fatores de risco identificados pelas vítimas relativamente aos agressores vão também ao encontro do que tem sido reportado por outros estudos. A maioria das vítimas indicou que coabitava com o agressor e mantinha uma relação conflituosa prévia à ocorrência da violência. Cerca de 40% referiu que o agressor tinha problemas de alcoolismo e um terço das vítimas indicou que este dependia de si financeiramente. A dependência financeira surgiu em maior proporção associada aos descendentes do sexo masculino. Estes dados deverão, por um lado, ser interpretados com alguma precaução dado que foram obtidos por proxy, ou seja através da vítima. Por outro lado, o elevado número de respostas omissas obtidas, com a especificação do não sabe ou não responde, podem indiciar o medo ou a não assunção das problemáticas associadas ao agressor.

Uma maior vulnerabilidade à polivitimização foi encontrada nas vítimas que coabitavam com o agressor, que mantinham uma relação conflituosa prévia à ocorrência da violência e que não possuíam apoio da rede social informal. Neste sentido, alguns estudos têm indicado que os agressores pertencentes ao núcleo familiar estão envolvidos em mais que uma forma

de violência (Baron & Wilty, 1996 em Iecovich et al., 2005), o que parece ir ao encontro da preponderância da violência intrafamiliar (da família nuclear) observada neste estudo.

IV. Apresentação da denúncia

O perfil das vítimas está também interligado com as entidades parceiras onde os questionários foram aplicados. De facto, observou-se uma associação entre as entidades, onde os questionários foram recolhidos, e os tipos de violência denunciadas. Como seria expectável, dada a natureza da instituição a violência física surgiu com maior frequência nos questionários aplicados pelo INMLCF, IP enquanto a negligência e a violência psicológica foi reportada com maior preponderância no ISS, IP.

A maioria das vítimas do presente estudo dirigiu-se, pela primeira vez, à instituição onde foram recolhidos os dados. As principais razões apresentadas pelos respondentes para não terem anteriormente apresentado queixa ou denúncia foram o medo de represálias e a proteção do agressor e da família.

Dado que a maioria dos agressores pertenciam à família nuclear (cônjuges/companheiros e descendentes) pode-se colocar a hipótese da proteção do núcleo familiar (nomeadamente do agressor) ser um dos determinantes na tomada de decisão das vítimas em procurar ajuda. Além disso, o medo de represálias poderá estar associado também à severidade da violência vivida, o que poderá explicar as diferenças que foram encontradas entre a anterior apresentação de queixa/denúncia pelas vítimas e polivítimas. De facto, existiu uma maior proporção de polivítimas a contactar anteriormente os serviços para expor a situação de violência vivenciada.

Este comportamento para a denúncia vai ao encontro de outros estudos que apontam para que a severidade da violência seja um fator decisório para o processo de denúncia. Alguns estudos mostram que as polivítimas tendem a procurar ajuda mais frequentemente, reportando junto dos serviços a situação de violência (Iecovich, 2005; Newman, Seff, & Beaulaurier, 2010).

As forças de segurança pública foram as entidades mais frequentemente referenciadas pelas vítimas como sendo aquelas onde reportaram anteriormente a situação de violência.

Podem ser várias as barreiras que contribuem para a subnotificação do problema, as quais se desenvolvem e constroem num contexto socio cultural específico. Valores e normas culturais, crenças e tradições afetam significativamente a vida familiar, ditando os papéis e responsabilidades dos seus diferentes membros, como estes se relacionam, tomam decisões, definem problemas e distribuem recursos. Ou seja, a cultura determina, por isso, o modo como as pessoas idosas percecionam, reportam e solicitam ajuda (Lee & Eaton, 2009). Na sociedade a própria resposta social à violência e a sua utilização por parte das vítimas depende, não só da sua existência, mas também da forma como estas são percecionadas, como seja a sua credibilidade. Além disso, existem aspetos práticos como os recursos económicos (dinheiro, capacidade funcional e transportes) que interferem na decisão de procurar ajuda (Moon & Evans-Campbell, 1999). Neste sentido, os valores e normas que regem o “ideal” de família na sociedade portuguesa parecem contribuir para a invisibilidade da

violência e para a sua não denúncia, seja pela preservação da família e dos laços afetivos com o agressor, o medo de represálias e a falta de informação por parte das vítimas dos seus direitos.

É, assim, crucial que as respostas sociais existentes tenham em conta os aspetos culturais nas soluções que oferecem.

Limitações

Como limitações do presente estudo destacam-se as seguintes.

O estudo não considerou os indivíduos com problemas cognitivos (por ex. pessoas em desestruturação emocional) e problemas de saúde graves (por ex. afásicos) e de facto a literatura sugere que estes grupos podem ser os mais vulneráveis face à violência.

Não foi possível calcular taxa de resposta porque se desconhecia o total de vítimas no período em análise.

Tratando-se de uma amostra não probabilística (por conveniência) reveste-se das limitações inerentes à mesma, pelo que os resultados não são representativos da totalidade das vítimas portuguesas, embora possam descrever as vítimas que recorrem às entidades parceiras.

A elevada percentagem de não respostas que se obteve na caracterização do agressor, inviabilizou a obtenção de um perfil mais exato sobre o mesmo.

O eventual desconhecimento da vítima sobre as características do agressor ou a inibição daquela face à caracterização conduziram à obtenção de uma elevada percentagem de respostas não sabe; facto que limitou a análise estatística das associações entre as características do agressor e da vítima, bem como a análise estatística multivariada.

Subcapítulo IV.2: Violência física em contexto familiar - a perspectiva forense

Introdução

Neste subcapítulo procede-se à caracterização das vítimas com 60 anos ou mais (60+) que foram submetidas a perícia médico-legal no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF, IP) e que participaram, entre Dezembro de 2011 e Março de 2013, no questionário da amostra presencial do projeto “Envelhecimento e Violência”. Estes dados correspondem à aplicação de um instrumento adicional que recolheu informação sobre o tipo de ferimento e lesão avaliada na perícia médico-legal (Cf. Anexo I) e por isso correspondem aos *casos da violência física contra as pessoas idosas, no espaço familiar, avaliados no INMLCF, IP*.

A recolha dos dados decorreu entre Dezembro de 2011 e Março de 2013, tendo contemplado os seguintes aspetos:

- *Caracterização do episódio de violência* - caracterização da vítima e do agressor, tipo de lesões, tipo de instrumentos utilizados na agressão.
- *Conclusões do relatório pericial* -nexo de causalidade, período total de doença, período de afetação da capacidade geral e profissional (se aplicável), consequências permanentes de agressão, necessidade de acompanhamento e medidas psicossociais.

No período considerado obtiveram-se 259 formulários em suporte de papel e os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados construída no programa SPSS.

A referida base de dados foi submetida a um processo de validação. Do total de formulários procedeu-se à exclusão de:

- *4 questionários referentes a participantes que exerceram o direito de recusar prosseguir a participação no estudo;*
- *2 questionários por serem referentes ao mesmo caso;*
- *2 questionários que não cumpriam os critérios de elegibilidade;*
- *12 questionários que não tinham preenchidos os campos relativos ao tipo de instrumento usado ou referentes às consequências médico-legais.*

Para efeitos da presente análise, não foram igualmente considerados 18 formulários em que não foi registado qualquer ato da violência física.

1. Apresentação de resultados

1.1. Caracterização das vítimas e dos agressores

A amostra obtida engloba 221 exames periciais, todos enquadráveis nos crimes contra a integridade física. Procede-se de seguida à análise dos casos reportados segundo a distribuição por região, características da vítima, do agressor e do evento/incidente e consequências para a vítima.

No que se refere à distribuição das vítimas por região, constatou-se que 77.4% provinham da região Norte, seguindo-se a região Centro (8.6%) e Lisboa e Vale do Tejo – LVT (7.7%), conforme detalhado no Quadro 144.

Quadro 144. Distribuição dos casos por região segundo o local de residência da vítima

Região (N=221)	n	%
Norte	171	77.4
Centro	19	8.6
LVT	17	7.7
Alentejo	6	2.7
Algarve	-	-
RA: Madeira	-	-
RA: Açores	8	3.6

Verificou-se um predomínio de vítimas do sexo feminino (73.8%) e de indivíduos pertencentes ao grupo etário mais jovem, com idades situadas entre os 60 e os 69 anos (Quadro 145).

Quadro 145. Distribuição das vítimas segundo os grupos etários e o sexo

Grupos etários (N=221)	n	%
60-69 anos	129	58.4
70-79 anos	62	28.0
80+ anos	30	13.6
Sexo (N=221)		
Masculino	58	26.2
Feminino	163	73.8

O perfil do agressor correspondeu, maioritariamente, a indivíduos do sexo masculino com idade superior a 35 anos e, em cerca de metade dos casos, com 60+ anos. Mais de metade dos agressores (52.9%) foram os cônjuges ou companheiros/as da vítima, seguindo-se os descendentes (em 35.7% das situações) (Quadro 146).

Quadro 146. Caracterização do agressor e do tipo da relação com a vítima

	N	%
Sexo (N=221)		
Masculino	180	81.4
Feminino	41	18.6
Grupo etário (N=205)		
Até 35	20	9.8
35-60	86	41.9
60+	99	48.3
Laço familiar (N=221)		
Cônjuge/companheiro	117	52.9
Filho(a)	79	35.7
Neto(a)	7	3.2
Nora/genro	4	1.8
Sobrinho(a)	4	1.8
Amigo/vizinho	3	1.4
Cunhado(a)	3	1.4
Irmã(o)	3	1.4
Primo(a)	1	0.5

No que diz respeito ao laço com o agressor é importante referir as diferenças verificadas de acordo com o sexo da vítima. As mulheres reportaram mais violência por parte dos cônjuges/companheiros (57.7%), enquanto os homens os principais agressores reportados foram os descendentes (filhos e filhas) (48.3%).

1.2. Caracterização das condições de ocorrência dos casos da violência e resultados da avaliação pericial

O agressor recorreu na maioria dos casos a instrumentos de natureza contundente (n=217) e, em 13 casos, a instrumentos cortantes/cortoperfurantes. Em 98 situações (44.34%), para além dos instrumentos especificados no quadro 147, o agressor usou objetos utilitários (guarda-chuva, panela, garrafa, garfo, etc.) ou ajudas técnicas (canadiana, bengala, etc.), tendo-se ainda observado 5 casos de mordeduras.

Quadro 147. Súmula dos instrumentos contundentes mais frequentemente reportados pela vítima

Instrumento (N=217)	n	%
Murros	89	41.0
Empurrão	74	34.1
Apertão	57	26.3
Pontapés	33	15.2
Queda	19	8.8
Cabeçada	8	3.7

Num episódio de agressão podem ter sido utilizados mais do que um tipo de instrumento, as % foram calculadas com base em nº total de indivíduos observados que indicaram ter sido usado instrumento de natureza contundente

A maioria das vítimas (62.0%) não recorreu à assistência médica na sequência da agressão e, daquelas que o fizeram, somente em dois casos foi necessário internamento hospitalar, que não se prolongou por mais do que um dia.

Quadro 148. Assistência médica e internamento hospitalar das vítimas

	n	%
Assistência médica (N=221)		
Sim	84	38.0
Não	137	62.0
Internamento hospitalar (N=221)		
Sim	2	0.9
Não	219	99.1

O hiato temporal decorrido entre a ocorrência da agressão, a formalização de queixa e a observação nos serviços médico-legais não envolveu, em 79.3% dos casos, mais do que o próprio dia da agressão ou os três dias subsequentes ao evento. Na maioria os casos foram observados nos primeiros sete dias, conforme se assinala no Quadro 149.

Quadro 149. Período de tempo decorrido até ao exame médico-legal

Dias até ao exame (N=184)	n	%
Até 3 dias	146	79.3%
4 a 7 dias	23	12.5%
8 a 30 dias	9	4.9%
Superior a 30 dias	6	3.3%

À data da observação forense subsistiam ainda, na maioria dos casos (77.8%), lesões físicas passíveis de valorização médico-legal.

Quadro 150. Existência de elementos para valorização da agressão física

Presença de elementos (N=221)	n	%
Sim	172	77.8%
Não	49	21.9%

Conforme se pode constatar do Quadro 151, o tipo de lesões mais frequentemente observadas foram equimoses (62.8%), escoriações (44.8%) e hematomas (22.1%), que refletem o recurso predominante de instrumentos de natureza contundente.

Quadro 151. Tipo de lesões

Tipo de lesões (N=172) ¶	n	%
Equimose	108	62.8
Escoriação	77	44.8
Hematoma	38	22.1
Ferida cortante/ corto-perfurante	8	4.6
Queimadura	1	0.6
Fratura	-	-

Num episódio de agressão podem ter sido produzidas mais do que um tipo de lesões.
As % foram calculadas com base em nº total de indivíduos observados com lesões.

No total dos indivíduos com lesões físicas passíveis de valorização médico-legal, 44.8% apresentavam uma lesão e 55.2% apresentavam 2 ou mais lesões.

Em termos da distribuição corporal das lesões observou-se uma localização preferencial ao nível da cabeça e face (43.1%), seguida dos membros superiores (30.5%) e membros inferiores (12.0%) (Quadro 152).

Quadro 152. Distribuição das lesões por segmento corporal

Localização das lesões (N=292)	n	%
Cabeça	52	17.8
Face	74	25.3
Tronco	30	10.3
Abdómen	3	1.0
Dorso	9	3.1
Membros superiores	89	30.5
Membros inferiores	35	12.0

Num episódio de agressão podem ter sido lesadas mais do que um segmento corporal. As % expressam a proporção entre as lesões reportadas a um segmento corporal e o total de lesões no corpo.

De referir ainda que a maioria (53.5%) dos indivíduos observados tinha lesões localizadas numa única parte do corpo.

A evolução das lesões para a cura/consolidação médico-legal das lesões demorou até uma semana na maioria dos casos (70.3%) e até duas semanas em 97.6% dos casos. Nos casos em que foi considerado que as lesões limitaram a capacidade física da vítima para realizar as tarefas quotidianas (N=29), tal condicionamento perdurou, na maioria, até 3 dias (51.7%). Para aquelas pessoas que ainda mantinham atividade profissional, as lesões afetaram a capacidade de desempenhar as tarefas laborais, na maioria dos casos, até sete dias.

Quadro 153. Período de doença, de afetação das capacidades gerais e das capacidades profissionais

Dias de doença* (N=172)	n	%
1- 3 dias	20	11.6
4 a 7 dias	101	58.7
8 a 15 dias	47	27.3
> 15 dias	4	2.3
Afetação capacidade geral (N=29)	n	%
Até 3 dias	15	51.7
4 a 7 dias	10	34.5
Superior a 7 dias	4	13.8
Afetação capacidade profissional (N=13)	n	%
Até 3 dias	4	30.8
4 a 7 dias	7	53.8
Superior a 7 dias	2	15.4

*Os 0 dias não foram contabilizados no cálculo das %.

Em 1.9% (n=4) dos casos, o perito médico-legal considerou terem subsistido consequências permanentes para a saúde da vítima, em particular, cicatrizes. Para além disso, em 37.0% foi dada indicação, à entidade requisitante da pertinência, para se aplicarem medidas psicossociais tendentes a proteger a vítima.

Quadro 154. Consequências para a saúde da vítima

Consequências permanentes para a saúde da vítima (N=210)	n	%
Sim	4	1.9
Não	206	98.1
Necessidade da aplicação das medidas psicossociais (N=208)		
Sim	77	37.0
Não	131	63.0
Necessidade de acompanhamento psicológico (N=208)		
Sim	24	11.5
Não	181	88.5

Discussão

Esta análise descritiva apresenta um retrato dos casos da violência física contra as pessoas idosas, no espaço familiar, avaliados no INMLCF, IP e que participaram no questionário da amostra presencial do projeto “Envelhecimento e Violência.

Em termos do perfil da vítima constatou-se um predomínio das mulheres, indicativo da forte genderização do fenómeno de violência em contexto familiar. Estes dados vão ao encontro de alguns estudos realizados com amostras dos casos da violência física avaliada em contexto hospitalar ou forense (Friedman, Avila, Tanouye & Joseph, 2011; Ziminski, Wiglesworth, Austin, Phillips & Mosqueda, 2013).

A maioria das vítimas tinha idade compreendida entre os 60 e os 69 anos, faixas etárias mais jovens, o que significa possivelmente a maior probabilidade de disporem de condições mentais, físicas ou outras, para apresentar queixa.

Este resultado é sobreponível a outros estudos internacionais, nomeadamente, o estudo de prevalência de Acierno e colaboradores (2010), no qual se observou que os grupos etários mais jovens apresentavam uma maior vulnerabilidade face à violência física. Os resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Abath, Leal, Filho e Marques (2010) e Gaioli e Rodrigues (2008) nos quais se verificou que a maioria das vítimas de violência física atendidas nos serviços médico-legais possuía idade entre os 60 e os 69 anos.

O agressor foi, em mais de três quartos dos casos, do sexo masculino e do tipo de relação entre agressor e vítima, os cônjuges/companheiros foram apontados como sendo os agressores em mais de metade dos casos. Os estudos de prevalência (Gil, Santos, Kislaya & Nicolau, 2014; Lowenstein et al., 2009; O'Keeffe et al., 2007) corroboram estes resultados relativamente aos agressores da violência física.

As atos de violência física incluíram maioritariamente murros, empurrões, apertões e pontapés e traduziram-se, em termos de dano corporal, por equimoses, escoriações e hematomas, que foram o tipo de lesões mais frequentemente encontradas. É de salientar o recurso, com alguma frequência, a objetos utilitários ou de ajudas técnicas, provavelmente, por se encontrarem facilmente acessíveis durante o evento agressivo.

A perícia médico-legal ocorreu na maioria dos casos nos três primeiros dias após o evento e, em mais de 90%, na primeira semana. Considerando que apenas em dois casos houve referência a internamento hospitalar e que, nestes, o período não se prolongou por mais do que um dia, hiatos temporais superiores a uma semana para a concretização do exame forense estarão provavelmente relacionados com a demora na apresentação da queixa.

O curto intervalo de tempo até à observação permitiu que, na maioria dos casos, ainda subsistissem lesões passíveis de valorização, localizadas sobretudo na cabeça/face e membros superiores, que corresponderam a áreas mais acessíveis.

A maioria das lesões evoluiu para a cura/consolidação médico-legal durante a primeira semana e apenas em quatro casos se prolongaram após as duas semanas. Foi considerado que as lesões afetavam a capacidade de trabalho geral (desempenho de atividades de vida diária) e trabalho profissional, em 29 e 13 casos, respetivamente. Neste contexto, convém recordar que, devido à idade, um número substancial das vítimas se encontrava reformada, não sendo, nestes casos ou quando se encontrava desempregada, valorizado o parâmetro de afetação de trabalho profissional.

Conjugando o tipo de lesões mais frequentes, com o período de doença e o impacto em termos de afetação da capacidade geral e a necessidade de internamento hospitalar, concluiu-se que, nesta amostra, em termos de avaliação clínica, as lesões não se revestiram de gravidade clínica major.

Não deve, contudo, esta apreciação, fundamentada nos elementos enunciados, ser de alguma forma utilizada para atenuar a gravidade que o ato de agredir o outro, em particular no contexto familiar, encerra em si mesmo, sobretudo porque, como está amplamente reconhecido, o ciclo da violência quando não é interrompido atempadamente, poderá permitir a escalada que, *in extremis*, pode culminar num desfecho fatal.

É importante salientar, para um adequado enquadramento, as limitações do estudo. Utilizou-se uma amostra não probabilística composta por vítimas de alegada violência física avaliadas nos Serviços Médico-Legais, que participaram no questionário presencial do projeto Envelhecimento e Violência. A recolha de dados decorreu no âmbito de realização de perícias e dependeu da colaboração de pessoas em situações de grande vulnerabilidade, o que não permitiu abranger todas as vítimas de violência. Por outro lado, o perito avaliava caso a caso a exequibilidade de aplicação do questionário, considerando os princípios éticos e o impacto no bem-estar das pessoas, sendo compreensível que nos casos de maior gravidade, as pessoas não se encontrariam em condições físicas e mentais para realizar o necessário esforço de colaboração. Estes aspetos são suscetíveis de induzir vieses, nomeadamente, no que diz respeito à gravidade das lesões nos casos incluídos no estudo.

Mesmo assim, a metodologia adotada permitiu conjugar os dados obtidos na entrevista presencial da vítima e os elementos médicos/periciais, combinação esta que é rara noutros estudos e que contribui para uma caracterização mais completa do fenómeno da violência contra as pessoas idosas em contexto familiar.

Subcapítulo IV.3: Denúncias telefônicas de situações de violência - APAV

Introdução

Este subcapítulo tem como objetivo apresentar alguns resultados de caracterização das situações de violência contra as pessoas com 60 ou mais anos, em contexto familiar, denunciadas, através de contacto telefónico, nos gabinetes de apoio à vítima da APAV entre Novembro de 2011 e Abril de 2013.

Muitas das vítimas de violência, em contexto familiar, nunca procuram presencialmente serviços ou instituições para solicitar ajuda/apoio mas privilegiam o contacto telefónico. Tendo em vista captar esse subgrupo de vítimas ou de denúncias apresentadas por terceiros criou-se um instrumento “ficha de denúncia” (Cf. Anexo H) que permitiu recolher informação sobre a vítima (caracterização sociodemográfica), atos de violência (condutas e frequência) e agressor (tipo de relação, idade e fatores de risco).

Nesse sentido, foi desenvolvido um estudo descritivo de carácter exploratório com o seguinte critério de elegibilidade dos casos: denúncias de situações de violência (física, financeira, psicológica, sexual, negligência) contra pessoas com 60+ anos, que residiam em domicílios particulares, vítimas por parte de familiares ou conhecidos.

Foram considerados cinco tipos de violência: física, psicológica, financeira, sexual e negligência, avaliadas através de 12 condutas específicas conforme descrito na figura 3 (Cf. ponto 3. do Capítulo II).

A amostra do estudo foi uma amostra não probabilística obtida através da sinalização de casos da violência registados pelos técnicos de APAV entre Novembro de 2011 e Março de 2013.

1. Resultados

1.1. Validação dos dados

Até o final de Março de 2013 foram rececionadas 458 fichas de denúncia. Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados, construída para o efeito, em SPSS. Foi realizada uma validação dos dados introduzidos por amostragem, comparando as fichas rececionadas em papel com o registo informático. Posteriormente a base de dados foi submetida a um processo de validação. Procedeu-se à verificação dos critérios de elegibilidade dos casos, bem como a uma análise descritiva e cruzamento de algumas variáveis para identificar possíveis incongruências. Os resultados da validação estão resumidos no Quadro 150 e Gráfico 57.

Quadro 155. Resumo de trabalho de campo e validação das fichas de denúncia

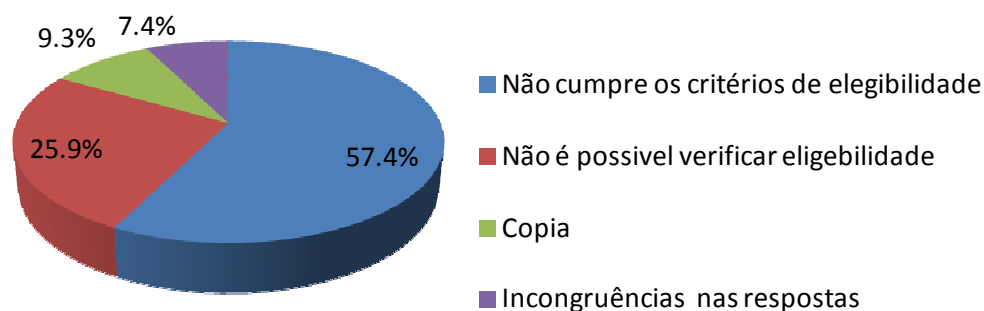
	n	%
Total recebido	458	
Cópias	5	1.1
Não elegíveis (n=31)		
<i>Idade da vítima é inferior a 60 anos</i>	3	0.7
<i>Violência em contexto não familiar</i>	6	1.3
<i>Ausência de experiências de violência</i>	2	0.4
<i>Não violência com a aplicação do critério de Pillemer e Finkelhor</i>	20	4.4
Não foi possível verificar elegibilidade (n=14)		
<i>Impossibilidade de verificar idade da vítima</i>	9	2.0
<i>Impossibilidade da aplicação do critério de Pillemer e Finkelhor</i>	5	1.1
Qualidade do preenchimento (incongruências)	4	0.9

Um problema que foi detetado ao longo das fichas de denúncia prendeu-se com a identificação de múltiplos registos do mesmo caso. A identificação destas situações foi efetuada através da pesquisa de 5 parâmetros: “idade”, “sexo”, “estado civil”, “dimensão do agregado familiar” e “concelho de residência”. Registaram-se 12 ocorrências de casos múltiplos, com base nos 5 parâmetros. Procedeu-se, então, à análise destes 12 casos em relação a todas as restantes variáveis. Verificou-se que 7 referiam-se a casos de vitimização diferentes. Os restantes 5, identificados como duplicados, foram excluídos da análise, após contacto com APAV para a verificação dos registos.

No total não foram consideradas 49 fichas de denúncia. Por apresentarem incongruências no seu preenchimento, 4 fichas não foram incluídas e não foi possível verificar a elegibilidade de 14 casos. Destes 14 casos, em 5 não foi possível aplicar o critério Pillemer e Finkelhor (1988) por faltar informação relativa à frequência das condutas e em 9 casos denunciados não foi possível verificar a elegibilidade devido à ausência de informação sobre a idade da vítima. Por último, 31 fichas de denúncia foram excluídas por não cumprirem os critérios de elegibilidade, nomeadamente:

- 3 Referiram vítimas com idade inferior a 60 anos;
- 6 Referiram situações de violência em contexto não familiar (pessoas institucionalizadas ou vítimas por parte de desconhecidos);
- 2 Não indicaram qualquer experiência de violência;
- 20 Referiam-se exclusivamente a condutas de violência psicológica. Uma vez que não cumpriam o critério Pillemer e Finkelhor (1988) referente à frequência da ocorrência estes casos não foram considerados, de acordo com a definição de caso adotado pelo projeto Envelhecimento e Violência.

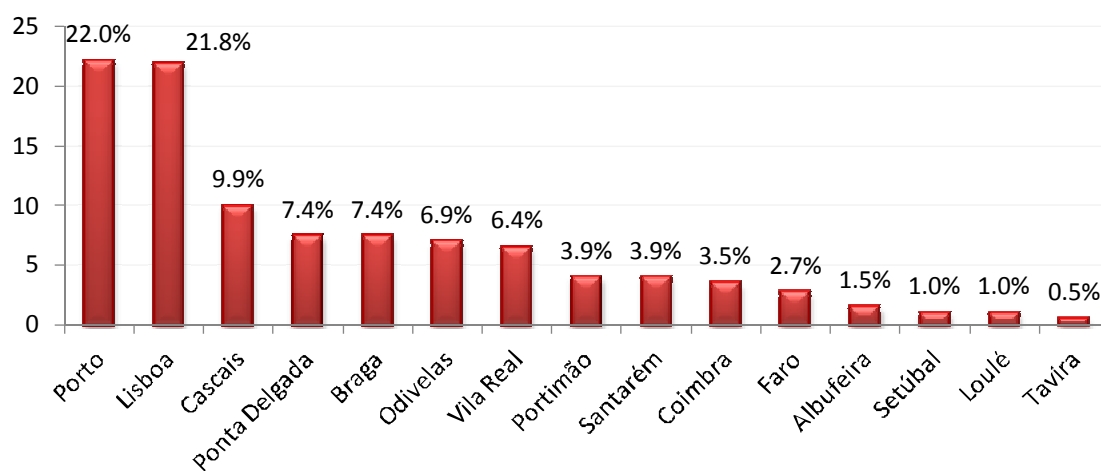
Gráfico 57. Resumo dos resultados da validação das fichas de denúncia



1.2. Caracterização das denúncias e denunciantes

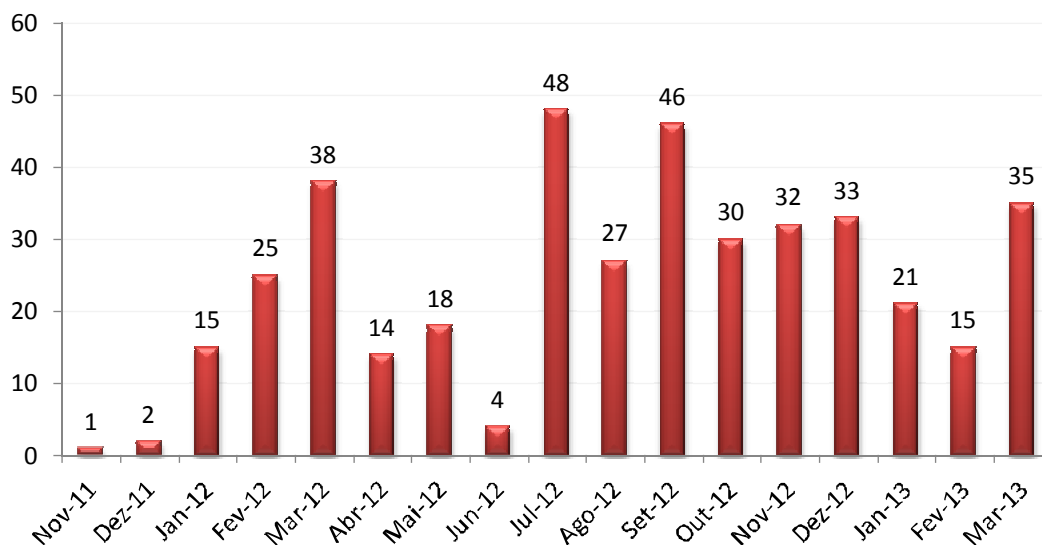
No total foram consideradas como válidas 404 fichas de denúncias. No que respeita à distribuição dos casos de violência participados à rede nacional de gabinetes de apoio à vítima da APAV verificou-se que 22.0% foram registados pelos técnicos do GAV Porto e 21.8% pelos técnicos do GAV de Lisboa (Gráfico 58).

Gráfico 58. Distribuição dos casos de violência participados pela rede nacional de gabinetes de apoio a vítima (N=404)



O Gráfico 59 apresenta a distribuição das denúncias efetuadas (N=404) ao longo do período da análise. Verificou-se que o maior número participações da violência contra as pessoas com 60+ anos foi registado em Julho e Setembro de 2012.

Gráfico 59. Denúncias efetuadas (mensalmente) (N=404)



A análise da informação apresentada no Quadro 156 permitiu sintetizar os seguintes aspetos sobre a autoria das denúncias:

- Mais de um terço (36.1%) das denúncias foi feito pelas alegadas **vítimas**, ao passo que 36.1% das denúncias foram feitas por **familiares**;
- Aproximadamente 19.0% das ocorrências foram participadas por **não familiares** que integravam as redes sociais das vítimas (amigos e vizinhos);
- 7.9% foram denúncias efetuadas por parte de instituições ou técnicos;
- E registaram-se ainda denúncias anónimas (0.7%).

Quadro 156. Distribuição das denúncias apresentadas segundo o tipo de denunciante

Quem denunciou	N	%
Próprio	146	36.1
Familiar	146	36.1
Amigo/vizinho	77	19.0
Técnico/Instituição	32	7.9
Anonimo	3	0.7
N	404	-

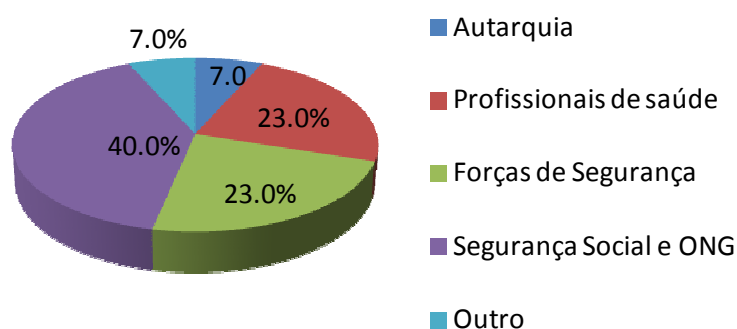
No que diz respeito ao grau de parentesco ou ao tipo de relação entre vítima e denunciante, verificou-se que a maioria das participações foi feita por descendentes ou elementos da família alargada (irmãos, sobrinhos, primos, noras, etc.) (Quadro 157).

Quadro 157. Distribuição das denúncias apresentadas por familiares das vítimas segundo o grau de parentesco do denunciante com a vítima

Grau de parentesco/relação	n	%
Cônjuge	5	3.5
Descendente	76	52.8
Outro familiar	59	41.5
Rede social ex-família	3	2.1
N	142	
Sem informação	4	2.7

Relativamente aos contactos feitos por parte de instituições ou técnicos, observou-se que 40% foram realizados pelo Instituto da Segurança Social, IP, 23% pelas forças de segurança e 23% por profissionais de saúde (Gráfico 60).

Gráfico 60. Distribuição dos contactos feitos por parte de instituições ou técnicos segundo o tipo de instituição (N=32)



1.3. Caracterização das vítimas de violência participada à APAV

Das situações reportadas à APAV a maioria das vítimas (82.0%) eram mulheres. Relativamente à idade, verificou-se que 31.4% das vítimas possuía 80 ou mais anos, 32.7% tinha idades compreendidas entre os 70 e 79 anos e 35.9% entre 60 e 69 anos.

No que toca à distribuição geográfica das participações, segundo o distrito da residência da vítima, verificou-se que 33.3% das vítimas era oriunda do distrito de Lisboa.

Quadro 158. Distribuição geográfica das participações segundo o distrito da residência da vítima

Distrito de residência	n	%
Aveiro	12	3.2
Beja	2	0.5
Braga	38	10.1
Bragança	1	0.3
Castelo Branco	3	0.8
Coimbra	8	2.1
Évora	1	0.3
Faro	38	10.1
Guarda	5	1.3
Leiria	4	1.1
Lisboa	125	33.3
Portalegre	2	0.5
Porto	52	13.9
Santarém	16	4.3
Setúbal	14	3.7
Viana do Castelo	3	0.8
Vila Real	23	6.1
Viseu	2	0.5
RA da Madeira	3	0.8
RA dos Açores	23	6.1
N	375	
Sem informação	29	7.2

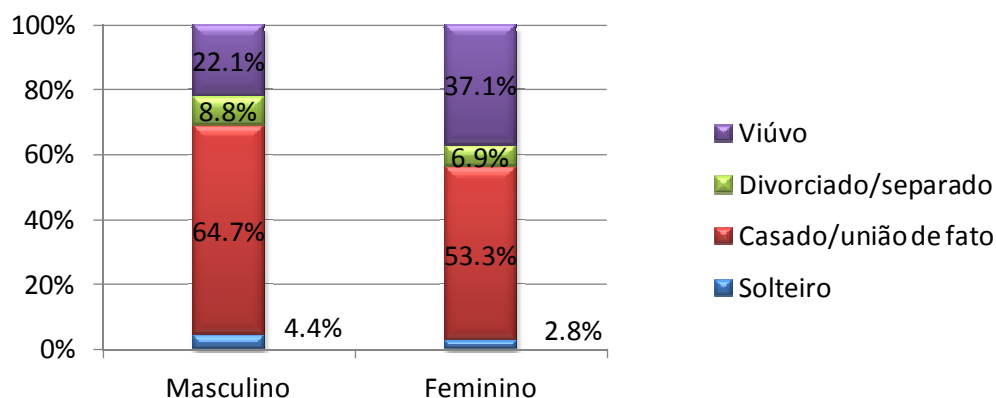
Relativamente ao estado civil, verificou-se que mais de metade das vítimas (55.4%) era casada ou vivia em união de facto. A percentagem de viúvos na amostra foi de 34.3%.

Quadro 159. Distribuição das vítimas da violência denunciada segundo o estado civil

Estado civil	n	%
Solteiro	11	3.1
Casado/união de facto	199	55.4
Divorciado/separado	26	7.2
Viúvo	123	34.3
N	359	-
Sem informação	45	11.1

O gráfico 61 apresenta a distribuição das vítimas segundo o estado civil, desagregada por sexo. As diferenças observadas não foram, contudo, estatisticamente significativas ($p=0.125$).

Gráfico 61. Distribuição das vítimas da violência denunciada segundo o estado civil e sexo (N=359)



A dimensão dos agregados familiares das vítimas variou entre 1 a 7 pessoas. Mais de metade das vítimas (56.6%) vivia em agregado constituído por 2 elementos (Quadro 160).

Quadro 160. Dimensões dos agregados familiares das vítimas

Dimensão do agregado familiar	n	%
1 pessoa	35	8.9
2 pessoas	222	56.6
3 pessoas	88	22.5
4 pessoas	30	7.7
5 pessoas	12	3.1
6 pessoas	4	1.0
7 pessoas	1	0.3
N	392	
Sem informação	12	2.9

No que concerne à situação familiar das vítimas, a maioria (70.9%) vivia num núcleo familiar. As famílias unipessoais representavam 8.9%.

Quadro 161. Distribuição das vítimas segundo a situação familiar

Situação familiar	n	%
Unipessoal	35	8.9
Núcleo familiar	278	70.9
Com familiares	72	18.4
Com não familiares	7	1.8
N	392	
Sem informação	12	2.8

No que respeita à situação perante o trabalho a maioria das vítimas (88.4%) encontrava-se em situação de reforma. Somente 4.4% das vítimas exercia uma atividade profissional (Quadro 162).

Quadro 162. Distribuição das vítimas segundo a situação atual perante o trabalho

Situação atual perante o trabalho	n	%
Trabalho reenumerado	16	4.4
Desempregado	7	1.9
Reformado	321	88.4
Reformado por invalidez	8	2.2
Doméstico	11	3.0
N	363	
Sem informação	41	10.2

No que diz respeito à situação socioeconómica das vítimas, na maioria dos casos não foi possível obter informação sobre o nível de escolaridade (83.42%) ou a profissão (85.4%).

Os dados disponíveis sobre o estado de saúde (morbilidade por doenças crónicas) não foram muito elucidativos. No entanto, do que foi possível apurar (n=191), a maioria (73.3%) das vítimas tinha pelo menos uma doença crónica.

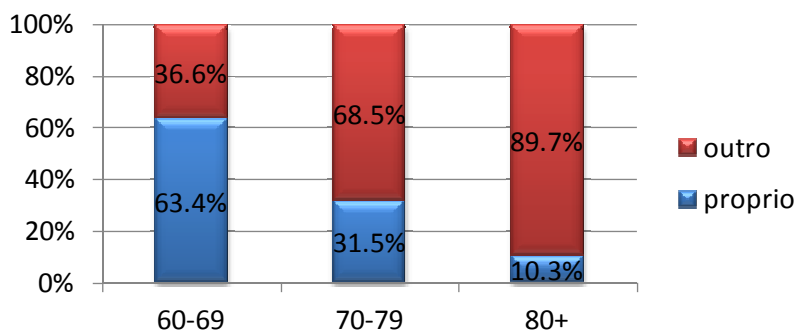
Conforme referido anteriormente, 36.4% das participações de violência foram feitas pelas próprias vítimas. Os outros denunciadores constituíam um *proxy* para a caracterização das vítimas e podiam não ter conhecimento suficiente para apresentar uma caracterização tão detalhada como a própria vítima, o que explicará assim a falta de informação em algumas variáveis.

1.4. Tipo de contacto vs. Características das vítimas

Um terço (30.6%) dos casos de violência reportados à APAV por vítimas do sexo masculino foi efetuado pelo próprio. Relativamente às vítimas do sexo feminino, verificou-se que mais de um terço (37.8%) foram as próprias vítimas a denunciar, não existindo por isso diferenças estatisticamente significativas.

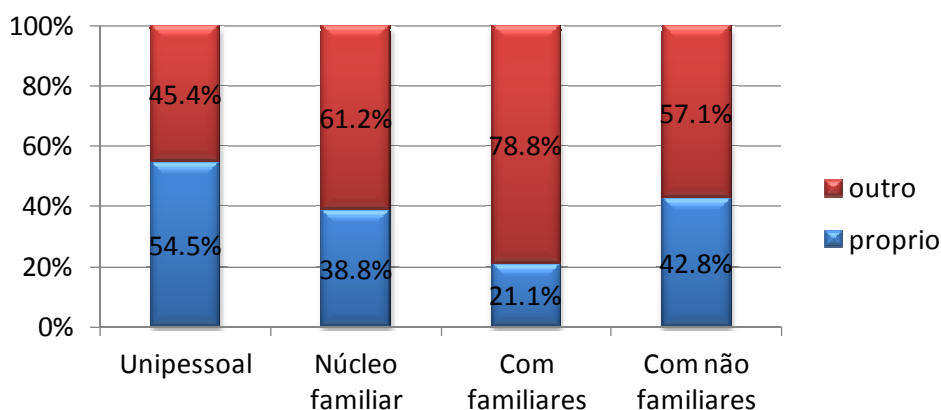
Quando se analisou a distribuição dos casos denunciados, segundo o grupo etário da vítima e o denunciante (próprio e outro), constatou-se uma tendência crescente para os casos participados por terceiros serem vítimas com mais idade ($p < 0.001$). O gráfico 62 ilustra a distribuição da denúncia segundo os grupos etários da vítima. Observou-se que quando as vítimas tinham idade entre 60 e 69 anos 63.4% dos contactos foram realizadas pelas próprias e 36.6% por terceiros. Contrariamente às vítimas com idade avançada (+ 80 anos) a maioria dos casos de violência foi reportada por terceiros (89.7%) e apenas 10.3% pelas próprias vítimas.

Gráfico 62. Distribuição dos casos denunciados por grupo etário da vítima e tipo de denúncia



No que diz respeito ao tipo de agregado familiar, constatou-se que existia uma associação estatisticamente significativa ($p=0.004$) entre o denunciante e a situação familiar da vítima. A maioria dos casos de violência contra as pessoas que residiam com familiares (78.8%) foi participada por terceiros, enquanto os casos de violência de pessoas que viviam sós foi participada pelos próprios (Gráfico 63).

Gráfico 63. Distribuição dos casos denunciados segundo a situação familiar e tipo de denúncia



1.5. Caracterização das ocorrências da violência participadas à APAV

A análise das ocorrências permite concluir que a violência física e psicológica foram os tipos mais reportados, com 74.7% e 69.8%, respetivamente.

Quadro 163. Tipo de violência

Tipo de violência	N	n	%
Financeira	404	150	37.1
Física	404	302	74.7
Psicológica	387	270	69.8
Negligência	398	67	16.8
Sexual	404	21	5.2

No que concerne às condutas específicas, verificou-se que 66.3% dos denunciantes participou os incidentes de agressão física (bater/agredir). A segunda forma de violência mais referenciada foi o gritar (60.9%) (Quadro 164).

Das condutas da violência financeira consideradas, o roubo foi denunciado mais frequentemente (24.3% das participações) e 15.4% dos denunciantes participou a apropriação de casa.

Com menor expressão surgiram as 4 formas de negligência: viver num espaço sem condições (3.7%); não receber os cuidados de vestuário, higiene e alimentação (12.8%); não ter acompanhamento médico necessário (4.9%) e ter incapacidade e ser deixado sozinho por longos períodos de tempo (4.7%).

Quadro 164. Condutas denunciadas

Formas de violência		N	n	%
Violência financeira	Roubo	404	98	24.3
	Ser forçado a conceder os direitos legais	404	19	4.7
	Apropriação de casa	404	62	15.4
	Não contribuir para as despesas	404	36	8.9
Violência psicológica	Ignorar	396	41	10.3
	Gritar	392	239	60.9
	Ameaçar	397	174	43.8
Violência física	Bater/Agredir	404	268	66.3
	Trancar	404	32	7.9
	Impedir de falar, estar com outras pessoas	404	70	17.3
Negligência	Viver num espaço sem condições de higiene e segurança	403	15	3.7
	Não receber os cuidados de vestuário, higiene e alimentação necessários	399	51	12.8
	Não ter acompanhamento médico necessário	402	20	4.9
	Ter incapacidade e ser deixado sozinho por longos períodos de tempo	402	19	4.7

A análise das frequências das condutas denunciadas referentes à violência financeira, física e sexual, são apresentadas nos gráficos 64 e 65. Recordar-se que na qualificação da violência psicológica e da negligência foi utilizado o critério proposto por Pillemer e Finkelhor, (1988), ou seja, para se ser vítima destes tipos de violência a conduta teve que ocorrer mais de 10 vezes, num período de 12 meses.

Gráfico 64. Frequências de ocorrência das condutas denunciadas da violência financeira

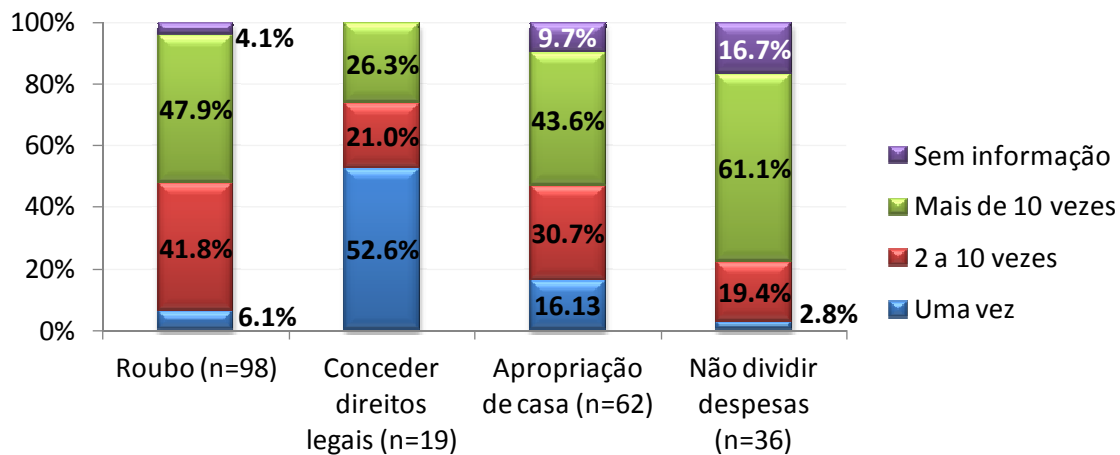
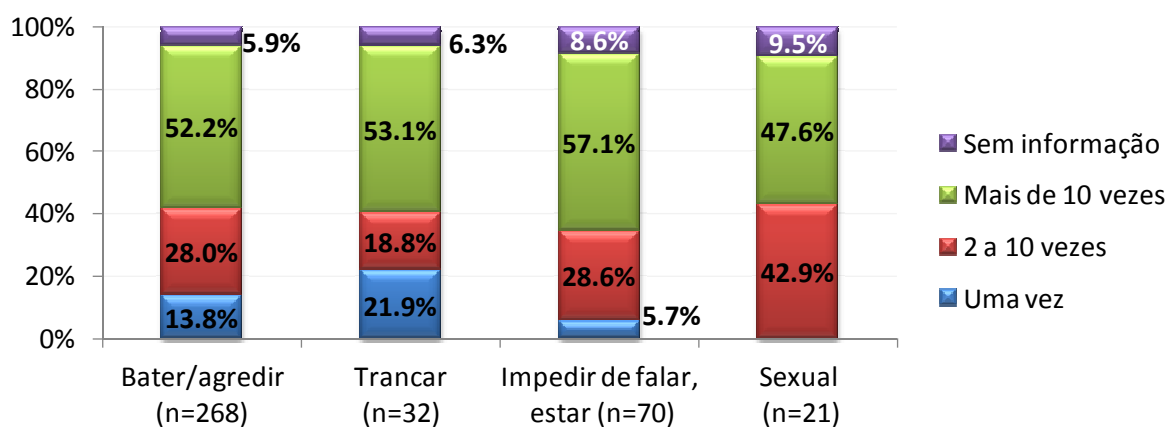


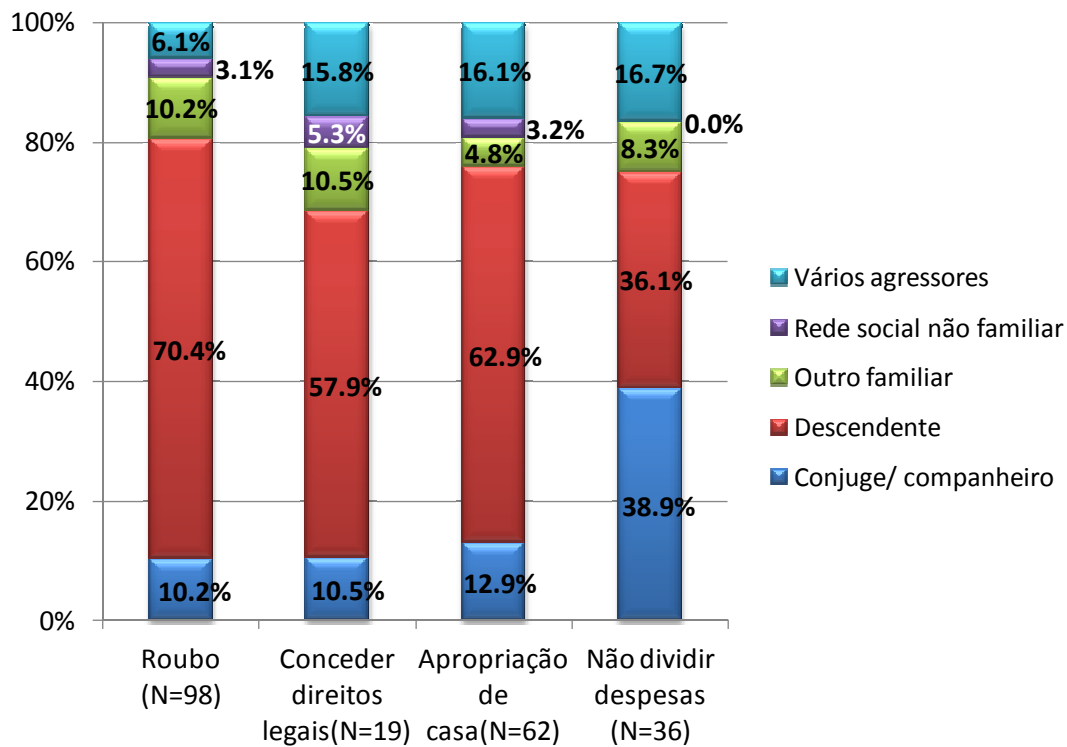
Gráfico 65. Frequências de ocorrência das condutas denunciadas da violência física e sexual



Em suma, os dados sugerem que as agressões denunciadas, independentemente da sua natureza, ocorreram de forma recorrente. De facto, para todas as condutas consideradas, com exceção para a conduta *conceder direitos legais* a percentagem de vítimas que foram sujeitas a 2 ou mais vezes a estes incidentes, foi superior à das vítimas que vivenciaram, apenas uma vez, um ato de violência.

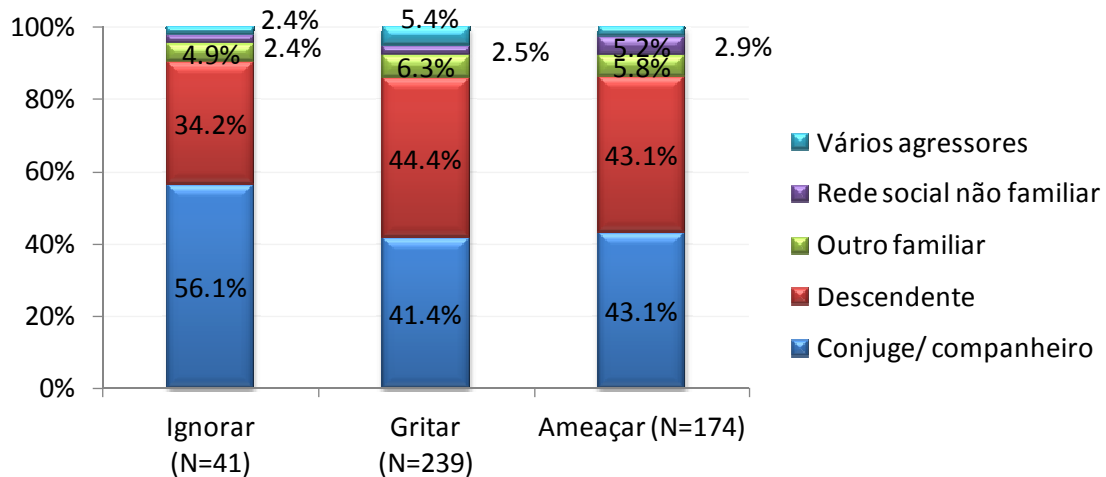
O gráfico 66 ilustra a distribuição dos casos denunciados segundo o tipo de relação entre a vítima e agressor nas condutas da violência financeira. A leitura do gráfico permite concluir que os incidentes da violência financeira foram cometidos, essencialmente, pelos descendentes, com a exceção para a conduta *não dividir despesas*, para qual o peso relativo dos cônjuges/companheiros (38.9%) no total dos denunciados, foi superior ao registado para os descendentes (36.1%).

Gráfico 66. Tipo de relação da vítima com o agressor nas condutas da violência financeira



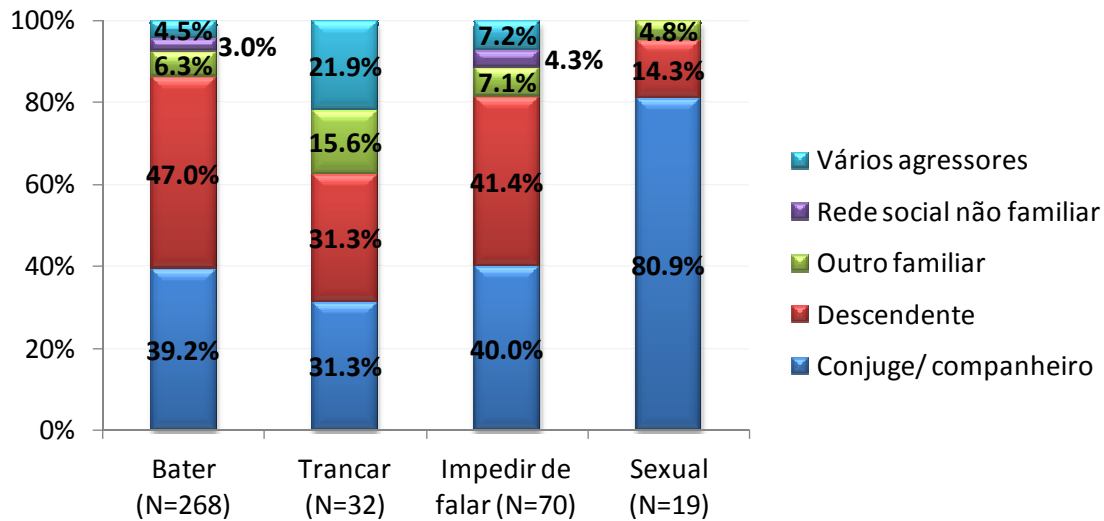
Os casos participados da violência psicológica (o ignorar, o gritar e o ameaçar) foram cometidos sobretudo no núcleo familiar. Para todas as condutas analisadas os principais denunciados foram os cônjuges, companheiros e os descendentes.

Gráfico 67. Tipo de relação da vítima com o agressor nas condutas da violência psicológica



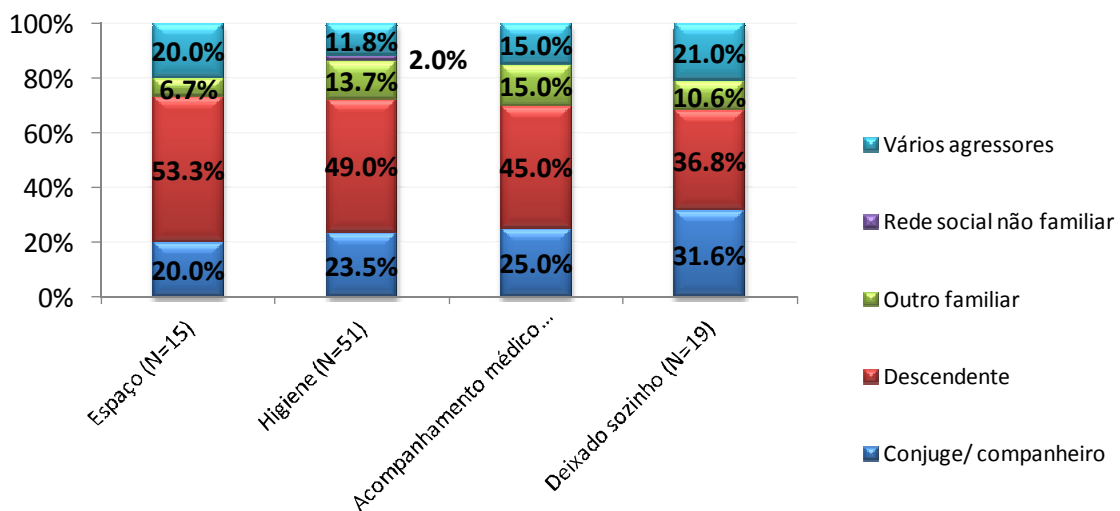
A violência sexual foi cometida no âmbito das relações conjugais (80.9%), enquanto na violência física sobressaiu a conduta *trancar* pela elevada percentagem dos vários agressores e outros familiares. Estas 2 categorias foram identificadas aproximadamente por 1/3 do total dos casos reportados. (Gráfico 68).

Gráfico 68. Tipo de relação da vítima com o agressor nas condutas da violência física e sexual



O número dos atos de negligência denunciados foi reduzido, comparativamente aos outros tipos de violência. No entanto, foi possível obter a caracterização do laço social entre a vítima e o agressor para as 4 condutas (Gráfico 69). Constatou-se que a maioria dos casos participados ocorreu na família nuclear e os principais agressores identificados foram os cônjuges e os descendentes.

Gráfico 69. Tipo de relação da vítima com o agressor nas condutas da negligência



1.6. Caracterização dos agressores

Para uma análise mais aprofundada das condições de ocorrência da violência foram colocadas também questões relativas ao tipo de relação que a vítima mantinha com o agressor, bem como às características associadas ao agressor.

No total das 404 participações de casos de violência foram identificados 446 agressores, podendo para a mesma forma de violência ter sido identificado mais do que um agressor.

No quadro seguinte apresenta-se a distribuição percentual dos agressores (as proporções foram calculadas relativamente ao total de agressores, N=446).

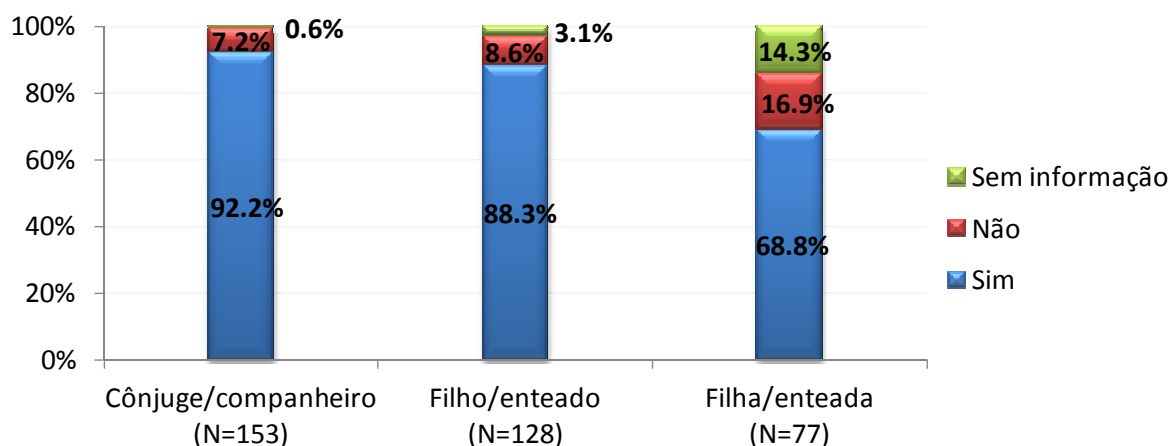
Quadro 165. Tipo de relação da vítima com o agressor

Tipo de relação	n	%
Cônjuge/companheiro	153	34.3
Filha/enteada	77	17.3
Filho/enteado	128	28.7
Neto	27	6.1
Neta	3	0.7
Nora/genro	25	5.6
Outro familiar	17	3.8
Amigo/vizinho	10	2.2
Profissional remunerado	6	1.4
N	446	

Os agressores mais frequentemente assinalados foram os cônjuges/companheiros (34.3%), seguidos dos filhos-homens (28.7%) e das filhas (17.3 %).

Os dados que se apresentam de seguida referem-se às 3 categorias dos agressores sinalizados com maior frequência e a maioria vivia em coabitação, independentemente do laço familiar.

Gráfico 70. Coabitação com agressor



Os denunciantes foram ainda questionados sobre a presença/ausência no agressor de alguns aspetos individuais e contextuais que pudessem potenciar a ocorrência da violência, como por exemplo, a coabitação, os problemas de saúde mental, o isolamento, os comportamentos aditivos e a dependência financeira, entre outros.

Gráfico 71. Relação conflituosa de agressor com a vítima ou outros familiares

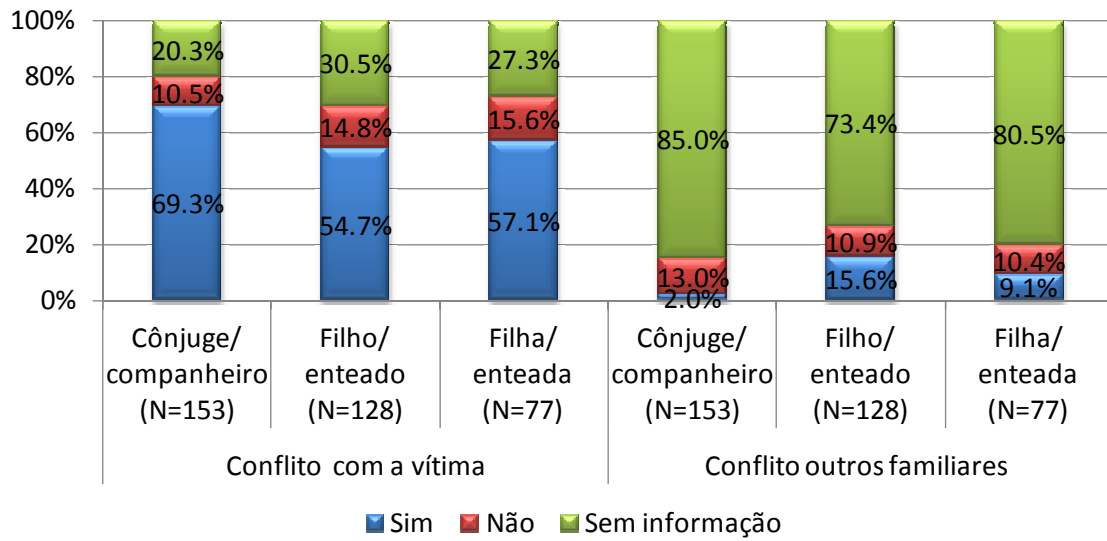


Gráfico 72. Saúde mental do agressor

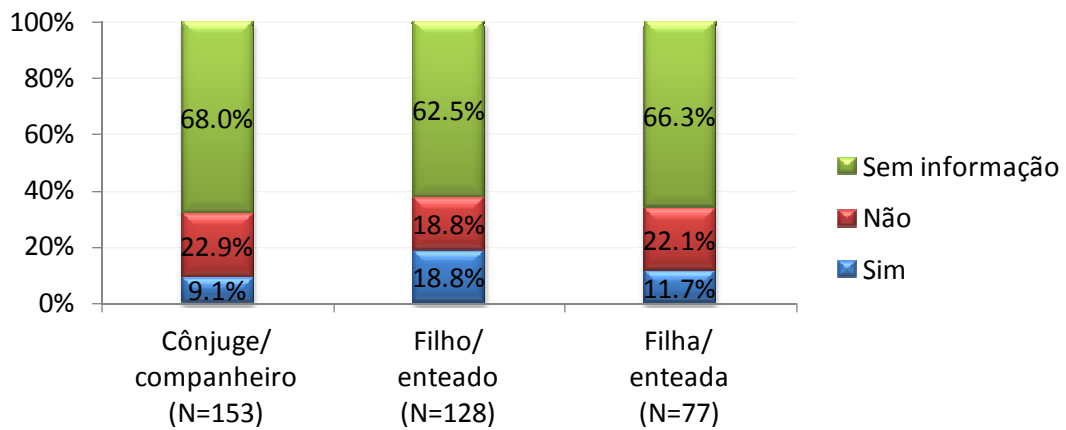


Gráfico 73. Dependências e comportamentos aditivos do agressor

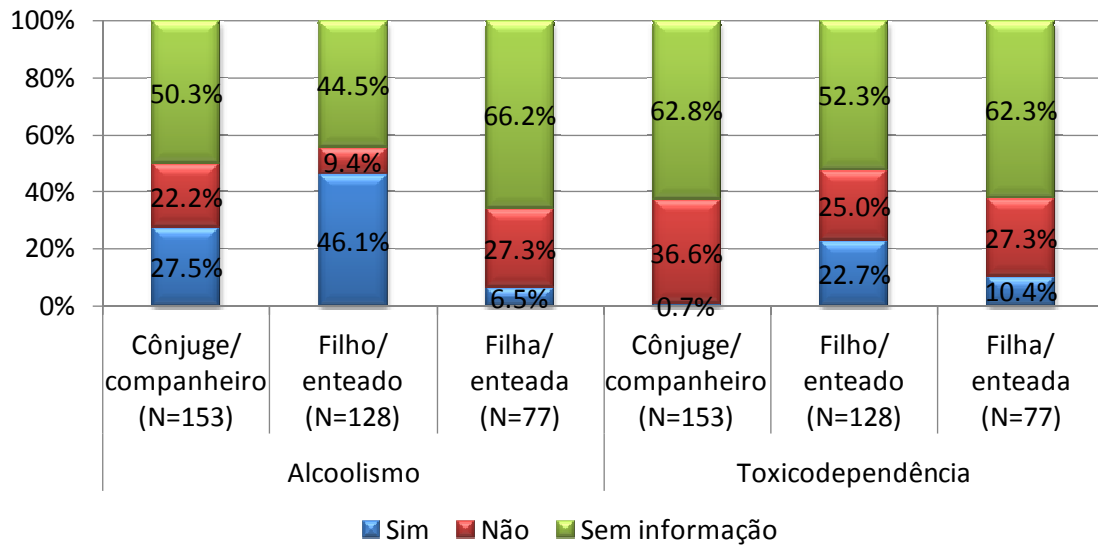


Gráfico 74. Problemas do jogo

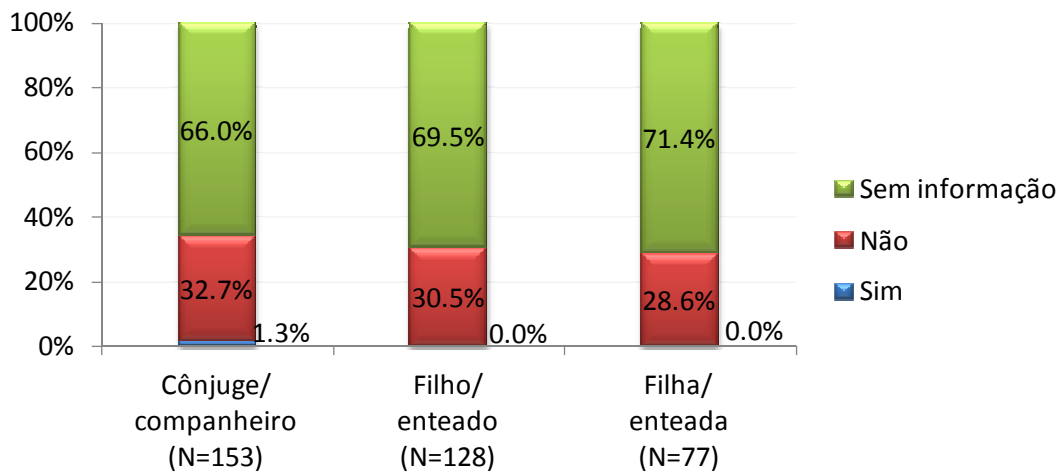


Gráfico 75. Problema de isolamento social do agressor

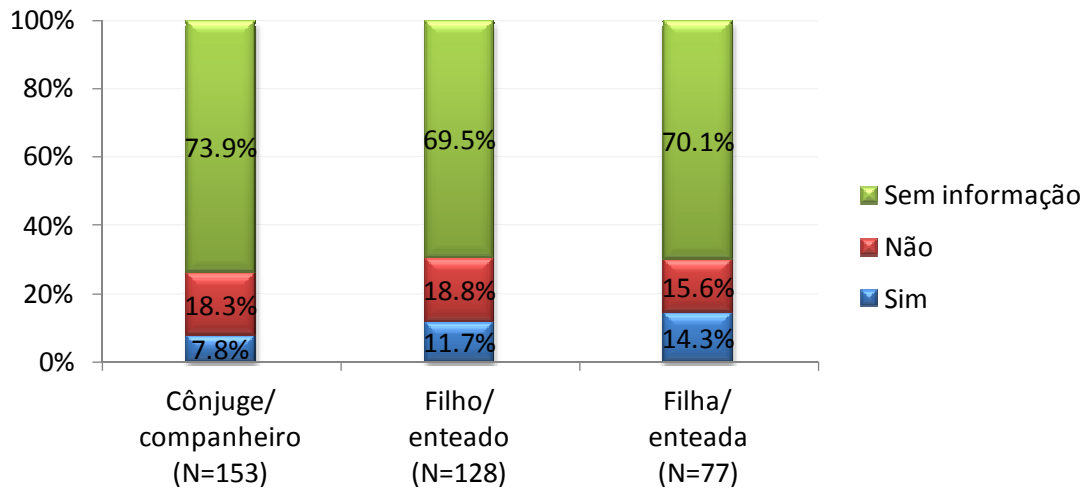


Gráfico 76. Agressor foi vítima de violência na infância

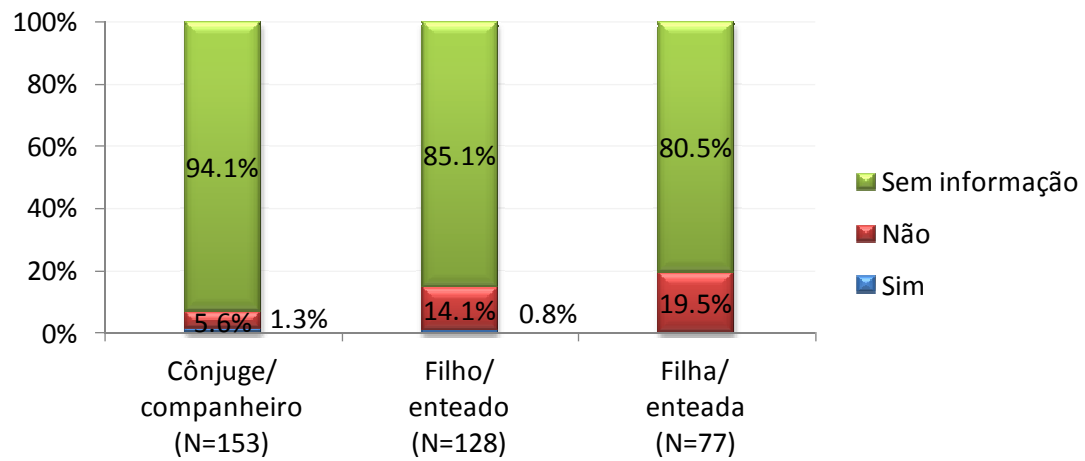
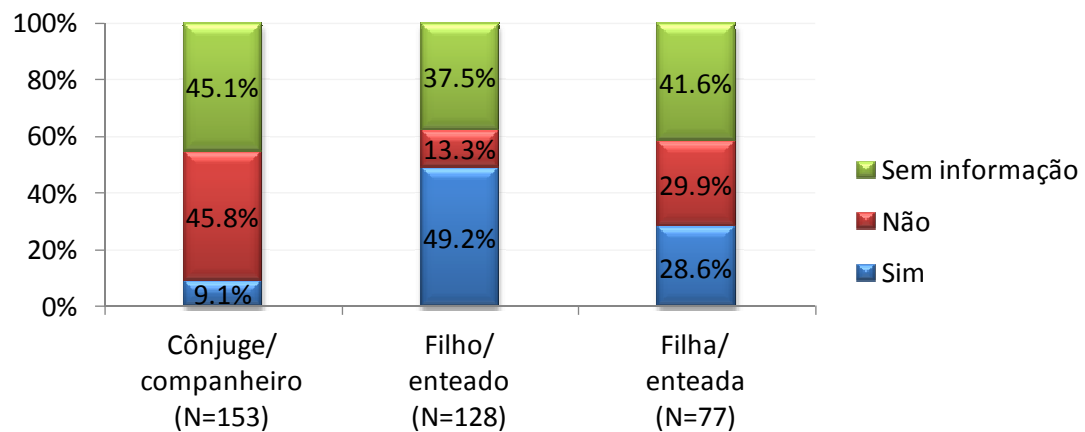


Gráfico 77. Dependência financeira do agressor face à vítima



Da caracterização dos agressores ressaltaram as seguintes conclusões:

- a) **O conflito e a agressividade prévia à ocorrência** verificou-se, quer no cônjuge, quer nos filhos (Gráfico 61);
- b) Apesar da elevada percentagem de não respostas relativamente aos **problemas de saúde mental**, identificou-se uma maior percentagem destes problemas nos filhos (18.8%) (Gráfico 62);
- c) Relativamente aos comportamentos aditivos o **álcool** foi sobretudo identificado como um problema no caso dos filhos do sexo masculino (46.1%) e cônjuge (27.5%). O mesmo padrão foi identificado relativamente à **toxicod dependência**, com exceção para os cônjuges. Os filhos do sexo masculino sobressaíram com a distribuição mais elevada (22.7%), seguida das filhas (10.4%) (Gráfico 63 e 64);
- d) Apesar da elevada percentagem de não respostas, os **problemas de isolamento social** atingiam em maior proporção as filhas (14.3%) e os filhos (11.7%) (Gráfico 65);
- e) A **dependência económica** do agressor face à vítima ocorreu em quase metade dos filhos do sexo masculino (49.2%) e em 28.6% das filhas (Gráfico 67).

Algumas notas conclusivas

Tratando-se de uma amostra não probabilística, reveste-se das limitações inerentes à mesma, pelo que os resultados não são representativos da totalidade das vítimas portuguesas, embora possam descrever as vítimas que recorrem, por via telefone, à APAV.

A elevada percentagem de não respostas que se obteve na caracterização socioeconómica e do estado de saúde da vítima, não permitiu obter um perfil mais detalhado sobre a mesma. Do mesmo modo, a elevada percentagem de não respostas que se obteve na caracterização do agressor, inviabilizou também a obtenção de um perfil mais exato sobre o mesmo. O eventual desconhecimento do denunciante sobre as características do agressor ou a inibição face à sua caracterização, conduziram à obtenção de uma elevada percentagem de não respostas; facto que limitou a análise estatística das associações entre as características do agressor e da vítima.

Capítulo V. Fatores de risco de violência física contra as pessoas com 60 e mais em contexto familiar - caso controlo

Introdução

O presente estudo adotou um desenho do tipo transversal, que não envolveu uma componente temporal (a exposição ao fator de risco antecede o fenómeno) e por isso, a avaliação dos fatores de risco para a violência física permitiu somente uma análise exploratória das relações estatísticas entre as características individuais e contextuais e a ocorrência da violência.

Assim, realizou-se um estudo epidemiológico do tipo caso-controlo, tendo como população-alvo as pessoas com 60+ anos residentes em Portugal Continental em domicílios particulares. O caso foi definido como qualquer pessoa com 60+ anos vítima de agressão física (conduta bater, agredir), em contexto familiar, que tivesse apresentado uma denúncia na APAV e no ISS, IP, ou apresentado queixa nas forças policiais ou tivesse sido alvo de perícia médico-legal no âmbito do direito criminal (crimes contra integridade física) entre Dezembro de 2011 e Setembro de 2012.

Foram considerados os controlos, os participantes da amostra de base populacional que não apresentavam história de vitimização (financeira, física, psicológica, sexual, negligência), em contexto familiar, nos 12 meses anteriores da entrevista. Os controlos foram selecionados de forma aleatória pela zona geográfica de residência através da seleção dos números de telefone fixo (60%) e móvel (40%).

Como fatores de exclusão foram considerados os indivíduos: 1) a residir em instituições (hospitais, lares, etc.) e 2) incapazes de participar numa entrevista por incapacidade física, doença, demência, défice cognitivo ou outra condição que afetasse, de forma séria, a capacidade de compreensão e a credibilidade das respostas.

Além dos critérios referidos, foi ainda considerado como critério de exclusão para os casos, ser vítima de alegada violência física por parte de um desconhecido ou pela rede social (amigos, vizinhos, entre outros).

Tendo em conta a dificuldade de recrutamento dos casos para aumentar a potência do estudo, optou-se por estabelecer a razão dos casos e controlos de 1 para 3. A dimensão da amostra foi determinada para possibilitar a deteção de um risco estimado igual ou superior a 2 com 95% de confiança e uma potência de 90%, admitindo que a percentagem de expostos entre os controlos podia variar entre 10% e 80%. Assim, a amostra final abrangeu 261 casos e 781 controlos.

Foram considerados como casos as vítimas provenientes do inquérito aplicado pelos técnicos das entidades parceiras e como controlos a população que respondeu ao inquérito telefónico. As características sociodemográficas, o estado de saúde e o suporte social foram comparadas entre casos e controlos, recorrendo ao teste de qui-quadrado e ao cálculo de estimativas brutas de odds ratios (OR) e respetivos intervalos de confiança (IC) a 95%. Através de regressão logística não condicional foram calculadas as estimativas de OR ajustadas para os

fatores de confundimento. Foram considerados como variáveis de confundimento e incluídos no modelo de regressão logística todos os fatores que alteravam a estimativa de OR bruto em pelo menos 10%. Foram também avaliadas todas as interações teoricamente plausíveis.

O nível de significância foi estabelecido em 5%. Todos os resultados apresentados foram obtidos com o *software* estatístico STATA 11.

1. Apresentação de resultados

1.1. Caracterização dos participantes

No quadro 166 apresenta-se a comparação das características gerais dos casos e dos controlos. Foram observadas algumas diferenças estatisticamente significativas, nomeadamente no que diz respeito à distribuição dos casos e controlos segundo o sexo, o grupo etário, a situação familiar, as habilitações literárias, a prevalência das doenças crónicas, o estado funcional e o apoio social informal.

Verificou-se uma maior proporção dos casos do sexo feminino. Os casos eram mais jovens comparativamente aos controlos analisados. Em relação à situação familiar, verificou-se uma maior percentagem dos casos a viver em coabitação, em núcleo familiar. Os controlos reportaram melhores qualificações no que diz respeito ao nível de escolaridade.

A prevalência das doenças crónicas autodeclaradas foi superior no grupo dos casos, e uma maior proporção destes afirmou ter necessidade de ajuda de terceiros para realizar pelo menos uma das oito atividades básicas da vida diária.

Comparativamente aos controlos, uma maior proporção dos casos afirmou ter poucas pessoas em quem se apoiar, em caso de necessidade, ou caracterizou o apoio social informal como incerto ou indisponível. No entanto, não se observaram diferenças significativas em relação ao estado civil e à frequência ou utilização de serviços de âmbito social.

Quadro 166. Distribuição dos participantes (casos e controlos) segundo as características demográficas, sociais e do estado de saúde

Determinante	% Casos (n=276)	% Controlos (n=712)
Sexo***		
Masculino	23.2	36.5
Feminino	76.8	63.5
Grupo etário**		
60-69	55.4	46.6
70-79	28.6	38.4
80+	16.0	15.0
Estado civil		
Solteiro	3.3	5.3
Casado/ União de facto	62.5	62.3
Divorciado / Separado	10.9	7.2
Viúvo	23.3	25.2
Situação familiar***		
Unipessoal	8.0	21.5
Coabitação, núcleo (familiar e não familiar)	92.0	78.5
Habilitações literárias ***		
Sem escolaridade	20.7	8.2
1º ciclo ensino básico	64.0	60.2
2º ou 3º ciclo ensino básico	7.6	14.2
Ensino Secundário ou Superior	7.6	17.4
Doença crónica***		
Sim	81.7	68.3
Não	18.3	31.7
Precisa de ajuda nas AVD***		
Sim	23.6	14.3
Não	76.4	85.7
Suporte social***		
Incerto ou indisponível	19.1	6.7
Poucas pessoas disponíveis	24.9	12.8
Muitas/ Suficientes pessoas disponíveis	56.0	80.5
Utilização dos serviços sociais		
Não	86.5	88.1
Sim	13.5	11.9

** p<0.05; *** p<0.001

1.2. Avaliação dos fatores de risco

No quadro 167 apresentam-se as estimativas de OR (brutas) para um conjunto de características sociodemográficas, estado de saúde e apoio social.

Quadro 167. Estimativas de risco de vitimização por agressão física, em contexto familiar, associado às características sociodemográficas, de saúde e suporte social

Determinante	OR	[95%IC]
Sexo		
Masculino	1	-
Feminino	1.91	[1.39, 2.62]**
Grupo etário		
60-69	1	-
70-79	0.63	[0.46, 0.86]**
80+	0.89	[0.60, 1.33]
Estado civil		
Solteiro	1	-
Casado/ União de facto	1.64	[0.78, 3.46]
Divorciado / Separado	2.48	[1.05, 5.84]**
Viúvo	1.51	[0.69, 3.30]
Situação familiar		
Unipessoal	1	-
Coabitação	3.16	[1.98, 5.06]***
Habilitações		
Sem escolaridade	1	-
1ºciclo ensino básico	0.42	[0.28, 0.63]***
2º ou 3º ciclo ensino básico	0.21	[0.12, 0.31]***
Ensino Secundário ou Superior	0.17	[0.10, 0.32]***
Doença crónica		
Não	1	-
Sim	2.08	[1.46, 2.94]***
Precisa de ajuda nas AVD		
Não	1	-
Sim	1.84	[1.30, 2.61]***
Suporte social		
Incerto ou indisponível	1	-
Poucas pessoas disponíveis	0.68	[0.41, 1.13]
Muitas/ Suficientes pessoas disponíveis	0.24	[0.16, 0.38]***
Utilização/frequência dos serviços sociais		
Não	1	-
Sim	1.16	[0.76, 1.76]

p<0.05, *p<0.001

Das nove fatores avaliados na análise bivariada, sete revelaram uma associação estatisticamente significativa com a ocorrência da violência física em contexto familiar.

Os indivíduos do sexo feminino apresentaram um risco mais elevado de vitimização OR=1.91, comparativamente aos indivíduos do sexo masculino.

No que diz respeito ao grupo etário observou-se que os indivíduos do grupo intermédio (70-79 anos) apresentavam uma menor possibilidade de vitimização (redução de risco de 37% comparativamente ao grupo da idade mais jovem entre os 60 e os 69 anos).

Quanto à situação familiar, residir em coabitação surgiu associada ao aumento significativo do risco de experienciar a violência física (OR=3.16).

Os resultados relativos ao estado funcional também evidenciaram um efeito significativo do risco de vitimização em 84%³¹.

Quanto ao estado de saúde constatou-se que sofrer de pelo menos uma doença crônica duplicava o risco bruto de ocorrência da violência física (OR=2.08).

Os níveis de escolaridade mais elevados associaram-se também a uma redução gradual, estatisticamente significativa, do risco de vitimização por violência física.

Por último, também se verificou um efeito protetor do apoio social informal. Para os indivíduos que se sentiam apoiados pela sua rede social, o risco da vitimização decresceu comparativamente aos indivíduos que avaliaram o apoio recebido das redes sociais informais como incerto ou indisponível.

1.3. Análise multivariada

Todas as variáveis que revelaram significância estatística na análise bivariada foram incluídas no modelo de regressão logística. Verificou-se que o efeito da necessidade de ajuda nas AVDs dependia do estado de saúde dos indivíduos (presença/ausência de pelo menos uma doença crônica). Assim foi incluído no modelo o termo de interação entre estas 2 variáveis. O modelo também foi ajustado para o estado civil que representava um importante fator de confundimento (que altera os ORs - OR para coabitação - em mais de 10%).

No quadro 168 apresentam-se as estimativas ajustadas de risco, avaliado como OR num modelo de regressão logística.

Os resultados obtidos após ajustamento do modelo de regressão, que incluía as variáveis acima mencionadas, confirmam a importância das habilitações literárias e do apoio social informal para a redução do risco da violência física.

Quanto à magnitude dos efeitos, analisando Os ORs ajustados, verifica-se que comparativamente aos indivíduos sem escolaridade a frequência do 1º ciclo do ensino básico diminuía o risco em 61%³² e a frequência do 2º ou 3º ciclo uma redução de risco em 79%. Para os indivíduos com qualificações ao nível do ensino secundário ou superior a redução foi de 83%.

Relativamente à perceção do suporte social, possuir pessoas suficientes/muitas na rede social surgiu associada à redução estatisticamente significativa do risco da violência, em cerca de 78%.

O efeito da idade foi ligeiramente atenuado após o ajuste para outras variáveis, sendo a estimativa do OR ajustado para o grupo intermédio (70-79 anos) de 0.49, ou seja, os indivíduos com idade compreendida entre os 70 e 79 anos comparativamente os indivíduos mais jovens (60-69 anos) apresentavam uma redução do risco de vitimização em 51%.

³¹ $(OR-1)*100\%$

³² $[(1-0.39)*100\%= 61\%]$

Quadro 168. Estimativas ajustadas OR de vitimização associadas com vários fatores sociodemográficos

Determinante	OR	[95%IC]
Sexo		
Masculino	1	-
Feminino	1.79	[1.24, 2.58]**
Grupo etário		
60-69	1	-
70-79	0.49	[0.34, 0.71]**
80+	0.63	[0.37, 1.07]
Estado civil		
Solteiro	1	-
Casado/ União de facto	1.35	[0.56, 3.28]
Divorciado / Separado	4.16	[1.45, 11.52]**
Viúvo	1.39	[0.55, 3.53]
Situação familiar		
Unipessoal	1	-
Coabitação	4.39	[2.47, 7.81]***
Habilitações		
Sem escolaridade	1	-
1º ciclo ensino básico	0.39	[0.24, 0.64]***
2º ou 3º ciclo ensino básico	0.21	[0.11, 0.43]***
Ensino Secundário ou Superior	0.17	[0.09, 0.35]***
Suporte social		
Incerto ou indisponível	1	-
Poucas pessoas disponíveis	0.58	[0.34, 1.03]
Muitas/ Suficientes pessoas disponíveis	0.22	[0.14, 0.37]***
Doença crónica		
Não	1	-
Sim	2.12	[1.38, 3.23]**
Precisa de ajuda nas AVD		
Não	1	-
Sim	9.21	[2.50, 33.9]**
Doença crónica* Precisa de ajuda nas AVD	0.11	[0.03, 0.43]**

p<0.05, *p<0.001

As associações entre ser vítima de violência, ser do sexo feminino e viver em coabitação mantiveram-se com significado estatístico, após ajustamento. Estas variáveis apresentaram-se como potenciais fatores de risco. Os indivíduos do sexo feminino manifestaram um risco acrescido de vitimização em 79%, comparativamente aos indivíduos do sexo masculino. Viver em coabitação também se traduziu num maior risco de se ser vítima da violência (OR=4.39).

No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que, comparativamente às pessoas solteiras, as divorciadas apresentavam um risco acrescido (OR=4.16).

Conforme referido anteriormente, verificou-se que o efeito da necessidade de ajuda nas AVDs depende do estado de saúde dos indivíduos, ou seja da presença ou ausência de pelo menos uma doença crónica. No quadro que segue apresentam-se as estimativas de ORs correspondentes à existência de doença e incapacidade.

Quadro 169. Estimativas ajustadas OR de vitimização associadas com estado de saúde e estado funcional

	OR	[95% IC]
Não tem doença crónica e não necessita de ajuda para os avds	1	
Tem doença crónica e não necessita de ajuda nas avds	2.12	[1.28, 3.23]**
Tem doença crónica e tem incapacidade	2.18	[1.26, 3.78]**
Não tem doença crónica mas tem incapacidade	9.21	[2.50, 33.9]**

Considerando as pessoas sem doenças crónicas e sem incapacidade como classe de referência verifica-se que todas as outras classes apresentam diferenças estatisticamente significativas quando comparadas com a classe de referência. Ou seja, ter uma doença ou incapacidade surge associada ao aumento do risco de experienciar agressão física. No que diz respeito à magnitude dos efeitos, uma pessoa que tem pelo menos uma doença crónica mas não tem incapacidade tem um risco acrescido de experienciar violência física (OR=2.12). No caso de a pessoa ter doença e incapacidade a estimativa do risco de violência é semelhante (OR=2.18). O grupo dos indivíduos sem doença crónica diagnosticada mas com incapacidade é o que apresenta maior associação com a violência física (OR=9.21).

Discussão

Este capítulo teve como objetivo comparar as características entre as vítimas de violência física, por parte de familiares ou pessoas conhecidas, que apresentaram queixa ou denunciaram a sua situação na APAV, ISS, IP e GNR ou que foram alvo de perícia no âmbito do direito penal no INMLCF, IP, com o grupo de controlos selecionados da população portuguesa com 60+ anos. Pretendeu-se avaliar o risco de se ser vítima de violência física, em contexto familiar, em relação a alguns fatores demográficos, socioeconómicos e de saúde.

Um dos primeiros resultados que sobressaem desta análise diz respeito ao apoio social e à coabitação, duas variáveis consideradas de contexto, segundo o modelo sócioecológico, e utilizadas em estudos de prevalência.

A coabitação surge como um fator de risco mais referenciado (Wolf, 1992; Lachs & Pillemer, 2004; Pillemer, 2005) e apenas um estudo revelou que coabitar com descendentes poderia ser um fator de risco para a violência (Naughton et al., 2010).

No caso particular do presente estudo, viver em coabitação constitui por si só um fator de risco específico para a violência física, resultado que vai ao encontro de Comijs (1999).

No que se refere ao apoio da rede social, Pillemer (2005) evidenciou que o risco de se ser vítima aumentava com o isolamento social da pessoa idosa, nomeadamente quando a sua rede social de suporte, quer formal, quer informal era frágil ou inexistente. Também o estudo prospetivo de Lachs e colaboradores (1997) confirmou que um apoio social diminuto incrementava significativamente o risco de vitimização. No caso do estudo de Naughton e colaboradores (2012) e Acierno e colaboradores (2010) um suporte social escasso foi reconhecido como um fator de risco para a violência global e física.

No presente estudo o apoio social teve um efeito protetor em relação à ocorrência da violência física, resultado que vai também ao encontro do estudo de Dong e Simon (2008).

Outro aspeto a salientar refere-se aos fatores sociodemográficos, nomeadamente ao efeito observado para a idade. Da análise concluiu-se que existia um risco mais baixo no grupo etário dos 70 aos 79 anos, resultado que vai ao encontro do que foi observado noutros estudos transversais (Acierno et al., 2010; O'Keeffe et al., 2007; Soares, 2010)

Relativamente às habilitações literárias os dados demonstram uma associação inversa ao risco de vitimização de violência física, isto é, os indivíduos com melhores qualificações foram associados a um menor risco de vitimização. Ao passo que se observou uma relação estatisticamente significativa entre a necessidade de ajuda em pelo menos uma das atividades da vida diária e o risco de violência física.

No entanto, os efeitos observados para o grupo etário, estado civil, incapacidade e doença crónica levantam a necessidade de uma investigação adicional para estudar o efeito destas variáveis na ocorrência da violência física.

Em síntese, os resultados obtidos confirmam a importância do apoio social da rede informal e das habilitações literárias como fatores protetores face à violência, enquanto a coabitação surgiu como um fator de risco para a ocorrência da violência física.

Os resultados desta análise têm que ser considerados tendo em conta as vantagens e desvantagens da metodologia adotada. Como vantagens destacam-se, a utilização de um grupo de controlos selecionados a partir de uma amostra aleatória de base populacional e a utilização de medições estandardizados (questionários e o processo de formação dos entrevistadores). Como principais limitações: a seleção dos casos não foi aleatória; a recolha de dados decorreu no âmbito da apresentação de queixa, denúncia ou realização de perícias, e dependeu do consentimento da vítima em participar, o que não permitiu abranger a totalidade das vítimas de violência no período previamente definido. Outra das limitações identificadas diz respeito à impossibilidade de calcular a taxa de resposta e comparar os respondentes e não respondentes. Esta comparação só foi possível numa das entidades parceiras, dado que houve um registo do número de recusas face ao total de vítimas que recorreu aos serviços da segurança social. E por último, o recurso a metodologias distintas para os casos (entrevista presencial) e para os controlos (entrevista telefónica).

Capítulo VI. Entrevistas em profundidade

Introdução

Os resultados qualitativos que apresentaremos neste capítulo surgem no âmbito do projeto Envelhecimento e Violência como o último objetivo que foi o de caracterizar os processos e tipologias de vitimização em contexto familiar.

A análise qualitativa baseou-se em dezanove entrevistas em profundidade a mulheres e homens com 60+ anos, pertencentes a um subconjunto de vítimas identificadas pela APAV e pela GNR.

Os temas abordados durante a entrevista incidiram em três linhas de problematização, (a) a história da violência, (b) as razões para a denúncia e as (c) expectativas para a intervenção.

Na história da violência procurou-se compreender a história de vitimização, os ato(s) de violência experienciados, as condições de ocorrência (onde, duração, frequência), as características do agressor (sexo, idade, escolaridade situação profissional), o tipo de relação (familiar, amizade, vizinho, formal) e as percepções sobre a vitimização (motivações, razões, problemas).

Nas razões para a denúncia e/não denúncia procurou-se compreender as razões pelas quais se apresentou queixa e como se processou essa decisão, no sentido de explorar os tabus, significados em torno da não denúncia.

As expectativas sobre a intervenção tiveram como objetivo compreender qual a avaliação que as vítimas fazem da intervenção da rede institucional e que medidas práticas a promover de modo a contribuir para a resolução do problema

O Método

As entrevistas foram analisadas através de uma análise de conteúdo temática. Este tipo de análise define-se por “ignorar a coerência singular da entrevista e procura a coerência temática entre as entrevistas” (Blanchet e Gotman, 1992, p.98). O conteúdo das entrevistas (*corpus* de análise) foi sujeita a uma análise de conteúdo, técnica que possibilitou reunir, organizar e classificar dados, permitindo mostrar e compreender a importância atribuída pelos sujeitos aos temas estudados. Tendo em conta os objetivos da análise de conteúdo torna-se importante existir uma passagem, explícita e controlada através da inferência, da descrição (enumeração das características do texto, resumida após tratamento), para depois ser sujeita a interpretação (significação atribuída a essas características) (Bardin, 1977).

Numa primeira fase, foram lidas e relidas cada uma das entrevistas com o objetivo de se obter o sentido do todo e se avaliar, na globalidade o grau de adequação dos dados obtidos aos objetivos do estudo realizado. Realizou-se uma segunda leitura de forma a encontrar os extratos de entrevista significativos (frases, afirmações), que estavam relacionadas com a temática do estudo. Posteriormente foi questionada cada unidade de significação, que “corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização” (Bardin, 1977, p.104). Confrontou-se, de seguida, as unidades de significação de cada entrevista, procurando as diferenças e as semelhanças entre todas elas, reduzindo-se

àquelas que, de algum modo, caracterizavam melhor a experiência de vitimização dos entrevistados. Por fim, foram identificadas as frases chave, que descreviam melhor a experiência dos sujeitos, tentando-se compreender o significado dessas frases, de modo a conseguir obter o sentido das interpretações. As unidades de significação foram integradas, posteriormente, num todo, de modo a formar uma estrutura compreensiva.

A análise que apresentamos foi subdividida em violência filial, conjugal e por parte de outros familiares dada as especificidades do processo de vitimização.

No total foram entrevistadas nove vítimas de violência por parte dos filhos, dos quais seis eram mulheres e 3 homens, com idades compreendidas entre os 65 e os 83 anos. Todas as vítimas mantinham um vínculo parental com o agressor. A violência cometida foi exercida isoladamente ou teve como alvo casais de idosos (Cf. Para uma caracterização mais desenvolvida ver Anexo J).

Na violência conjugal foram entrevistadas cinco vítimas de violência por parte dos cônjuges (atuais ou ex), das quais 4 eram mulheres e 1 homem, com idades compreendidas entre os 63 e os 75 anos. Em dois dos casos reportados a violência surgia num segundo casamento, após a viuvez, e nos restantes tratava-se de uma situação presente desde o início do casamento e presente já há 30 ou mais anos (Cf. Anexo J).

Violência filial: retratos de vitimização

Na violência filial, foram entrevistadas nove vítimas de violência por parte dos filhos. No caso dos entrevistados do sexo masculino, os filhos agressores eram sobretudo homens no grupo etário dos 40 anos. No caso das 5 entrevistadas do sexo feminino, duas eram filhas e 3 filhos com idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos.

Relativamente aos tipos de violência a maioria das vítimas sofreu, em simultâneo de violência psicológica, física e financeira. Conclui-se através dos extratos das entrevistas que a violência psicológica é transversal quer à violência financeira, quer física. Os testemunhos que se apresentam das agressões físicas são eles próprios descritos com uma carga emocional elevada indissociável da violência psicológica.

“Foi a segunda vez, segunda vez agressão, agressão física. A primeira ele não me chegou a tocar, porque eu com as duas mãos consegui agarrar o pulso e a faca não chegou a mais que cinco centímetros do peito.” Manuel, 71 anos.

“E quando eu estava calada também, também me esmurrava.” Cristina, 65 anos

“Bateu-me; uma vez não me matou com um ferro porque eu recuei, fechei o portão, senão ela tinha-me mesmo morto.” Margarida, 71 anos

“Ele agarrou comigo, espetou comigo contra a janela” Miguel, 80 anos

“Bem, dá-me outra tarefa, percorri a cozinha toda, fui bater no fogão, no contador da água. Depois cai, não sei como é que ele me mandou ao chão e quando estou no chão começo a sentir qualquer coisa a correr vou com a boca á mão - isto é sangue.” Manuel, 71 anos

As agressões físicas são acompanhadas de insultos *“já não serves para nada”³³*, *“não vês que estás velha. Não prestas para nada. Não vales nada. És uma merda de uma mãe”³⁴*, *“ela diz-me coisas tão vergonhosas, tão horrorosas, tão escandalosas”³⁵*, gritos, ameaças *“Olhe, só lhe digo que senti um frio por mim acima, eu gelei. Tás enganada, eu vou-te pôr num asilo. Estás podre, já não serves para nada”³⁶*.

Relativamente à violência financeira das 4 condutas avaliadas (Cf. figura 3, ponto 3) o roubo surge como a conduta mais reportada. Os roubos de bens, a apropriação de pensões, o aceder a contas bancárias, sem a autorização do próprio fazem parte dos relatos descritos pelos entrevistados. A violação da correspondência ou o roubo de documentos (por ex. o cartão de cidadão) para falsificar assinaturas são algumas das estratégias utilizadas pelos agressores filhos.

³³ Angélica, 78 anos

³⁴ Cristina, 65 anos

³⁵ Margarida, 71 anos

³⁶ Angélica, 78 anos

“Levava coisas de casa, eletrodomésticos, vender pras drogas e depois um dia é que descobri.” Júlia, 76 anos

“Ele tirou-me a carta da reforma, tirou-me o meu bilhete de cidadã (de cidadão), falsificou-me a assinatura, foi aos correios e levantou-me dinheiro. E como nunca mais vinha o recibo para receber, eu cheguei-me ao pé dele e perguntei-lhe se foi ele, se ele me teria tirado a carta. [...] Só que ele conseguiu fazer a minha assinatura falsa e levantou, levantou-me o dinheiro.” Augusta, + 60 anos

“Ela tem roubado tudo, ela tem vendido tudo” Margarida, 71 anos

A coabitação com os pais e a não participação das despesas domésticas surge também muitas vezes apontadas pelos entrevistados.

“Porque ele desde que para ali foi, há um ano e tal, nunca entrou nem com um tostão nem para a água, nem para a renda, nem para a luz.” Margarida 71 anos

“Mas eles não contribuían para, para despesas nenhuma?] Nenhuma e então caem me em casa [...] Nunca contribuían com nada. [...]” Manuel, 71 anos

Os exemplos de filhos que ficam desempregados, perdem a casa e vão viver com os pais gera situação de apropriação do domicílio, do espaço e de bens.

“Porque eles entretanto apossaram-se da casa. De cada vez que eu lá ia já a casa estava modificada. Tudo diferente, os móveis. Estava tudo à vontade deles. Porque a paixão dele é a casa.” Manuel, 71 anos

“E outra coisa que ainda me doeu mais era ver a minha filha a trazer caixas da rua e tirar-me tudo o que era bibelôs, molduras, tudo! Isto não presta, isto é tudo para ir fora. Então, mas eu já morri? O que é que ela estava a fazer? [...] E a embalar. [...] Mas o que é que u andas a meter em caixas? Eu não posso ver a casa assim.” Angélica, 78 anos

“Quando voltou ele disse: mãe eu vou para o Canadá. Vou para o Canadá, vou vender o apartamento. Eu vou e não posso ir sem dinheiro, vou para o Canadá, vou vender o apartamento que eue preciso de arranjar dinheiro. Eu disse-lhe: olha uma coisa e onde é que eu fico? Ó mãe olha vais para debaixo da ponte, vais para um sítio qualquer que queiras.” Ent. E_6, F. 75

O forçar a pessoa a conceder direitos legais é retratado por Margarida de 71 anos. *“Ah e ela nessa segunda-feira [] trouxe o pai a santarém, aqui à caixa de crédito agrícola. Obrigou o pai a assinar um documento em que ficou solidária da conta. Tanto que lhe levantou o dinheiro todo.”*

Episódio mais grave e consequências

Quando questionados sobre qual o ato mais grave não existem consensos entre os entrevistados.

As ameaças de morte. Para Carminda de 80 anos foi a ameaça do filho *“foi ele querer-me matar!”*, enquanto que para António de 74 anos a ameaça com um machado *“[ele com um machado no ar], o mais grave, o mais grave que me aconteceu foi isso.”*

Para Angélica de 78 anos as agressões físicas *“É o ter-me dado duas bofetadas e o ter-me apertado o pescoço.”* Para Margarida, mais do que as agressões físicas foi a filha ter impedido de falar e estar com os netos *“É, isso a que me magoa. Ela a mim já me magoou tanto ou tão pouco, que eu já, o pior é os meninos [netos]. A minha menina que é porque eu estou ali não a posso ver, está a perceber? [Choro]”*.

As agressões verbais, as mentiras consecutivas e o acesso indevido à reforma por parte dos filhos ou o impedir de ter acesso a partes da sua própria casa (p. ex. tomar um banho ou ter acesso à máquina de lavar) são para Júlia, Miguel e Augusta, Cristina o que constitui de mais grave nos episódios de violência.

História da violência

Quando questionados sobre o surgimento dos primeiros atos de violência os entrevistados situam no tempo cronológico (20 anos³⁷, 8 anos³⁸ ou 4³⁹ ou 2 anos⁴⁰) ou descrevem paulatinamente a escalada da violência no tempo (*“primeiro falava-me aqui [aponta cara/ouvido], agora começou-me a esmurrar, silenciosamente”*⁴¹ e *“depois começou a ser fisicamente”*⁴²).

O que desencadeou segundo os entrevistados os episódios de violência?

Qualquer acontecimento ou evento servia para despoletar uma discussão e a escalada de agressões para Manuel. Para Cristina a frustração era canalizada para si sempre que o desemprego ou a rutura afetiva assolavam a vida do filho.

O álcool, os comprimidos e as drogas são identificados pelos entrevistados como as razões principais para despoletar a fúria e as múltiplas agressões.

Como é que os entrevistados interpretam estes comportamentos violentos por parte dos filhos (as)?

Para uns são os **traços de personalidade** (feitio, carácter e moralidade) ou a hereditariedade.

“Têm um feitio igual. E a minha sogra também era assim. Aquilo era hereditário da parte da minha, da minha mulher.” Manuel, 71 anos

³⁷ Manuel, 71 anos

³⁸ Margarida, 71 anos

³⁹ Miguel, 80 anos

⁴⁰ Júlia, 76 anos

⁴¹ Cristina, 65 anos

⁴² Miguel, 80 anos

“Foi, foi, foi o mau feitio dela (...) como ela não olha a meios para atingir fins, não respeita pai nem mãe. Não sabe honrar o pai, nem a mãe (...) ela é uma pessoa desequilibrada. Moralmente, mentalmente.” Margarida, 71 anos

Aliado aos traços de personalidade a **coabitação** e a convivência num mesmo espaço físico são para Manuel, Miguel e Angélica justificações para os comportamentos violentos.

As **questões financeiras** são as principais razões identificadas pelos entrevistados. A falta de autonomia financeira por parte dos filhos, devido ao desemprego e à dependência económica face aos pais e os pedidos consecutivos de mais dinheiro (*“Quer dinheiro. Quer dinheiro. Quer dinheiro”⁴³*; *“É sempre a questão do dinheiro”⁴⁴*) constituíam as razões para despoletar discussões e, em seguida, agressões físicas e roubos.

Os **comportamentos aditivos**, o álcool (*“Era do álcool que ele fazia aquilo tudo”⁴⁵*), as drogas (*“Por causa das drogas é que ele me tem feito isto”⁴⁶*; *“Eu acho que foi o ter realmente necessidade de dinheiro para a droga”⁴⁷*).

Associado aos comportamentos aditivos surgem, segundo os entrevistados, **a doença do foro mental**.

“E pronto, aqueles toques que eles [esquizofrénicos] têm às vezes” António, 74 anos

“Ele não está normal.” Miguel, 80 anos

“Ela deve tomar qualquer coisa, ela deve ter qualquer droga (...) porque uma pessoa normal não faz isto. É inteiramente impossível. Uma pessoa em estado normal não tem estas atitudes. Não tem! Não pode!” Margarida, 71 anos

Para Júlia de 76 anos, a razão que atribui ao comportamento do filho deve-se ao relacionamento afetivo com uma mulher, também ela com problemas de álcool e drogas.

Para duas entrevistadas, Cristina de 65 anos e Angélica de 78 anos não existem razões racionais para os comportamentos dos filhos: *“E não sei porquê as razões (...)”* *“O porquê? O porquê? Não tenho resposta”⁴⁸* ; *“Eu própria não sei explicar. [...] Por vezes aflige-me pensar, tenho ouvido muitas mães, muitas avós, lidei com várias fases etárias e muitos me têm dito - é uma frase comum - em que é que eu errei? Porque o conhecimento que vamos adquirindo permite-nos ver que, que algo não está bom. Aconteceu porquê?”⁴⁹* .

De uma forma geral, estamos perante dinâmicas relacionais difíceis entre pais e filhos.

⁴³ Margarida, 71 anos

⁴⁴ Miguel, 80 anos

⁴⁵ Carminda e Fausto 83 anos

⁴⁶ Júlia, 76 anos

⁴⁷ Augusta + 60 anos

⁴⁸ Cristina, 65 anos

⁴⁹ Angélica, 78 anos

A relação com o (a) filho (a) é descrita como conflituosa (“a partir dos 9 anos foi sempre uma turbulência (...) foi sempre um inferno”⁵⁰, “há 30 anos que a gente vive num inferno”⁵¹, “Acha que eu tenho boas lembranças da minha filha para comigo? Esta esgotou tudo aquilo que eu podia ter.”⁵²).

Quais os sentimentos e as percepções face ao filho (a) agressor (a)?

A desilusão e a tristeza fazem com que alguns dos entrevistados descrevam os filhos com um misto de amor e ódio e um sentimento de perda. É o caso de Manuel, 71 anos e Cristina de 65 anos.

“O meu filho é muito esperto! Por isso a que tenho pena dele. Agora não tenho pena nenhuma. Agora quero vê-lo o mais longe possível de mim, mas não tenho pena nenhuma.” Manuel, 71 anos

“É muito manipulador das coisas eh (...) é gula. Quer tudo para ele. Ele está habituado a que lhe dêem tudo? (...) se não é da melhor maneira, a tratar-me mal que ele me ama, que me mostra que me ama, então vou-lhe mostrar o que é amar e o que é que gosto dele [choro]. É isso. Quero-lhe mostrar (...)” Cristina, 65 anos

No entanto, os entrevistados do sexo masculino possuem uma visão mais crua sobre a situação dos filhos. É o caso de António, 74 anos com um filho com problemas de saúde mental. Agora medicado, vê o filho como “um morto vivo”, “um miserável, pronto, um miserável”, “não tenho confiança nenhuma nele. Para nada, para nada”(…) e lá está e não tem condições para ter dinheiro, mulher, nem nada.”

As entrevistadas do sexo feminino o discurso que sobressai é um discurso ambivalente, oscila entre sentimentos positivos, em simultâneo, negativos.

“É meigo, é amigo de ajudar, pronto. Só o pior é... eu acho que ele tem duas coisas contra: não ter trabalho e não sair de casa, ele está o dia inteiro em casa”. Augusta, + 60 anos

“Ainda hoje é uma pessoa muito inteligente e habilidosa (...) Ela é cruel. Ela é cruel. Ela é vila. Ela é má. Se ela não fosse má, estava aborrecida comigo, mas não proibiu uma criança de 4 anos e uma de 8 a falar com a avó. Tanto assim, que o filho disse-me que eu que era a avó mais ordinária do mundo.” Margarida, 71 anos

“Eu posso definir que temos feitos opostos (...) A minha filha é inteligente, mas como a maioria das pessoas inteligentes dá-lhe para o mal delas próprias, quer por idealismos inconcebíveis, quer por muitas razões. Presentemente se eu poder fazer a situação a minha filha é uma pessoa

⁵⁰ Margarida, 71 anos

⁵¹ Miguel, 80 anos

⁵² Angélica, 78 anos

transtornadíssima. Afetivamente desligada de tudo. Como é que eu posso considerar a minha filha? Uma desgraçada.” Angélica, 78 anos

Contam-se histórias familiares conturbadas. Manuel 71 anos, por exemplo, durante anos se confrontou com os consumos e as tentativas sucessivas de desintoxicação por parte do filho, viu durante anos acumularem-se dívidas infundáveis. Até que um dia parou de consumir.

Também Cristina de 65 anos passou um processo semelhante. O filho começou a consumir aos 12 anos e após alguns anos houve várias tentativas de desintoxicação e hoje com 41 anos ainda consome drogas e álcool.

Angélica, por sua vez teve que lidar, durante anos, no dia-a-dia com a dependência ao álcool por parte da filha: *“a minha filha estava continuamente de cigarro na boca, continuamente com um copo de vinho, seja Martini, seja vinho branco. [...] Mas notava [Tosse] que a minha filha trazia com frequência uma garrafa de whisky, de amêndoa amarga, disto ou daquilo, mas um bocadinho, um cálice ao café.”* Angélica, 78 anos

História similar teve Augusta e Miguel de 80 anos. O filho toxicodependente regressou a casa, por intermédio de amigos. *“Andou na droga. Através de pessoas amigas convenceram-me a levá-lo para casa para o tirar do sítio onde ele andava (...) E queria dinheiro para quê? Para ir para a droga. Tudo para a droga. Tudo para a droga. E espero que agora não me faça o mesmo.”* Miguel, 80 anos

Mais complicada é a história de Júlia, o filho, desde os 12 anos que é consumidor de drogas acabou por ser preso pela 5ª vez, após vários processos judiciais ligados a tráfico de drogas.

Não menos fácil é a história de António, 74 anos. Diagnóstico do filho: Esquizofrenia. O problema do filho é não querer tomar a medicação e descompensar. No hospital disseram-lhe *“Como tem família não pode ficar internado no hospital. Ele tem de ir para casa”*.

Para além dos comportamentos aditivos, o que une, igualmente, os entrevistados é a dependência económica dos filhos e a coabitação, desde sempre ou após a perda do trabalho. Muitos dos filhos agressores possuíam uma história pessoal (rururas afetivas e conjugais) conturbada e um percurso escolar e profissional pautada pela instabilidade.

Consequências

Em primeiro lugar, as **consequências físicas**. Contam-se episódios de hospitalizações chamadas ao INEM. Os hematomas, as nódoas negras ao longo do corpo e cara, durante vários dias e as mazelas físicas das agressões físicas perduram no tempo.

As **consequências emocionais e psicológicas** traduzem a tristeza, a desilusão, o medo de voltar a acontecer e o sentimento de perda marcam o discurso dos entrevistados.

“Depois cheguei a casa e disse para a minha mulher: olha começa-te a convencer que a gente já enterrou o nosso filho. Para mim o nosso filho desde o dia 20 de Setembro de 2012 que está enterrado. A minha mulher chorou, chorou; compreendo que é mãe, não é. Mas ela agora já encara, já encara e já

diz abertamente que o perdeu; o que não dizia há um mês atrás.” Manuel, 71 anos

“Eu nem quero que ela me chame mãe, que ela diz que eu para ela já morri, não sou mãe dela.” Margarida, 71 anos

“E eu tenho muito mais medo se vier outra noite assim [choro] que eu não espero.” Cristina, 65 anos

“O resto... e pronto, eu fiz-me de chorar, eu e a mulher.” António 74 anos

“Eu fico tão triste com isto” Miguel, 80 anos

“Estou destroçada (...)” Angélica, 78 anos

Como **consequências financeiras** destacam-se a saída da vítima da sua própria casa e a falta de dinheiro.

Abandono do domicílio

“Estou a viver numa cave onde não tenho casa de banho, nem tenho cozinha, nem tenho água canalizada, não tenho nada (...). Fiquei sem nada” Margarida, 71 anos

“Ouça, entrei em minha casa 5 vezes com a polícia, porque eu não posso entrar em casa. Tirou-me a chave de casa. É uma moradia linda, minha senhora (...) Eu neste momento, estou a viver em dois lados. Com a minha filha em Algés e com o meu irmão.” Miguel, 80 anos

Falta de dinheiro

A falta de dinheiro para pagar despesas domésticas (eletricidade, gaz).

“E sabem que sou eu que pago, que às vezes ando aflita à procura de dinheiro para poder pagar. Só que é assim quando eu pago, e agora nestes dias de frio ele aquece o aquecedor e nem sei se fica todo o dia. Porque há uns três ou quatro anos eu tenho andado a pagar, 80, 90 de luz. Começo logo o meu princípio do ano sem conseguir comer [choro]?” Cristina, 65 anos

“Não tenho, de comida é que ainda não consegui. [...] eu não tinha um cobertor de noite para me tapar, tinha frio, fui buscar. Fui buscar esta camisola.” Margarida, 71 anos

Destruição da propriedade e bens

“Ele derreteu-me a casa toda. A casa está toda partida. Portas e janelas e... tudo de cozinha e tudo, tudo partido, tudo escanifrado. Camas boas, tinha 4 camas ou 5 está quase tudo avariado. Camas de madeira, é claro. Tenho uma no meu quarto só. O resto está tudo partido.” António, 74 anos

Sentimos face à violência

Daqui decorrem um misto de sentimentos, emoções e perda de expectativa face a qualquer mudança quanto ao futuro.

Cansaço, desilusão caracterizam o discurso dos entrevistados.

“Pronto, ela [mãe], não podemos fazer mais nada. Temos de aguentar. Ele não vai melhorar [da esquizofrenia]. Ela sabe. Ela sabe tudo isso. [...] A nossa vida é esta (...) De maneira que, não sei o que vai acontecer. Há-de ser o que for. Eu também já estou farto; para me chatear com isso.” António, 74 anos

“Foi uma falta de respeito, muito grande, que ele teve comigo [ter tirado dinheiro da reforma], e falta de consideração também, porque ele sabia que era o nosso sustento.” Augusta, + 60 anos

“Então ameaça-me, trata-me mal, bate-me e eu não posso dizer nada. Então, a gente chegamos a onde? Eu não fui assim criada, nem educada, nem a eduquei assim! (...) Acho que um filho tem de respeitar a mãe e a mãe tem de respeitar um filho.” Margarida, 71 anos

“Isto é real. Tudo isto tem acontecido. E agora com 80 anos de idade um desgraçado destes a bater-me, a agredir-me, a fazer-me tudo. E a fechar-me a porta à chave e não me deixa entrar naquilo que é meu. E a mãe a consentir. E a mãe a consentir.” Miguel, 80 anos

Como lidar com a violência no quotidiano?

Na história descrita sobre a violência sofrida os entrevistados referem estratégias que os próprios utilizaram como forma de sobrevivência e auto defesa ou até, mesmo, de apaziguamento das situações perante mais uma situação de conflito (o silêncio, a apatia). O ocultar instrumentos pontiagudos (facas, armas, tesouras), como forma de prevenir novos ataques, tornam a vida destas vítimas num verdadeiro sobressalto e terror, na sua própria casa.

“Da primeira [agressão física] a minha ideia era empurrá-lo assim para trás, até chegar à escada. A minha mulher abriu a porta e gritou por socorro. Veio a vizinhança toda e mesmo assim ele não largava. O meu vizinho do lado foi buscar a caçadeira [...] Mesmo assim não largava. Chamou-se a polícia logo.” Manuel, 71 anos

“Eu fiquei ali deitado, a raciocinar o que é que eu tenho aqui para me defender, que ele ainda me vai atacar novamente. Mas eu tenho aqui só um sapato, mas o que é que eu faço com um sapato com um calmeirão daqueles. [...] Fui pelo corredor fora, fui à cozinha, abri a porta da marquise. Eu tenho um quintal, tenho uma hortazinha. E andei à procura de um pau [...] É pá, quando vejo lá um sacho, que eu tenho lá um sacho, que tem praí um metro e dez de cabo. Eu vou assim, eu agarro aqui pela parte e mesmo que ele me

puxe, mesmo que ele agarrasse a ponta não me levava o, porque se eu agarrasse o contrário ele não puxava.” Manuel, 71 anos

“Tive que me manter calada. Porque ele devia de estar à espera que eu dissesse alguma coisa ou me virasse a ele, para as coisas serem...” Cristina, 65 anos

“A gente tínhamos que esconder as facas à noite. [Carminda 80 anos] Escondíamos as facas, não podíamos ter facas aí. [Fausto 83 anos]” (Entrevista ao casal Carminda 80 anos e Fausto 83 anos)

A fuga, o recorrer a pessoas amigas ou a passar a viver em compartimentos (por ex. caves) foram também estratégias utilizadas pelas vítimas.

“Entretanto eu vou para Sintra, para casa de umas pessoas minhas amigas. [...] Olha a gente vamos-te aí buscar, vens para aqui comes e dormes e estás aqui descansada connosco e ajudas-me. Assim foi. Estive uma semana, voltei.” Margarida, 71 anos

“Entretanto, porque eu já não ia a casa, quer dizer com aquela frequência de todos os dias, todos os dias, todos os dias. Eu ia todos os dias, só que para não aturar mais aquilo (...) Sozinho não vou [a casa], ou com a polícia ou com um amigo” Miguel, 80 anos.

Os consecutivos maus-tratos que os entrevistados são sujeitos denotam comportamentos de resiliência face à adversidade em que vivem. Força interior, relativizar a situação, fazer por esquecer são algumas das formas que as próprias vítimas arranjam para lidar com a violência no seu quotidiano.

“Eu tenho tido uma força de vontade muito grande e tenho tido uma força interior bastante forte, muito positiva, para me esquecer de muita coisa.” Margarida, 71 anos

“Porque eu não ligava muito ao assunto, está a ver?” Miguel, 80 anos

Durante a entrevista procurou-se também compreender as razões pelas quais se apresentou queixa e como se processou essa decisão, no sentido de explorar *tabus*, estereótipos e significados em torno da não denúncia.

Intervenção na violência

O primeiro passo para pedir ajuda é o *onde e como procurar ajuda?*

Foram identificadas duas formas de solicitar ajuda. Os próprios recorreram à APAV ou foram encaminhados por terceiros ou a queixa foi apresentada diretamente pelo próprio à GNR ou à polícia ou denunciada por terceiros (por exemplo, vizinhos).

“E eu como já tinha ouvido da APAV e ultimamente já era a segunda ou terceira vez que eu ouvia a APAV e eu vim. [...] e foi por isso que eu estou aqui.” Cristina, 65 anos

“Nós temos no prédio uma amiga que formou-se em juíza [...] E então a gente socorreu-se dela [...] E diz ela, “eu estou assoberbada de trabalho e eu há muito tempo que não estou dentro desses assuntos, mas eu aconselho-vos a vocês irem à APAV, que a APAV são bestiais. Eu já lá trabalhei e vocês vão.” Foi assim que eu vim parar à APAV” Manuel, 71 anos

“O único sítio a que eu vim foi aqui [APAV]. Primeiro vim [APAV] aqui, informar-me de como é que havia de fazer e depois fui às finanças (...) A segunda vez [bater-me], agora a terceira vez, tive de chamar a guarda.” Margarida, 71 anos

“Que eu pedi apoio à Judiciária para o internar na Segurança Social que eu não tinha posses para pagar” Júlia, 76 anos

“Segurei eu o telefone que está no meu quarto. [...] E o que é que eu digo [à polícia]: olhe, venham cá que eu estou a ser agredida. E até estaria ofegante. Não foi preciso dizer nada, que eles identificaram e aquilo tudo.” Angélica, 78 anos

“Houve aqui uma vizinha que telefonou e veio a guarda.” Júlia, 76 anos

Até à apresentação da queixa vai um longo caminho de avanços e retrocessos. Por vezes, são outros elementos da família que desempenham um papel impulsionador para a denúncia.

“Depois falei com a minha filha e ela disse: mãe, já basta! Porque ele agora começou a bater-te, já foi com a avó, já foi comigo. Ela depois foi ao posto da polícia, mas ela não falou. Só disse lá a um agente: ele já fez com a minha avó, já fez comigo, agora está a fazer com a minha mãe. [...] e é assim, eu avancei porque eu não mereço isto.” Cristina, 65 anos

“Agora as minhas filhas todas têm ajudado. Todas, todas. [Então a situação ficou de tal maneira que as suas filhas acharam que tinham de fazer alguma coisa?] As minhas filhas mais novas é que decidiram isso.” Carminda 80 anos (Entrevista ao casal Carminda e Fausto 83 anos)

A apresentação da queixa pelo próprio é feita, quase sempre, em situações limite ou somente como forma de assustar o familiar.

“Para que ele não continuasse a fazer a mesma coisa, que já estava a ser vezes a mais, eu vim apresentar queixa para... pelo menos para ele ficar assustado. Foi esse o motivo que eu apresentei queixa.” Augusta, 60+ anos

“Porque já não podia aguentar mais [choro]. Então vim aqui, fui ao hospital, fui á polícia, vim aqui, não primeiro vim aqui depois fui ao hospital e a seguir fui à polícia. Tenho aqui o processo está aqui tudo. E depois fui com isto lá para o médico do tribunal e as agressões que me fez [choro]. Desculpe lá.” Miguel, 80 anos

Neste processo de apresentação de queixa as vítimas, são elas próprias “assombradas” por sentimentos de remorso e de esperança que o familiar vai mudar ou, até mesmo, de vergonha.

“É jovem e eu sendo mãe, sinto que ele vai mudar.” Cristina, 65 anos

“Porque eu tenho vergonha de ir à Guarda. De ir à Guarda e dizer assim: eu quero a porta aberta, quero isto, quero aquilo, que a minha filha me roubou. Já viu, que era uma vergonha (...) E depois além disso ela vingava-se em mim.” Margarida, 71 anos

Os momentos de desistência ou encerramento do caso são justificados pelo laço sanguíneo: *“É a minha filha. É a minha filha⁵³”; “Sabe quando se trata dos nossos filhos é sempre diferente. Nós temos de estar a acusar uma coisa, que foi criada dentro de nós.”⁵⁴*

E a rede social informal como gere a ocorrência da violência? Como é que as vítimas entrevistadas sentem o apoio por parte da família?

Apenas cristina de 65 anos e Margarida de 71 anos falam do distanciamento da família.

“A minha família não [...] e ele foi-me lá dizer, o meu primo: tu quando tiveres problemas com o teu filho não vás me chamar. Resolves com o teu filho. Não me vás chamar.” Cristina, 65 anos

“As pessoas lá sabem bem aquilo que eu fui, aquilo que eu sou e vêem o mau-trato que ela me dá [choro]. As pessoas sabem, toda a gente sabe (...)E sabe que, as pessoas de fora avaliam mais, por vezes, e dão mais que a própria família. Eu tenho os meus amigos em Lisboa, vou para lá, trago dinheiro, trago comida, dão-me lençóis quentes polares, dão-me pijamas, dão-me toalhas.” Margarida, 71 anos

Neste processo alguns dos entrevistados referem internamentos psiquiátricos, ainda que temporários, idas ao tribunal consecutivas e transferência de responsabilidades inter-serviços e o sentimento que fica no final: *“Eu já não quero saber mais disto!”⁵⁵*.

“Bem e eu depois houve uma altura em que houve mesmo necessidade de o internar. (...) foi de facto internado no hospital e estive lá oito dias. E depois foi para casa. Depois andou nisso, continuou e foi internado e está lá 8 dias.” António, 74 anos

“Fui ao juiz umas poucas de vezes. E o juiz agora da última vez a que me disse, pronto, se faz favor vão-se embora que quem tem que resolver isso é a médica psiquiatra. E, pronto, fomos embora. Acabou-se (...) Uh... pronto isto não está resolvido, mas elas [médicas do hospital psiquiátrico] lá em baixo disseram-me sempre que não, elas não têm autoridade para isso [interdição legal]” António, 74 anos

E no momento da ocorrência como é que polícia ou a guarda intervém?

Diferentes situações são descritas. Desagrado, desapontamento, desconfiança, tentativa de convencer a vítima a retirar queixa.

“Chamámos a polícia. E então sabe o que é que; chegaram duas horas depois. [...] Duas horas depois aparece os famosos super polícias. Foi um alarido doido. E eu disse: “Olhe quero que prenda o meu filho”. “Foi um agente da polícia

⁵³ Angélica 78 anos

⁵⁴ Margarida, 71 anos

⁵⁵ António, 74 anos

pública: “Um pai não pode mandar prender um filho”. “Ah, então quer dizer, vocês chegam duas horas depois de eu os chamar e depois” Mas eles disseram “só se o apanhássemos em flagrante”. “Então tá bem eu agora vou adivinhar quando é que ele me vai atacar, que é para vos chamar duas horas antes. Ou três ou quatro.” Manuel, 71 anos

“[tinha já alguma vez apresentado denúncia ou queixa?] Sim, sim [...] mas como eu era jovem, o chefe da polícia; por isso lá está, dão aquele x tempo e depois chamam a gente a ver se estamos arrependidas, se não estamos arrependidas, se queremos seguir com o assunto. Mas esse agente, que era o comandante de lá não sei quê, disse: ah ele é novo. Deixe agora, não vá com o assunto para a frente, vamos ver o que é que ele vai fazer. [...] Não, pense bem, ele é seu filho. Falou assim com calma.” Cristina, 65 anos

“Eu fui à guarda criminal e limpavam [retiraram a queixa]” Júlia, 76 anos

“Eles [polícia] queriam que eu saísse de casa, mas não quis sair.” Angélica, 78 anos

Como é que os entrevistados avaliam a intervenção?

A avaliação acaba por ser positiva traduzida num acompanhamento personalizado, informativo, embora os processos judiciais se arrastem no tempo e as respostas sejam insuficientes ou pouco articuladas.

“O melhor possível. Avalio... foram impecáveis. Tanto faz ser na advogada, fui muito bem acompanhada, aconselhada, e aqui (Posto da GNR) a mesma coisa.” Augusta, 60 + anos

“A polícia muito bem. Dois dias depois telefonaram-me, dois dias depois foram lá saber se tava tudo, se ela tinha saído bem. No hospital não, lá na, na, [...] Na medicina legal. O médico também. [...] Na medicina legal até me indicaram e me deram o papelho da APAV” Angélica, 78 anos

“Quer dizer eu quando vim aqui [APAV], sai daqui desiludido. Porque eu pensava que daqui ia partir qualquer coisa. E a informação que a sutora deu foi: a gente aqui só, só dá conselhos. Eu fiquei desiludido. Porque pensava de outra maneira. Pensava que aqui o apoio à vítima fizesse um processo, um inquérito, ouvissem as pessoas e que daqui transferissem ou para o ministério público ou, não sei, não faço ideia - esta era a minha ideia. Mas depois ela telefonou-me e diz que ia propor o afastamento dele. E aí já fiquei mais animado. Sinceramente aí já fiquei mais animado e digo assim, pronto já não é tanto como eu pensava.” Miguel, 80 anos

“E então, a APAV, aqui, fomos para ali para o tribunal - isto já, a quê dois anos - e só agora foi resolvido e não resolveram nada. Por isso a que digo que a justiça não faz nada. Não presta para nada.” António, 74 anos

“Acredita que vim aqui ao tribunal mais de 50 vezes e à GNR, depois a GNR foi lá, fotografou aquilo tudo, juntou-se aquilo tudo para o, para o ministério público, foi ao juiz umas quantas de vezes - já não consigo resolver isto e mandou o processo lá para baixo, para as médicas.” António, 74 anos

“É aquilo que se está sempre a falar. Compreendo que a justiça está a ser muito lenta. Os processos são aos milhares e segundo soube, então de violência doméstica nunca mais se acabam. Os juizes nunca mais dão vazão ao que têm entre mãos. Só que eu acho que tem de ser mais céleres ou terem mais gente, quer dizer [...] Pois para não demorarem tanto tempo.” Manuel, 71 anos

O que é que pôs termo à vitimização?

Para Manuel, 71 anos a **intervenção do tribunal**, a mudança de fechaduras e o **impedimento do acesso à sua habitação por parte do filho**.

“É assim foi o que o advogado disse, na casa vamos pô-los fora de casa e depois a que vamos ao criminal. Não chegou, não chegou, foi 28 dias. 28 Dias telefona-me ele: olha dia 13 de Maio às 10h estejam lá em casa com um serralheiro para mudar as fechaduras, que o tribunal vai, vai lá fazer a mudança de fechaduras.” Manuel, 71 anos

O fim do **consumo de álcool**.

“Deixou de beber e pronto. Parece até outro” Carminda, 80 anos (Entrevista ao casal Carminda e Fausto 83 anos)

António, 74 anos viu o fim das agressões físicas constantes com o **internamento compulsivo do filho e as idas ao hospital de dia**.

“E é lá que ele está [Hospital psiquiátrico]. A última vez que lá o apanhamos ficou lá. E elas agora dizem-lhe assim, agora tens de tomar os medicamentos e vais para casa e vens todos os dias. Estás aqui, entreténs-te aqui com a gente. Chegas aqui às 8 e depois, almoças, tás com elas e depois 4.30h, 5h vais te embora para casa. [...] Está assim neste regime há uns dois meses. Maravilha.” António, 74 anos

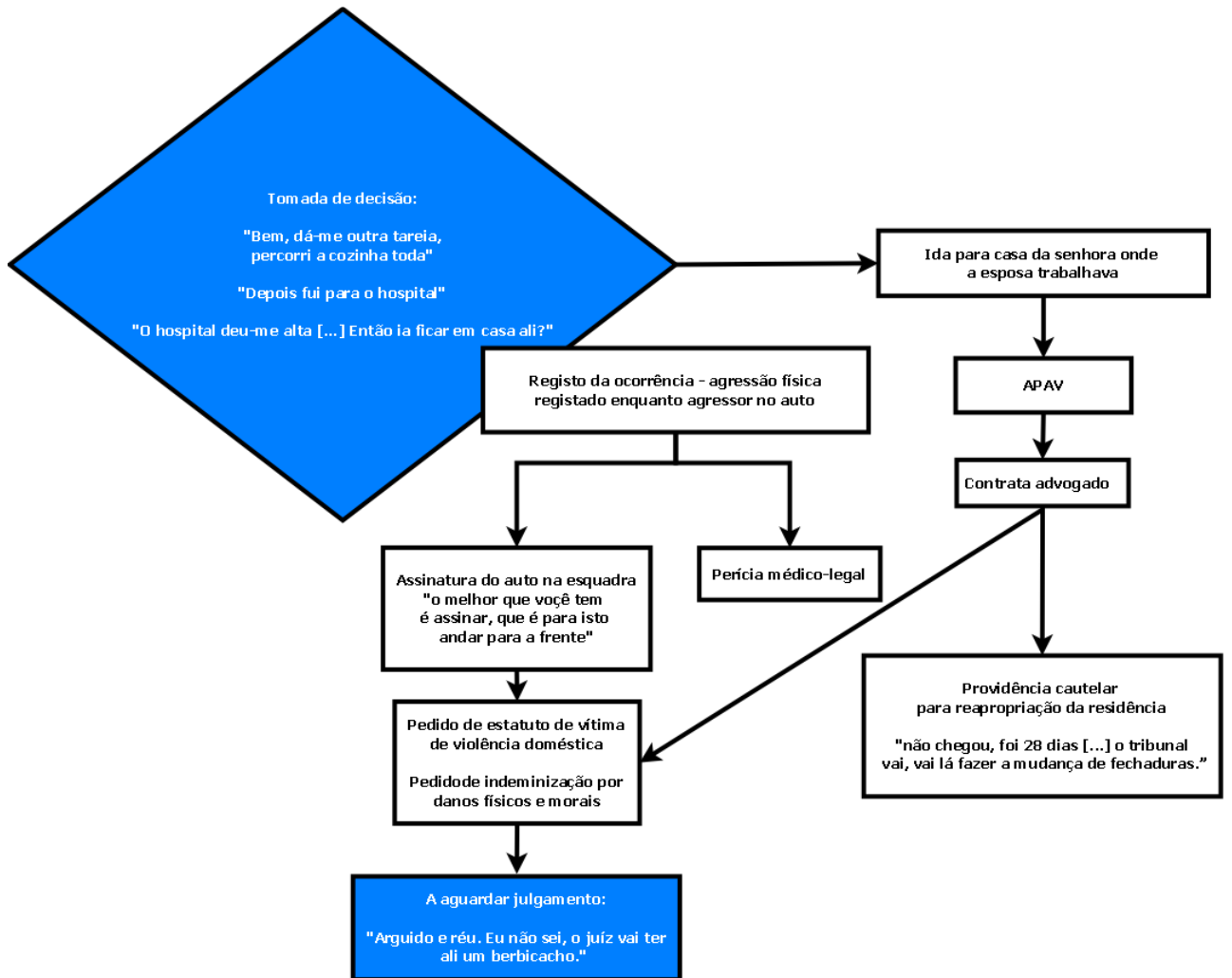
Júlia de 76 anos, por sua vez, viu o fim das agressões após a prisão do filho, enquanto Angélica, 78 anos, assistiu à saída voluntária por parte da filha.

De seguida apresentamos graficamente o percurso efetuado pelas vítimas, desde a tomada de decisão, ao circuito institucional percorrido até à apresentação da denúncia e queixa.

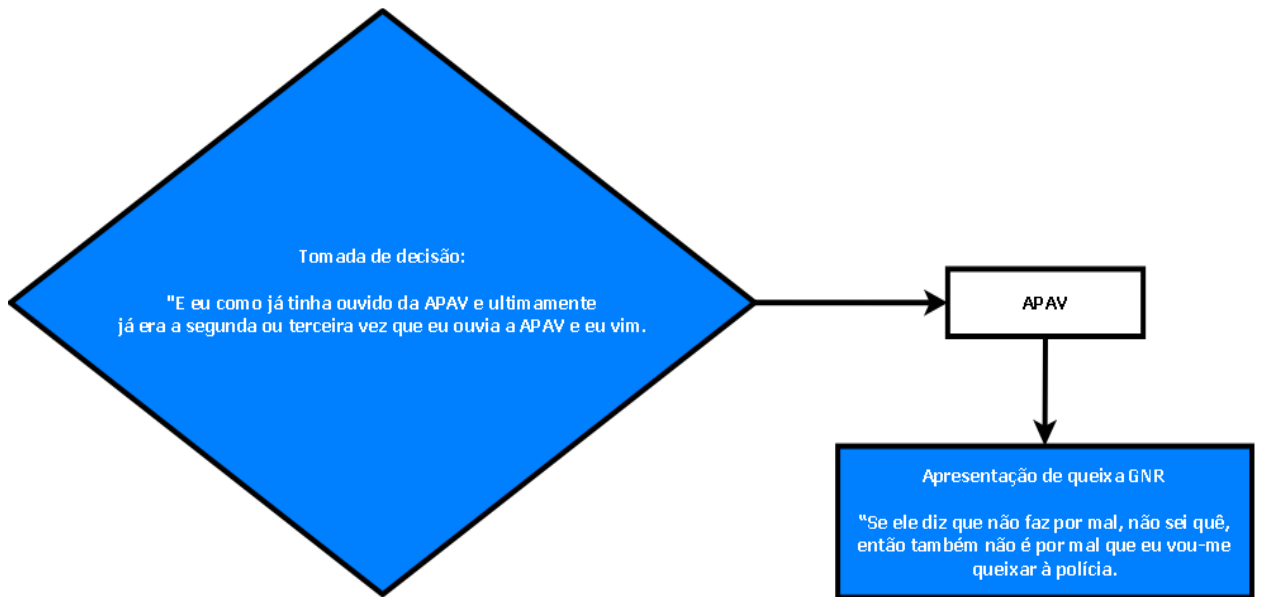
Da análise das situações conclui-se que os entrevistados homens apresentam um comportamento mais objetivo em recorrer ao sistema judicial a fim de por cobro à violência. Ao contrário das entrevistadas, as que apresentaram queixa desistiram do processo. A **vergonha, a esperança de mudança e o laço filial** foram mais fortes para a decisão do arquivamento.

Outras soluções intermédias surgiram como o acesso a um programa de desintoxicação de álcool ou o internamento compulsivo e o acesso a um hospital de dia puseram fim ao processo de vitimização.

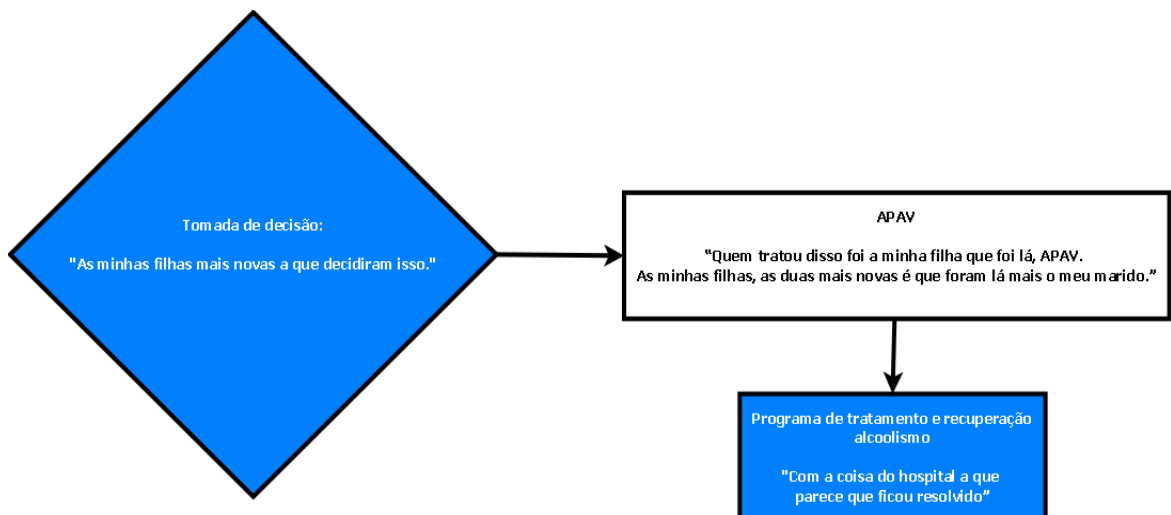
Manuel, 71 anos



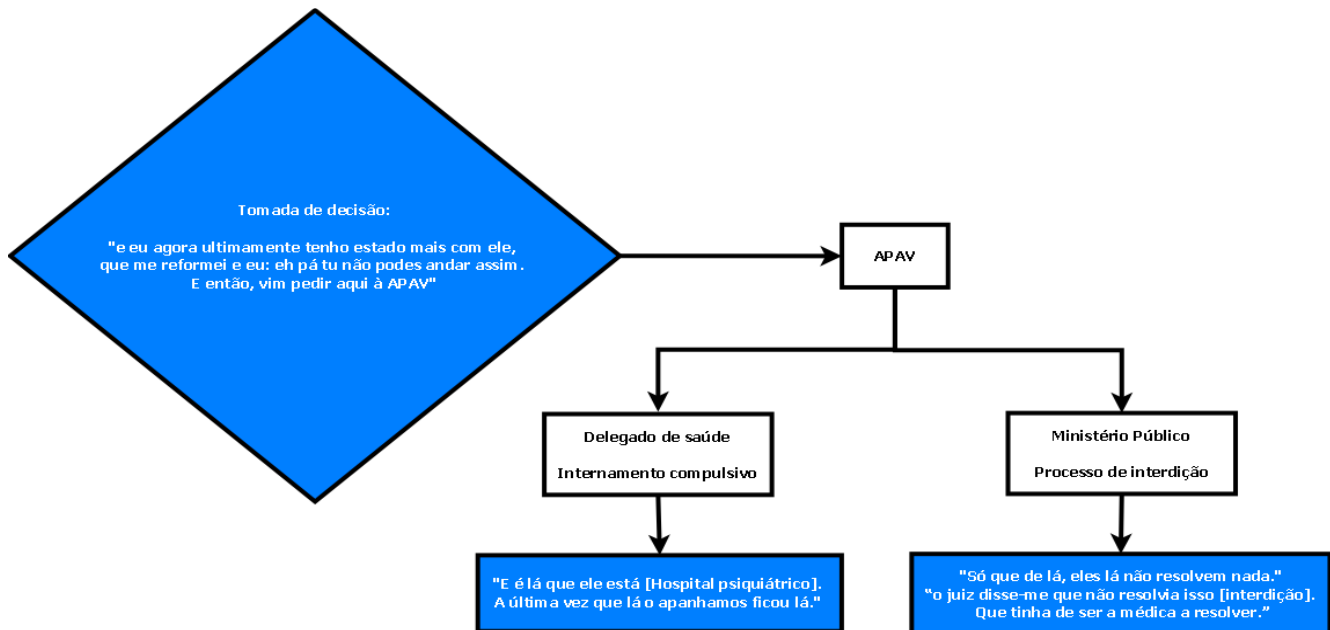
Cristina, 65 anos



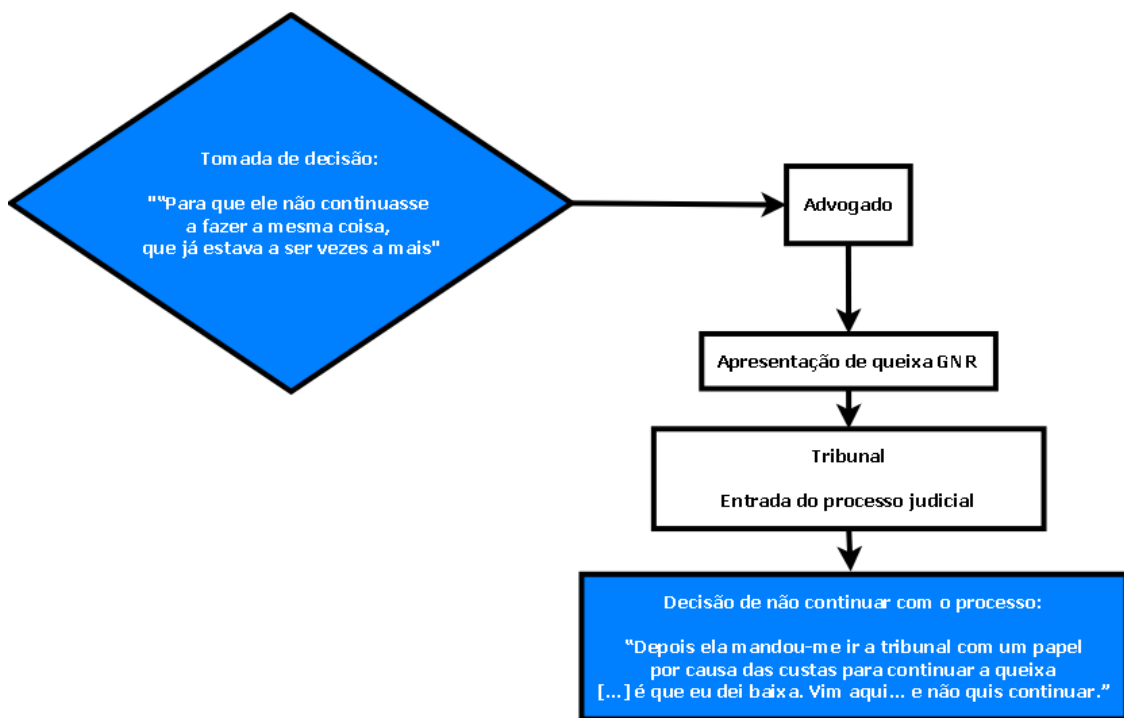
Carminda, 80 anos e Fausto 83 anos



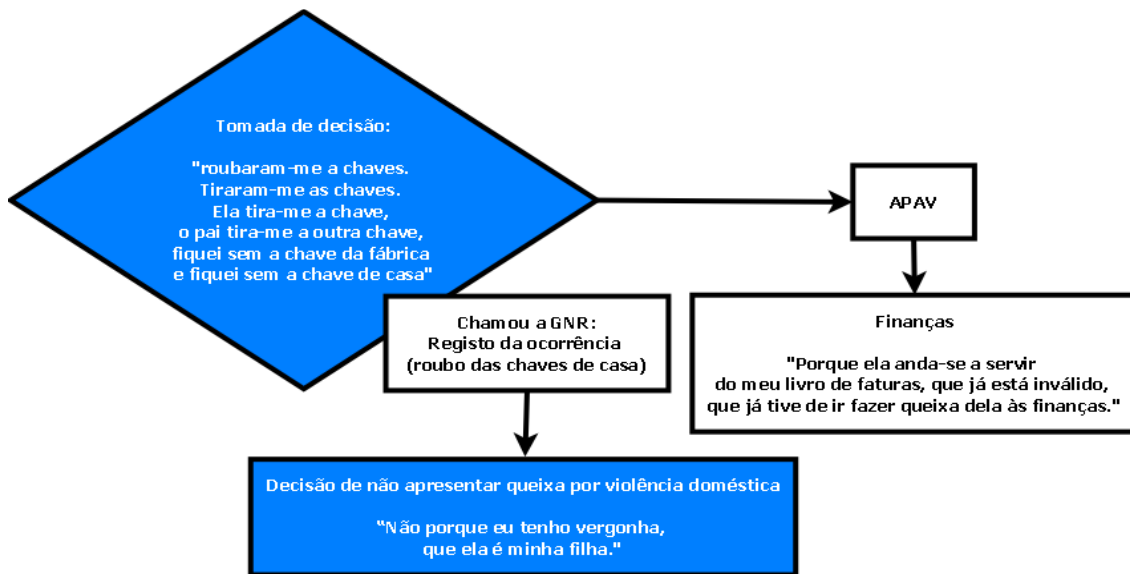
António, 74 anos



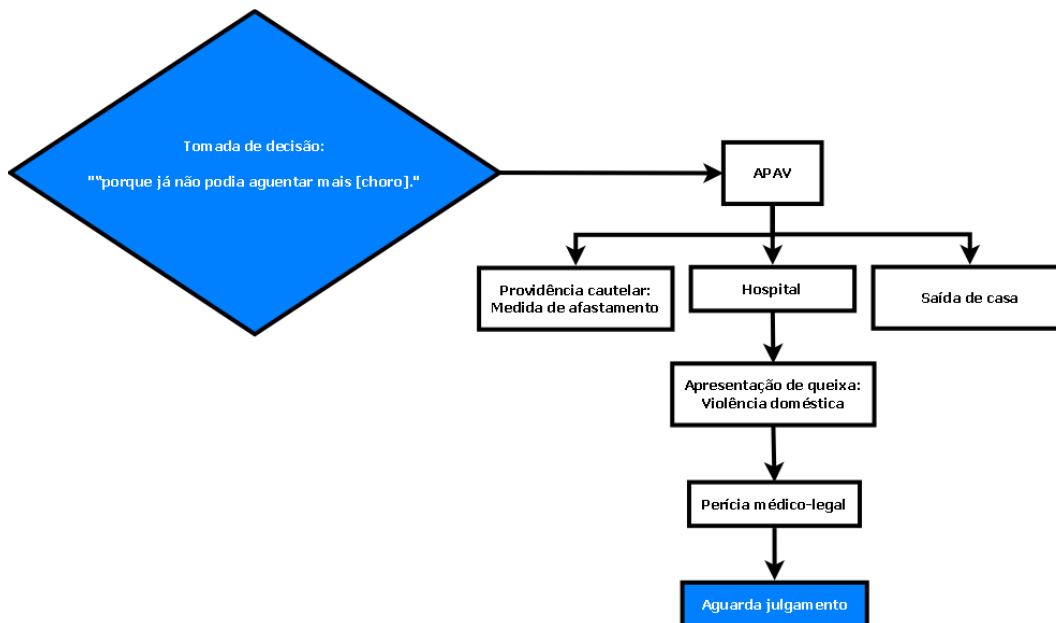
Augusta



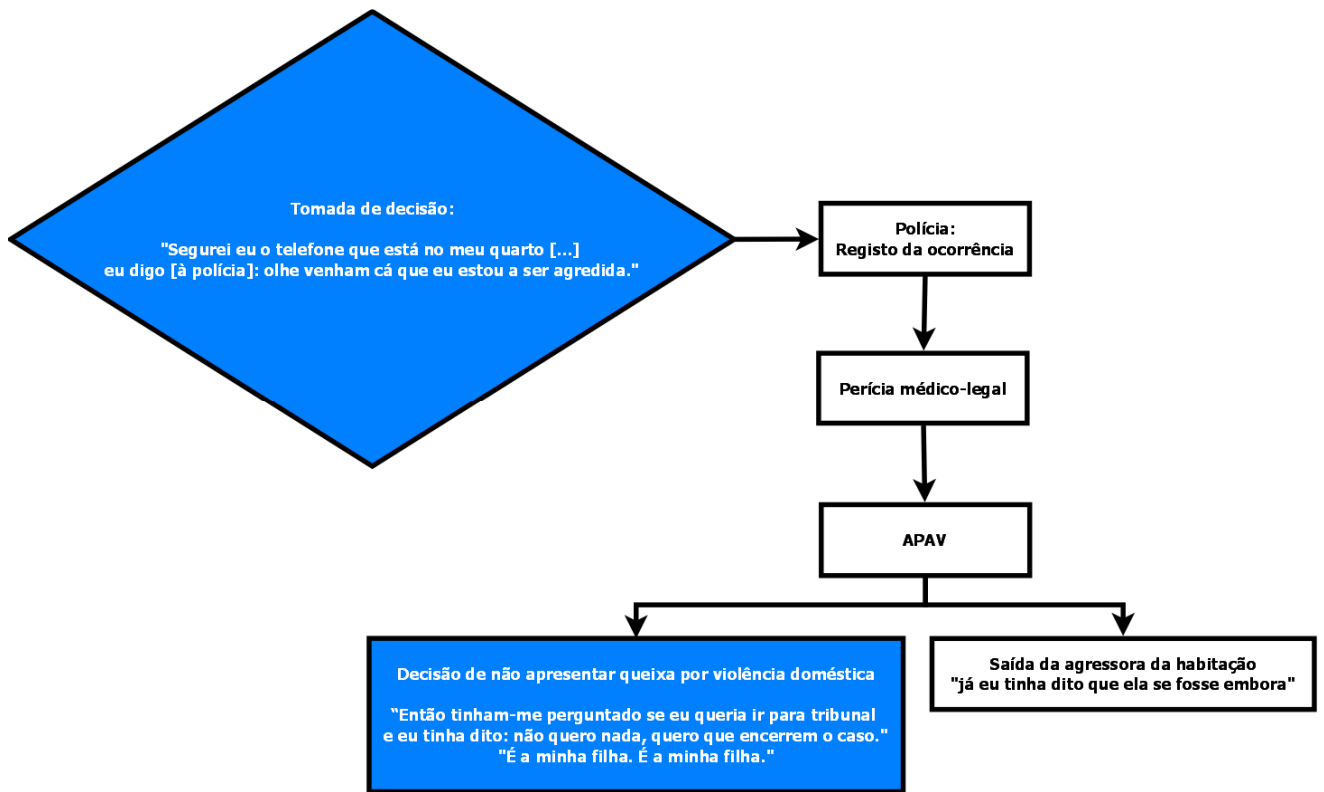
Margarida, 71 anos



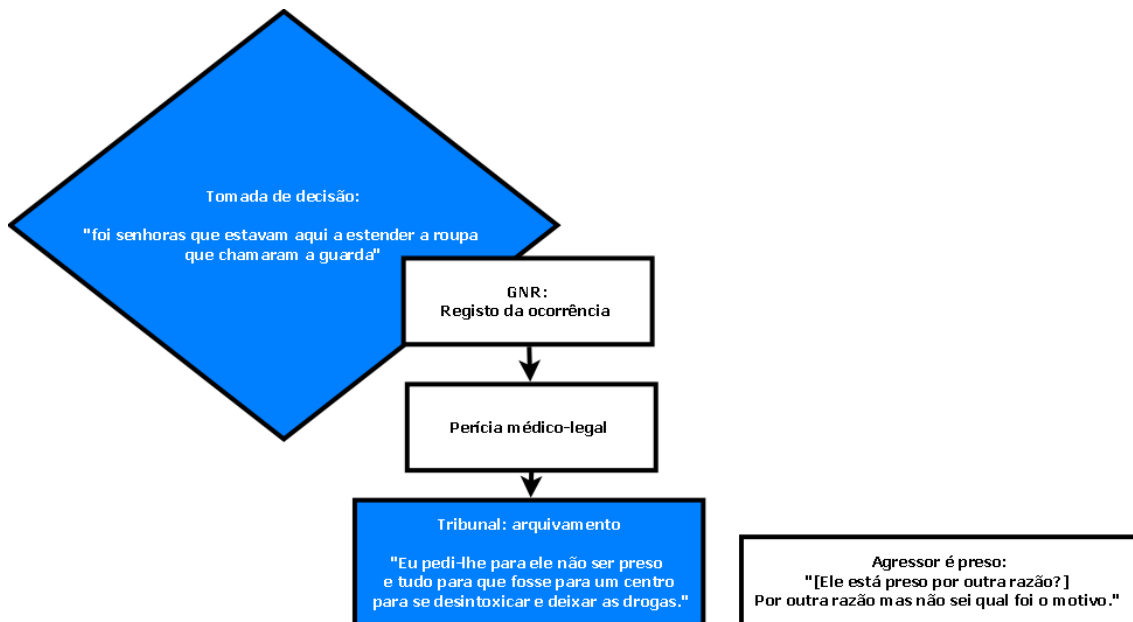
Miguel, 80 anos



Angélica, 78 anos



Júlia, 76 anos



Violência conjugal: retratos de vitimização

Relativamente aos tipos de violência todas as vítimas referem atos de violência psicológica. Este tipo de violência tende a ocorrer, simultaneamente, com outros tipos de violência, com exceção da vítima do sexo masculino (2º casamento), que relata apenas esta forma de violência transcrita em insultos ao próprio (“*Insulta-me com aquelas palavras*”), a terceiros (“*ela até insultava os meus filhos.*”) ou comportamentos com o objetivo de importunar (“*De bater com a louça na banca. Ir à casa de banho, o bater nas paredes para não deixar dormir. O ir à sanita e deixar a sanita suja*”).⁵⁶

A violência financeira surge associada à violência psicológica no segundo caso relatado de violência conjugal emergente num 2º casamento e em coautoria com a enteada:

“Passado dias, dias não foi muitos meses, foi dias, veio pedir-me se eu era fiadora dum empréstimo de peixe prá filha. [...] Entrei no banco para assinar o projeto como fiadora e saí de lá como devedora, coisa que não pedi nada a ninguém. [...] Não percebi nada. Nada, nada, nada. [...] E ele passou logo a casa pó nome da filha, tudo no mesmo tempo. Tudo ao mesmo tempo.”

Isaura, 66 anos

As restantes três vítimas referem a violência psicológica e a física simultaneamente, correspondendo a uma situação emergente logo no início de vida do primeiro casamento e continuada desde “*Sempre. Sempre. De anos.*”⁵⁷ Os atos de violência física descritos caracterizam-se por agressões físicas: “*de tanto pontapé que ele me deu e de tanto, tanto pontapé com o coiso no chão*”² e “*apertava-me a garganta, até tapar.*”⁵⁸. Mas incluem-se também o controlo da alimentação, não permitindo que a vítima se alimente (“*Não, não fazia compras para casa. Ele comia aquilo que queria e eu ficava sem comer.*”⁴) ou restrições do movimento das vítimas (“*Ele não me deixava sair do portão para fora. Levei, levei quase vinte anos fechada numa casa*”)⁵⁹. Estes atos são muitas vezes acompanhados de insultos e humilhações:

“Pois ele depois chegava e: estás a chorar porquê? Estou a chorar, porquê? Tu já te esqueceste, tu querias-me bater e chamaste aqueles nomes todos, todos feios, vaca, ordinária, filha disto e daquilo e daqueloutro. [Marido:] Ah coitadinha, não se pode dizer nada é mesmo uma florzinha de cheiro.”

Hélia 75 anos

Em dois dos casos de violência conjugal prolongada, atos de violência sexual foram também descritos, representando para uma das vítimas a causa e motivação de toda as situações de violência vivenciadas:

⁵⁶ Orlando, 65 anos

⁵⁷ Hélia, 75 anos

⁵⁸ Lucília, 67 anos

⁵⁹ Isabel, 63 anos

“Não havia comida, como ele dominava a casa ele não comprava e depois ainda se gabava, de que não havia. E que depois as coisas só voltavam a ficar normais se eu cedesse e depois era obrigada a ceder para haver calma em casa que ele depois, tornou-se um o sexo muito violento mesmo... [...] jogava-me as mãos à garganta e dizia que eu tinha morrer, aquela violação. Lançava-me ao chão, sacudia-me, agarrava-me...” Lucília, 67 anos

Em suma, a violência psicológica está sempre presente. As vítimas que reportam violência ao longo da vida conjugal também referem outras condutas, que com menos frequência, acompanham a violência psicológica, nomeadamente: a física (Hélia, Lucília e Isabel); a sexual (Hélia e Lucília) e a financeira (Lucília e Isabel). A violência financeira, na violência conjugal continuada e presente no 1º casamento, caracteriza-se não explicitamente por não ter o intuito de obter ganhos financeiros, mas como uma forma dos agressores poderem controlar as vítimas.

“Tinha de dizer a tudo ámen para poder comer, que ele tirava-me o comer. Não me dava de comer, quando as coisas não corriam bem.” Isabel, 63 anos

“Fui obrigada a deixar ele fazer o que queria [Ter relações sexuais], sem dinheiro em casa e isso é muito triste, muito triste...” Lucília, 67 anos

A violência emergente na nova relação constituída após a viuvez distingue-se da anterior. Por um lado não se apresenta sob a forma de agressões físicas ou sexuais e por outro lado, mesmo quando só sob a forma de violência psicológica, tem subjacente uma motivação financeira.

“A situação é esta: Ò Amélia tu vais ter a casa para ti e a situação é esta. O advogado vai-te dar um dos quartos, tu vais para lá e vais-lhe dar cabo da cabeça. Ele vai virar o capacete e fazemos queixa dele, ele vem para a rua e tu ficas com a casa. Ó doutora, a explicação é esta.” Orlando, 65 anos

Lidar com a violência

Ao longo da vivência da violência as vítima vão encontrando formas de diminuir a sua ocorrência e/ou impacto. Algumas das estratégias referidas são desenvolvidas para os atos de violência específicos da situação experienciada por aquela vítima.

“Deixei de pagar [Dívida do empréstimo ao banco]. Então eu não tenho dinheiro. O que é que fazia à minha vida. Com 400 euros, o que é que eu ia fazer.” Isaura, 66 anos

“Ele contava, ele sabia quando eu estava com o período. Sabe o que eu fazia durante muitos anos? Primeiro naqueles últimos dias, chegava andar bem quando vinha do trabalho e usava o mesmo o penso que já levava. [risos] [...] Depois descobri, descobri se pusesse betadine para as feridas...” Lucília, 67 anos

“Então eu tomava o ansiolítico, já tinha lá uma garrafa de água, eu tomava o ansiolítico e trancava-me [no quarto]. [...] [O agressor] Andava ali aos pontapés e depois cansava-se e ia-se embora.” Hélia, 75 anos

Outra estratégia é referida, quer em situação de violência conjugal de um primeiro casamento, quer aquela decorrente do 2º casamento e passa por tentar ignorar e não responder ao que as vítimas denominam como “provocações” do agressor.

“Eu tinha dias em que eu dizia assim: hélia, hoje não vais responder a provocações. E eu evitava responder.” Hélia, 75 anos

“E como não estou a dar a margem e o problema maior que está a existir agora é o desprezo que lhe estou a dar. Que não lhe dou aceitação nenhuma. Nem para ela falo.” Orlando, 65 anos

Episódio mais grave e consequências

A polivitimização está presente em praticamente (com exceção de Orlando) todos os relatos de violência conjugal. Quando questionadas sobre o episódio mais grave, duas das vítimas referem ou comportamentos que não se inserem em atos de violência ou as consequências do próprio ato. No primeiro caso são referidas *“as amantes que teve.”*⁶⁰ e no segundo o facto da violência financeira exercida ter dado origem a *“sujar o meu nome, que nunca o tive sujo.”*⁶¹ Os insultos (*“era quando ele me chamava de vaca”*⁶² e *“cabrão, bandido, uhm... canalha”*⁶³) são percebidos por duas das vítimas como sendo os episódios de violência mais graves.

Por último, uma das vítimas refere as estratégias utilizadas pelo agressor para obrigar a vítima a ter relações sexuais e a própria violência sexual:

“Mas esta parte, esta parte do sexo, e daquilo [...] aquilo dele... [ele retirar a comida?] Até os próprios filhos e isso magoava muito. Porque eu era eu, mas as crianças não têm culpa destas coisas. Mas esta parte do sexo magoou-me muito, afetou-me muito.” Lucília, 67 anos

Os ferimentos e as hospitalizações resultantes da violência física são descritos por duas das vítimas de violência conjugal prolongada. Ainda assim, todas as vítimas referem mais frequentemente as consequências psicológicas e emocionais, com evocações repetidas, mais do que uma vez, ao longo da entrevista.

“Muitas vezes tinha uma depressão em que eu só chorava, chorava, chorava, chorava. E eu lá fui à coiso, para a médica psiquiátrica.”; “Com depressões, ansiolíticos, soporíferos, porque ele só me maltratou [choro].” Hélia, 75 anos

⁶⁰ Isabel, 63 anos

⁶¹ Isaura, 66 anos

⁶² Hélia, 75 anos)

⁶³ Orlando, 65 anos

“E depois o medo, o medo”; “eu tinha um medo, eu tinha um medo dele.”
Lucília, 67 anos

“Já estou a ficar no limite das minhas capacidades de aguentar uma situação destas.”; “O sofrimento é tanto, já estou a perder tanta paciência com esta situação.” Orlando, 65 anos

“Eu estava à beira duma trombose. Que eu já estava a senti-la.”; “eu estou assoberbada, eu estou muito, eu qualquer dia eu caio aqui no chão, porque eu não aguento isto.” Isaura, 66 anos

Uma das vítimas chega a relatar uma tentativa de suicídio, dado o desespero da sua situação: *“E eu uma vez estava tão aflita, já me tinha tentado suicidar, já tinha bebido comprimidos”*, Isabel, 63 anos,

Mesmo no caso de situações cuja intervenção permitiu um fim da violência exercida, permanecem consequências ao nível do bem-estar psicológico e, mesmo, de saúde mental. A depressão, os sintomas depressivos e o sentimento de desesperança são, neste âmbito, referidos: *“Não sinto nada, melhora nenhuma. Às vezes estou melhor, mas outras vezes venho cá e parece que caio no fundo de um poço.”*⁶⁴ e *“que por causa disto tudo a minha cabeça, já tive depois, durante este ano, duas depressões.”*⁶⁵.

O medo de agressões físicas, referido por duas vítimas como presente durante a relação conjugal violenta permanece, após a rutura desta, e é evocado justificando a manutenção de um estado de vigília.

“Sinto, sinto. Eu sinto-me insegura. Que eles sabem que eu sei muitas coisas. Eu sinto-me insegura.” Isaura, 66 anos

“Ainda hoje quando ouço a porta a abrir do vizinho, o meu coração dá um, dá um, dá um, como é que se... [...] Um salto de susto, porque faz-me lembrar quando ele vinha da rua que já não sabia se vinha mais calmo ou se vinha para me bater, outra vez. Para me bater ou pronto.” Hélia, 75 anos

“Tanto que eu apanhei pavor. Só de le falar aqui” Lucília, 67 anos

A frequência de relatos das consequências físicas é mais escassa e menos detalhada que os referentes às consequências psicológicas e são reportados apenas por duas das vítimas. Incluem idas ao hospital, hematomas, fraturas e distensões musculares.

“Nunca mais me esqueci que tive de apanhar injeções [...] para estancar a hemorragia.” Hélia, 75 anos

“Ainda tenho aqui a marca no músculo [indicando o pulso esquerdo], o aqui, onde ele me apertava os braços. Empurrava-me, empurrou-me de uma maneira tal que eu bati com a bacia no chão e tive que ir para o hospital”
Isabel, 63 anos

⁶⁴ Isaura, 66 anos

⁶⁵ Hélia, 75 anos

As vítimas referem ainda consequências em termos financeiros e de contexto de vida, nem sempre situações resultantes diretamente da violência, mas do próprio processo de resolução e de intervenção. O processo de queixa-crime é acompanhado muitas vezes, por um processo de divórcio e implica a saída de casa e consequentemente, a perda da residência, de bens e dinheiro.

“Porque eu na qualidade de funcionária foi-me atribuída uma casa. Fui eu que tratei dos papéis todos, fui que paguei a renda, a renda não, a amortização do apartamento. E ele, como nós casamos por comunhão de bens, ele está lá a viver e eu estou a viver num quarto onde me sinto mal.”
Hélia, 75 anos

“E depois foram lá e arrombaram-me a chave e pronto. E eu fiquei lá com as minhas coisas lá dentro.” Isaura, 66 anos

“Ele fechou-me os carros, ele fechou-me as garagens, ele fechou, fez tudo. Ele tirou-me o dinheiro do banco que eu trabalhei e ele. Ele tirou-me tudo das contas. Eu fiquei sem nada.” Isabel, 63 anos

Face a situações não ainda resolvidas, como é o caso de Orlando, a coabitação significa uma vivência diária com a violência (ou a sua possível ocorrência), resultante num sentimento de desespero: *“Tou no limite, tou desesperado. Tou desesperado. Tou no limite, não aguento mais. Estou no limite, porque o meu problema é da minha pensão, de reforma não me dar para poder sair, ir para outro lado, estar à minha vontade. Não me dá.”*, Orlando, 65 anos.

No caso das mulheres vítimas de violência conjugal do 1º casamento e prolongada durante 30 ou mais anos, há uma perceção sobre as próprias vistas pelos olhos do agressor, considerando, nestes casos que se é *“aquele objeto que lhe pertence...”*⁶⁶. As vítimas referem a impotência de disporem de si mesmas ao longo do seu percurso de vida, o que leva ao sentimento de perda da própria identidade.

“Eu não tinha direito de nada, nada. [...] Eu é como se fosse, eu não sei explicar.”; “Mas eu nunca fui senhora do dinheiro, nunca pude comprar nada”; Isabel, 63 anos

“Ser donas de nós, não é a gente sermos um objeto, de uso de uma pessoa, assim, que bate ou que agride, só por sexo. Mesmo por outros motivos.”
Lucília, 67 anos

“Eu não fui eu, eu fui ele. Porque eu só podia ser aquilo que ele queria.”
Hélia, 75 anos

A esta perceção acrescenta-se o sentimento de indignação dirigido ao próprio, expresso por três das vítimas entrevistadas enquanto auto desvalorização pela ingenuidade, inocência e falta, até, de inteligência.

⁶⁶ Lucília, 67 anos

“Eu acho que fui uma pateta. Fui pateta, fui estúpida, fui imbecil. Eu fui tudo.” Hélia, 75 anos

“E depois também fui sempre muito inocente. Nunca fui uma pessoa com muita inteligência” Lucília, 67 anos

“Sou. Sou um pouco atrasada, senão não assinava nunca papéis destes.” Isaura, 66 anos

Conviver com a violência quotidianamente e ao longo de toda a vida conjugal leva à percepção de uma vida pautada pela infelicidade (*“porque nunca fui feliz na minha vida”*⁶⁷), onde se chora a *“vida inteira”*⁶⁸. Vive-se como numa guerra, *“uma batalha onde os aviões cortam baixo, pronto, a bombardear a todo o momento”* e em *“terror”* porque se antecipa o que pode acontecer⁶⁹.

No caso de Orlando, vítima da parte da ex-mulher (2º casamento) o sofrimento é sentido igualmente como intenso e não passível de ser compreendido pelos outros: *“Você não imagina o meu sofrimento sobre isto tudo. Eu queria, queria uhm, como que hei-de explicar. Eu queria viver em paz. Em paz!”*.

Motivos e motivações para a violência

A percepção das vítimas acerca dos motivos para a ocorrência de violência é variada. Comumente evocado (quatro das cinco vítimas) é a intencionalidade de magoar, provocar e meter medo, sem que seja possível apontar um objetivo concreto.

“Só mesmo para massacrar, massacrar, massacrar, massacrar, massacrar, massacrar.” Hélia, 75 anos

“Mas nota-se que ela está a falar para provocar” Orlando, 65 anos

“De meter medo.” Lucília, 67 anos

“Não sei. Não sei. Não posso explicar, porque eu não sei.” Isaura, 66 anos

Apesar desta expressão comum, Lucília também salienta o papel de género (*“ele começou logo a guerrear comigo, a gritar comigo, daquela maneira de machismo, aquela maneira de impor as coisas logo ali”*), tendo a violência se exacerbado quando a amante deixou o ex-marido: *“Mas ele agarrou-se a mim, como, não sei, foi porque perdeu a amante, não sei, tornou-se então a partir daí, violento porque agarrou-se a mim como aquele objeto que lhe pertence...”*. Este papel de género encontra-se também implicitamente no relato de Isabel, na representação de que se pode “merecer” a violência conjugal: *“Porque eu não merecia. Ele não tem um dedo para apontar, eu não merecia, eu não fiz nada de mal.”*.

⁶⁷ Isabel, 63 anos

⁶⁸ Hélia, 75 anos

⁶⁹ Lucília, 67 anos

A única vítima que indica uma motivação específica é Orlando, que percebe a violência a si dirigida pela ex-mulher como meio de o “provocar” para que este “use a violência, para ela ganhar a questão.[da casa]”. O fim da violência exercida pela agressora é “ficar ela na casa.”

Relação com o agressor: percepção e sentimentos

As vítimas de violência conjugal tendem a relatar muito pouco sobre a história de vida do agressor e a sua caracterização é sempre feita tendo como referência o presente. Ou seja, não existe nenhum relato que explicita o início da relação amorosa e o modo como o agressor foi percebido nesse momento. Apenas duas vítimas, Lucília e Isaura, referem o início da relação. A primeira reconhece, retrospectivamente, que foi enganada: “O meu ex-marido é um pouco mais velho do que eu, doze anos, onze [...] Aos 17 anos ele conseguiu convencer-me eu a juntar-me logo com ele. Mas aí começou logo a enganar-me...começou logo naquela altura juntar era uma vergonha e ele foi um sacana.”, Lucília, 67 anos. Já Isaura, vítima do marido do segundo casamento após a viuvez apresenta uma motivação muito pragmática para o relacionamento, sem que existisse uma relação afetiva prévia ou até um conhecimento mais aprofundado do agressor:

“Então ela [enteada], pronto, veio ter comigo, disse que gostava, que estávamos os dois sozinhos, que eramos os dois viúvos e que podíamos unir-nos. Afinal eu estava a pagar uma renda, bastante grande. [...] e então ele pediu. Disse, pronto casámos. Eu disse tá bem, pronto. Eu conhecia-o como boa pessoa. Eu conhecia-o como boa pessoa.” Isaura, 66 anos

Todas as palavras utilizadas pelas vítimas para se referirem aos agressores têm uma conotação negativa, usualmente, referindo-se a características da personalidade: “instável”; “conflituoso”; “déspota”; “psicopata”⁷⁰; “controlador”⁷¹ e “gananciosa”⁷².

Intervenção: tentar e romper com a violência

Das três vítimas de violência conjugal, duas (Hélia e Lucília) relatam tentativas anteriores de romper com a violência. As tentativas resultam em pedidos de divórcio e apresentações de queixa-crime, entretanto, arquivadas.

“Pois, eu durante os 44 anos, ele disse sempre que não me iria dar o divórcio. Não te dou o divórcio. Meteu-se na cabeça que não me dava o divórcio.” Hélia, 75 anos

“Mas a primeira vez que vim à APAV foi já há muitos anos [...] Depois não segui, não segui, mais tarde voltei, não me lembro. Se cinco dez anos, eu não me lembro bem quanto é que abrange este tempo...” Lucília, 67 anos

A separação (e pedido de divórcio) e a apresentação de queixa-crime surgem após um episódio de violência física, aparentemente e não substancialmente diferente de outros episódios de

⁷⁰ Hélia, 75 anos

⁷¹ Lucília, 67 anos

⁷² Orlando, 65 anos

violência física já ocorridos. Os relatos referem-se a esse episódio como representando o limite.

“Ele apertou-me a garganta então eu deu-me aquela, aquela revolta, aquela revolta e digo assim, vou fazer queixa dele.” Lucília, 67 anos.

“Ele sai pela porta fora e digo assim: não Inês, isto chega. Isto é o fim da linha. Não quero mais viver com o teu avô.” Hélia, 75 anos

No caso de Isabel, não houve nunca uma apresentação de queixa pela própria. Um episódio de agressão física deu origem a que os vizinhos chamassem a GNR e *“a GNR levou para o hospital e daí a que foi tudo descoberto.”*. Contudo, esta já se encontrava, na altura, em acompanhamento na APAV. Mas o apoio e a razão de pedir o apoio providenciado nessa instituição surgia sobretudo pelo acompanhamento psicológico disponibilizado: *“Dava para falar, desabafar e dizer tudo quanto. E para chorar, eu chorava, chorava, chorava, chorava”* Isabel, 63 anos.

A relutância em pedir ajuda, denunciar ou apresentar queixa-crime sobre a situação de violência de que se é alvo, é a norma entre as vítimas de violência conjugal ao longo de 30 ou mais anos. As razões evocadas para a não denúncia ligam-se aos valores mais tradicionais de família, reconhecidos por duas das vítimas:

“De uma forma que entre marido e mulher tu não metes a colher. Nem que a mulher levasse tarefa de três em pipa, tinha que aguentar. Porque na altura do casamento, que na altura era 90% pela igreja, é até que a morte os separe” Hélia, 75 anos

“Mas a gente, vem daqueles anos antigos, vem do medo, ou não sei, ou pensar que as coisas vão melhorar, ou não sei, ou um pouquinho de tudo...” Lucília, 67 anos

De forma menos implícita também a vergonha e a proteção do “ideal” de família se sobrepõem à vivência da violência:

“Mas os filhos, como ele sempre também dominou muito os filhos. [...] Ó mama é uma vergonha, polícia, depois ele é capaz de ser preso.” Hélia, 75 anos

“Sempre porque quis sempre ver as minhas filhas, a levar o pai no altar. Não queria separar-me, não queria, sempre me calava, sofria calada.” Isabel, 63 anos

O medo representa também um aspeto importante do modo como as vítimas vão lidando com a violência e definindo as suas decisões. Este fato referido pelas três vítimas de violência conjugal prolongada está presente durante todo o processo. No caso de Isabel que ainda se mantem a coabitar com o marido enquanto espera a finalização do divórcio, o medo leva-a a decidir pedir a não continuação da queixa-crime por violência doméstica:

“E daí para frente e depois veio quando ele soube que eu fiz queixa, tive de retirar a queixa que ele ameaçava-me que me batia. Tive de tirar a queixa. Aí também estava com medo e tive de retirar a queixa.” Isabel, 63 anos

Esta situação não se verificou no caso de Hélia e de Lucília, pois a decisão de apresentar queixa-crime dá-se após uma saída destas de casa, recorrendo a apoio de amigos e família. Ainda assim, a saída de casa e apresentação e queixa nem sempre representa a finalização da violência ou do medo, sendo necessário voltar a recorrer à polícia, como explicita Hélia:

“E então o que é que aconteceu? Passou a rondar durante dois meses, a rondar-me o sítio. Eu não podia ir ao mercado, eu não podia despejar o lixo. [...] e eu vivi durante dois meses aterrorizada.” Hélia, 75 anos

Em suma e no caso da intervenção nos três casos de violência conjugal presente no 1º casamento, as entrevistadas apresentaram três finalizações diferentes. Lucília sai de casa, apresenta e *“ganha”* o processo-crime por violência doméstica, Hélia sai de casa e aguarda o julgamento do processo-crime de violência e de divórcio e Isabel aguarda a finalização do divórcio ainda em coabitação com o agressor, depois de, por medo, ter retirado a queixa-crime apresentada. A saída de casa surge como a forma mais eficaz de terminar a relação e a vivência de violência:

“A melhor solução para a minha situação era vender a minha casa. Ter alguém para comprar a minha casa e ia cada um para seu lado. Cada um fazer o seu caminho, a sua vida. Porque ele tem direito de ser feliz e eu também tenho direito de ser feliz.” Isabel, 63 anos

A saída está dependente dos recursos existentes e representa sempre uma perda, que é sentida pela vítima como uma injustiça: *“A casa é minha [choro]”* Hélia, 75 anos. A par das consequências ainda presentes no dia-a-dia das vítimas, estas não deixam de evocar os ganhos, sobretudo emocionais e psicológicos com o fim a vivência da violência:

“Mas acho que vale, valeu a pena. Agora num certo sentido. Mas agora ultimamente, já não me lembro tanto dele, que andava constantemente, constantemente, ele não me saía do pensamento mas agora já não. Outra vez quando me lembra, já me lembra com fiz bem! Com revolta, essas coisas.” Lucília, 67 anos

“Mas se há uma coisa que me dá um gosto muito grande é que quando chego de noite, vou-me deitar e penso assim, [...] amanhã eu sei que acordo e que não está ninguém, entre aspas - desculpe lá o termo - a chatear. Para mim isso já é um consolo tremendo. [...] Digo assim: graças a deus, libertei-me daquela criatura. Foram muitos anos, mas libertei-me mesmo.” Hélia, 75 anos

O processo de tomada de decisão dos entrevistados que reportaram situações decorrentes de um segundo casamento, já na meia-idade, distingue-se das vítimas de violência conjugal do primeiro casamento. Por um lado, este ocorre mais rapidamente e, por outro, as vítimas (ainda antes de pedirem ajuda ou apoio) procuram-se proteger tomando medidas específicas, ainda

que não de forma imediata, através da apresentação de queixa-crime, como serão o pedido de divórcio ou retirando o dinheiro da conta do banco.

“Quando a outra me disse que eu que estava no divórcio [...] ah, eu saquei logo todo o dinheiro que tinha no banco.” Isaura, 66 anos

“E então é que, eu puxei o divórcio. Ao puxar o divórcio, pronto, ficamos divorciados e ela ficou lá em casa” Orlando, 65 anos

Os procedimentos escolhidos não são suficientes, sendo necessário recorrer a apoio institucional. A utilização da justiça e a apresentação de queixa-crime por violência doméstica são muitas vezes decisões emergentes após o primeiro contacto com a APAV, o qual é realizado face à incapacidade da vítima em lidar com a situação.

“Quando me cortaram o gás foi quando eu liguei para a S., aqui para o Porto e disse-lhe: eu estou assoberbada, eu estou muito, eu qualquer dia eu caio aqui no chão, porque eu não aguento isto. [...] Uma colega da S. ligou para a APAV, eles começaram-me a ajudar aqui e a dizer o que é que eu havia de fazer para me seguir.” Isaura, 66 anos

“Eu, eu o meu desespero foi tanto que eu socorri à APAV. Eu tive a coragem - porque é preciso ganhar muita coragem para vir a um lugar destes, doutora. [...] É preciso; eu como homem, a mulher, a mulher é mais corajosa nessas situações do que um homem. Mas eu tive que me socorrer.” Orlando, 65 anos

O papel de género está também presente na decisão de se pedir apoio, como se pode observar no caso de Orlando, o único homem entrevistado vítima de violência psicológica em contexto doméstico. Os dois relatos representam adicionalmente a procura de informação das vítimas sobre formas de agirem e a possível falta da mesma para o público em geral.

A violência psicológica exercida pela ex-mulher de Orlando mantém-se, atualmente, uma vez que deriva também da situação de coabitação. Tal como nas situações de violência conjugal decorrente do primeiro casamento, o principal obstáculo, senão mesmo a manutenção da situação de violência é a coabitação e a falta de recursos para poder procurar outra habitação:

“Porque o meu problema é da minha pensão, de reforma não me dar para poder sair, ir para outro lado” Orlando, 65 anos.

“Eu precisava era de estar sozinho. Estar com a minha vida sossegada e prontos. E dos poucos anos que eu possa viver agora, ao menos nestes poucos anos ter paz, uma paz de eu estar a viver um pouco mais de anos.” Orlando, 65 anos

A violência financeira exercida sobre Isaura não foi também ainda resolvida, tendo a queixa de violência doméstica sido arquivada e estando a vítima a aguardar o julgamento do processo de divórcio.

“O processo sobre o, eles arquivaram o processo sobre a violência doméstica. Disse que não tinha, não tinha sentido, não sei quê, não sei que mais, que não tinha coiso, não sei quê, não sei que mais” Isaura, 66 anos

Intervenção: avaliação do processo

A avaliação das vítimas de violência conjugal incide sobre diferentes instituições e serviços, tanto sublinhando aspectos positivos, como negativos.

A intervenção policial é vista por uma das vítimas como positiva, até por ser *“Mais aberta, mais suscetível às situações”*⁷³. Contrariamente outra das vítimas refere uma atitude reticente da polícia em rececionar a queixa, associando esta atitude à sua idade:

“A polícia lá em baixo, em xxx, eles ò principio até estavam a não querer fazer nada e tal. Estavam assim a recusar-se um bocado. [Não queiram aceitar a queixa?] Pois. A recusar-se um bocado. [Mas porque acha que isso acontece?] Não sei. Se calhar é por ser uma mulher de idade, não é uma rapariguinha nova. Acho que é mais por aí, certo.” Isaura, 66 anos

A maior parte dos aspectos negativos evocados são dirigidos ao Ministério Público e ao processo judicial, sobretudo pelo tempo de espera, tanto no caso do processo de violência doméstica como no caso do divórcio.

“É o tempo. E isso já vai a um ano. [...] Eu quero voltar para a minha casa.”
Hélia, 75 anos

“A justiça não precisa de muito tempo para resolver estes nossos problemas, exatamente iguais aos meus. Nem precisa de ter muita despesa. [...] Para julgamento, passam-se dois ou três anos para ir a julgamento e etecetera, pronto.” Orlando, 65 anos

O tempo tem implicações diretas no dia-a-dia das vítimas, por não poderem reorganizar a sua vida, voltar a casa e reaver os bens e pertences: *“há muita coisa para repartir, tenho lá as minhas coisinhas todas.”* Isaura, 66 anos.

Duas das vítimas, Orlando e Isaura, ambos referem ainda problemas relativos aos advogados officiosos nomeados através de pedido de apoio jurídico na Segurança Social.

No primeiro caso, Orlando refere a incompetência do advogado pelo tempo demorado a iniciar um processo de queixa particular: *“Eu requeri um advogado para pôr, para pôr essa situação de coisa, antes do ministério público. Andei no advogado e o advogado andou-me sete meses sem me fazer a procuração. Ó doutora, por amor de deus! Ó doutora!”. Só quando Orlando disse ao advogado que ia “à ordem dos advogados, que ia escolher outro advogado, porque afinal de contas o meu processo não estava a andar.”, a que o advogado “meteu a papelada”.*

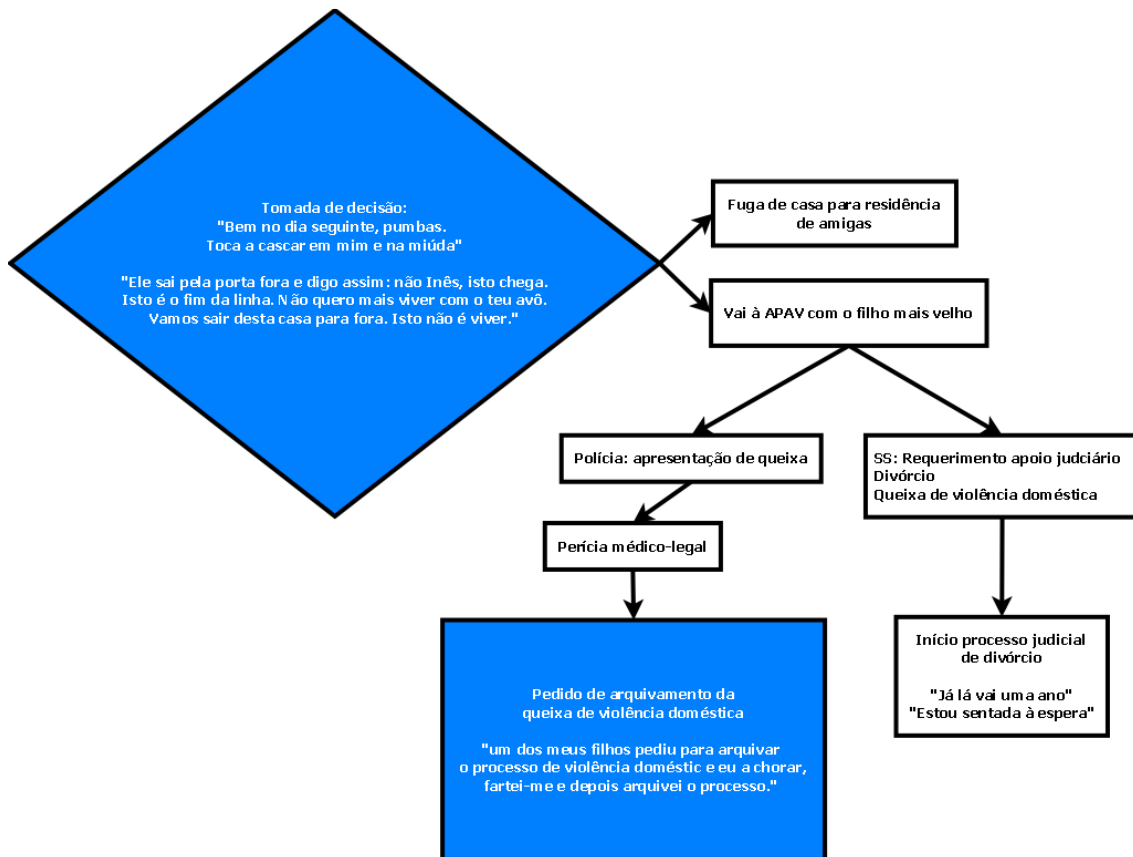
No caso de Isaura, a nomeação do advogado de divórcio não estava efetuada quando foi marcada a primeira audiência: *“mas demorava um mês [nomeação advogado officioso] e eles a*

⁷³ Hélia, 75 anos

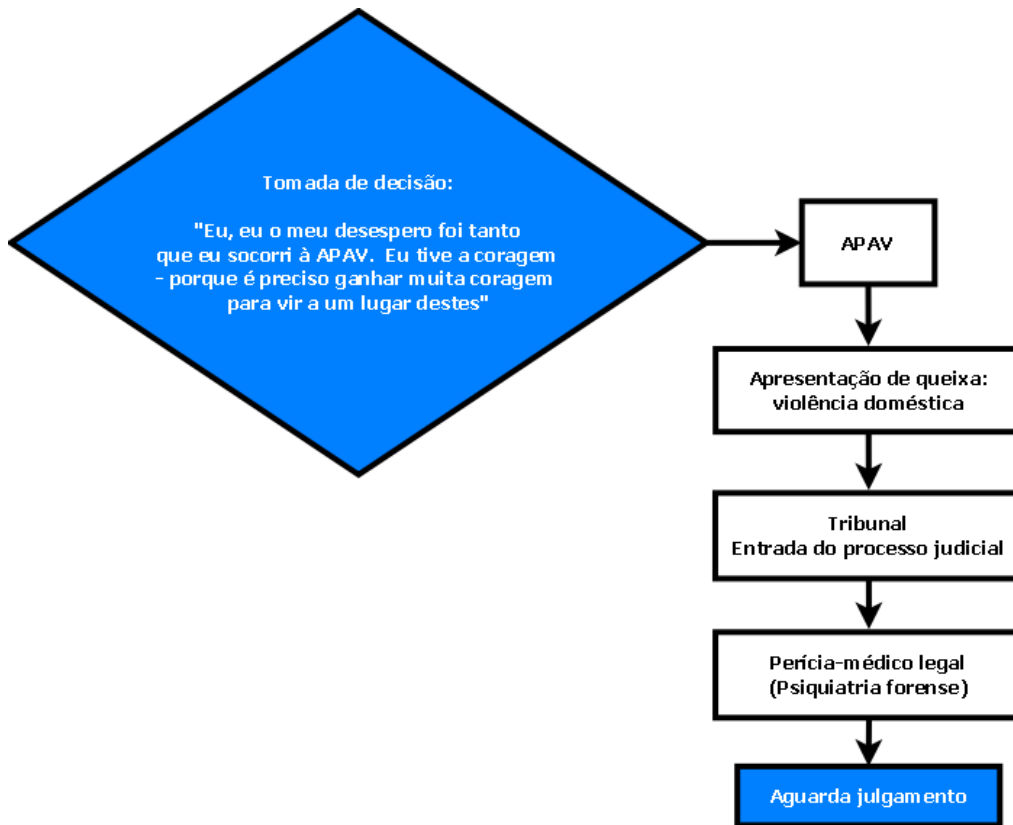
meio já tinham aquela coisa marcada e eu disse não vai vir a tempo”. Pode-se observar no extrato que se segue a importância de, neste caso em particular, as pessoas serem acompanhadas, correndo o risco de virem os seus direitos ultrapassados:

“A audiência eu fui lá dentro e disse eu não tenho advogado, [...] mas, se não fosse a S. eu ia fazer asneiras, porque eu não sabia, nada! E a for preciso, não sei, ia dizer que sim ou sei lá se queres o divórcio leva o divórcio e pronto. [...] Mas a S. diz: tu só chegas lá dentro, vai, mas queres que eu vá lá dentro? Vai. Tu chegas lá dentro e dizes eu não falo, só falo na presença do meu advogado. E o advogado dele, ah isto é um divórcio, não há partilhas, não há nada, não sei quê, não sei que mais; mas o juiz disse: ela tem o direito dela. E pronto.” Isaura, 66 anos

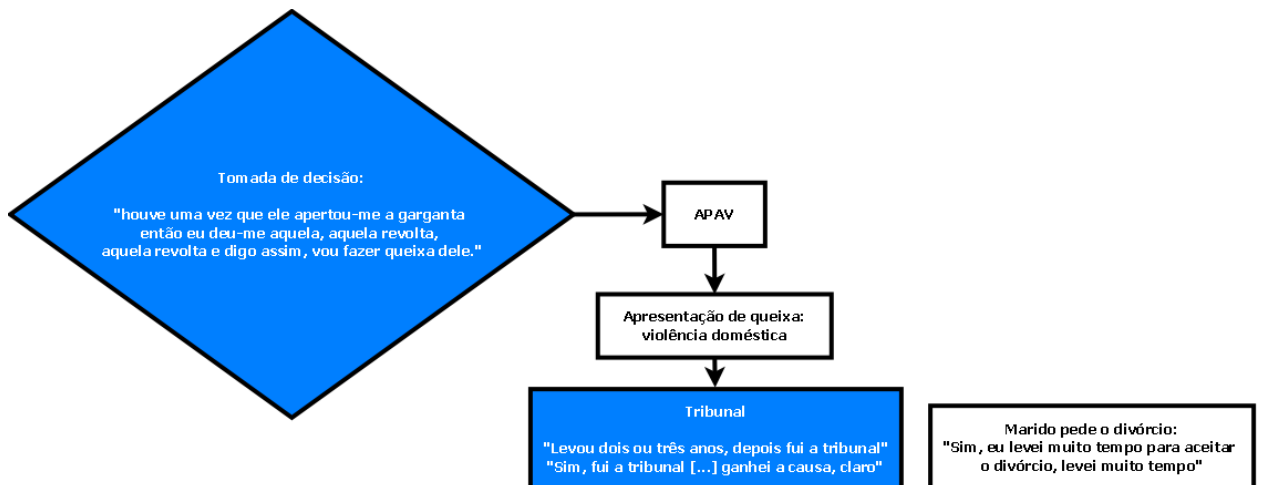
Hélia 75 anos



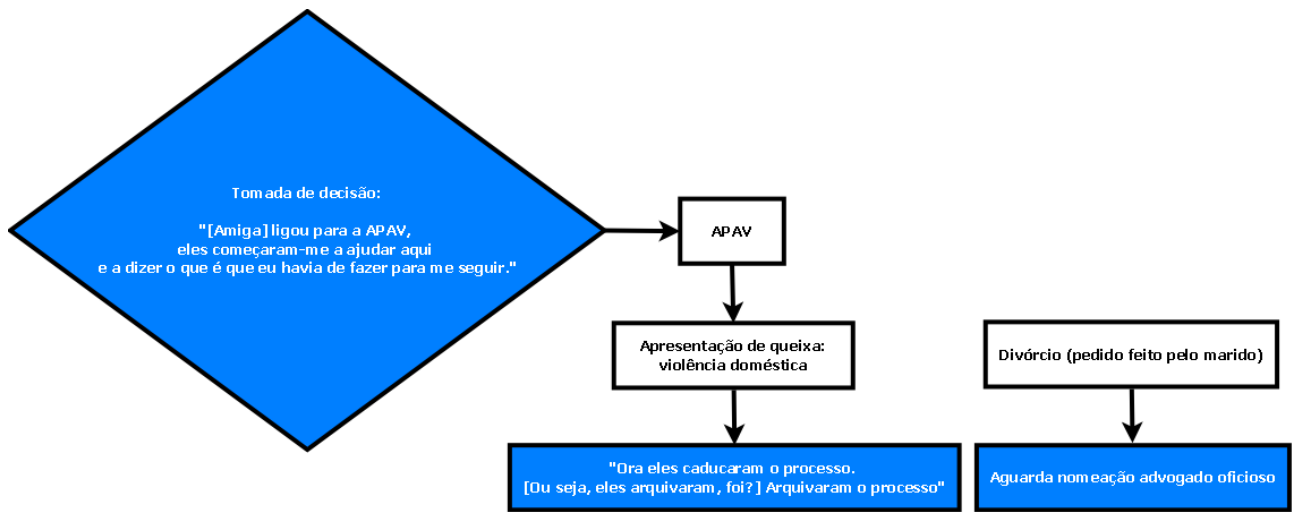
Orlando, 65 anos



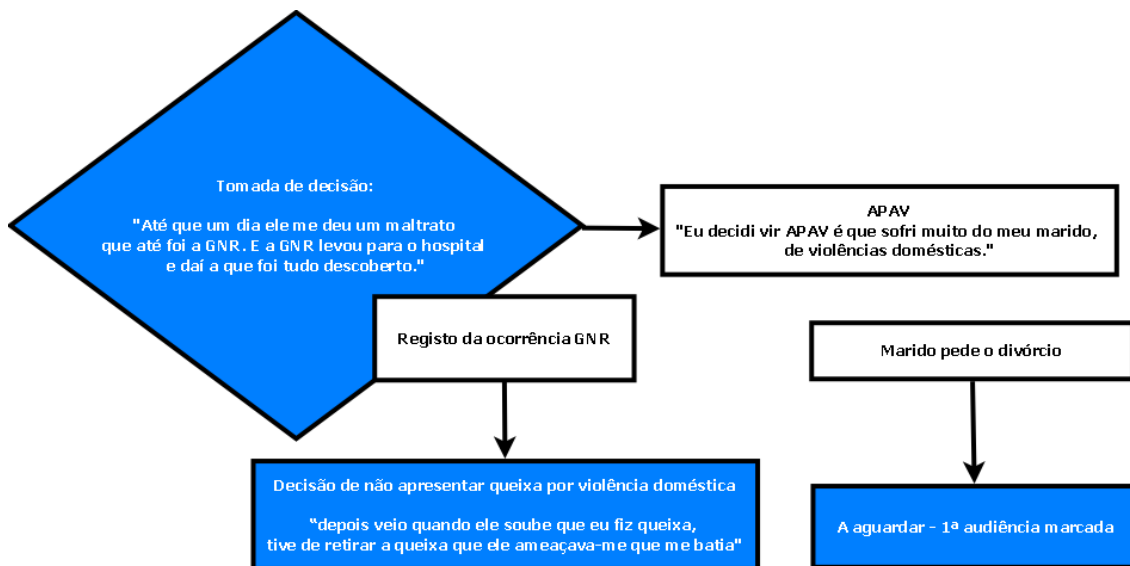
Lucília, 67 anos



Isaura, 67 anos



Isabel, 63 anos



Violência por outros familiares: retratos de vitimização

No que concerne à violência cometida por outros familiares, no total foram entrevistadas 2 vítimas de violência por parte de outros familiares, dois homens com 65 e 60 e mais anos (cf. Anexo J). Em ambas as situações as agressões psicológicas e físicas são perpetradas por familiares do mesmo grupo geracional (a irmã e o cunhado e apenas o cunhado). Contudo as duas situações apresentam traços distintos, nomeadamente na longevidade e frequência dos atos reportados.

Ricardo, 65 anos, refere sobretudo uma violência psicológica sob a forma de ameaças *“verbalmente, por SMS, por escrito, por verbalizações”*, insultos e difamações (*“ficamos sujeitos a ser chamados de burlistas, de ladrões, de gatunos”*). A agressão física é denominada pelo próprio como *“de menor importância”, ainda que não deixe “de ser agressão física.”: “Um empurrão, dois empurrões. Um murro no braço”*.

É relatado um episódio de agressão física dirigido ao próprio e outro dirigido às filhas, ainda que a violência se traduza, maioritariamente por *“tentar aterrorizar, tentar amedrontar, tentar vexar”*. A menor frequência de situações de violência física é justificada pelo *“receio das consequências maiores”*, não deixando de se manter uma aparência de *“quase a querer fazer parecer que passam á prática de um momento para o outro.”*

A violência surge associada a questões financeiras e a uma tentativa de burla perpetrada pela irmã e cunhado da vítima à filha deste: *“ludibriar, enganar uma das filhas. No fundo uma tentativa de vigarice. De burla, pronto”*. Contudo e apesar de a violência surgir *“sobretudo de há um ano e qualquer coisa para cá”*, as relações familiares pautavam-se já por dificuldades e conflitos entre as partes *“há muitos anos”*. Atualmente e dado que a mãe da vítima reside e é apoiada pelos agressores, esta acaba por de alguma forma ser envolvida e é *“utilizada”* na contenda: *“Eu não posso ir visitar a minha mãe, porque ameaçam de morte, que me fazem e acontecem.”*. De uma forma geral estamos perante um conflito familiar com bastantes anos, que resulta, apenas no último ano, em atos de violência explícitos.

Fernando, com mais de 60 anos, viúvo, vive em coabitação com o agressor, o seu cunhado, tendo a sua irmã e esposa do agressor já falecido há alguns anos. Ainda que não explicitando os atos de violência em si, a vítima refere-se à sua intencionalidade: *“Queria-me matar, não é.”*. As agressões verbais ocorriam *“todos os dias”* e as físicas *“quando queria”*, passando também por tirar *“a coisa do gás do fogão para eu não poder fazer de comer.”*

As agressões físicas já se prolongam, assim, há vários anos e eram já perpetradas também à esposa da vítima, já falecida. Este começa a coabitar com a vítima e esposa e com os sogros já há mais de 20 anos. O comportamento violento do agressor, percecionado como o seu *“comportamento normal”* exacerbava-se à noite, mas ocorria apenas dentro de casa. Aspeto que a vítima associa a medo de que outras pessoas, fora da família, presenciassem as agressões. Apesar a relação entre a vítima nunca ter sido *“boa, porque correu sempre muito mal”*, o agravamento e início das agressões físicas dá-se há 6 anos quando a vítima sofre um AVC (*“foi eu ficar mal, foi eu ficar doente...”*). A vulnerabilidade física faz com que a vítima lhe *“tenha medo”* e se sujeite *“e isso é que era um problema...”*.

Nos dois casos de violência perpetrada por outros familiares, existe uma relação familiar conflituosa que é exacerbada, quer pelo tempo e questões financeiras no caso de Ricardo, quer pelo aumento da vulnerabilidade física e isolamento de Fernando.

Lidar com a violência

As estratégias que as vítimas encontram para diminuir o risco de agressão ou de minimizarem o seu impacto, são como se pode observar nos casos da violência conjugal já descritos, relativas à experiência individual de vitimização. Contudo, uma das estratégias que parece ser comum é a não reação. Apesar de só uma das vítimas ter relatado essa estratégia, esta passa igualmente pela tentativa de ignorar, “*não responder, pura e simplesmente*” e assim “*não aderir às provocações.*”⁷⁴

Episódio mais grave e consequências

Em ambos os casos, os episódios considerados mais graves pelas próprias vítimas não incluem as agressões propriamente ditas, mas as consequências das agressões e sentimentos associados.

Fernando refere a humilhação sentida com o facto de não ter podido “*fazer de comer para mim e para o cão e não podia. Isso é que me dóia mais...*”. Este episódio é de facto também referido pela relevância da sua consequência, tal como percecionada pela vítima, sobretudo, pela possibilidade de se ficar “*sujeito a morrer à fome...*”.

Na evocação do episódio mais grave Ricardo refere uma atitude que não se insere exatamente na definição de condutas de violência: “*eu diria que é ingratidão com, sublinhadamente, com as palavras todas e em negrito e em letras gigantes: ingratidão. É o essencial.*”. O receio e a insegurança são indicados como as consequências da situação de violência vivenciada, juntamente com a saturação que a situação provoca.

Motivos e motivações para a violência

Similarmente às situações de violência conjugal, também uma das vítimas de violência por parte de outros familiares indica não existir razão para o comportamento do agressor: “*Sem razão nenhuma. [Sem razão nenhuma. E partia logo para a agressão...] Era, anda cá, anda cá, anda cá...*”, Fernando. O comportamento do agressor é percecionado por Fernando como “*selvagem*” resultando da representação que este tem de “*indígenas selvagens*” - “*Nem são bem gente, porra, eles não prestam.... eles não pensam, são capazes de tudo*”.

No caso de Ricardo e tal como já foi referido, as questões financeiras são tidas como essenciais no emergir da violência, contudo este considera que a sua má relação com a irmã e o cunhado é também fruto de uma “*inveja*” e “*ciumete*” destes em relação aos seus sucessos, sobretudo financeiros, associada a “*razões variadíssimas de ordem psicológica, de ordem formal, de ordem material, de ordem monetária. E até quando digo psicológica até psíquica*”. Ricardo ressalva ainda o maior ónus do cunhado na ocorrência da violência, dado que “*manipula, para não dizer chantageia a minha própria irmã para agir de acordo com os interesses dele*”.

⁷⁴ Ricardo, 65 anos.

Relação com o agressor: percepção e sentimentos

As vítimas de violência por parte de outros familiares, tal como as vítimas de violência conjugal, tendem a relatar muito pouco sobre a história de vida do agressor. A relação, ainda que a violência tenha emergido recentemente (há 2 anos no caso de Ricardo e há 6 no caso de Fernando), é sempre descrita na negativa:

“Nunca foi boa, porque correu sempre muito mal, correu, correu” Fernando

“E que infelizmente, já nessa altura, isto há 20 anos atrás e mais, nós fomos vítimas dos mais variados formas de agir a prejudicar-nos.” Ricardo, 65 anos

Ambos os entrevistados referem tentativas para a manutenção da relação por temerem que esta pudesse evoluir para pior:

“Até para evitar chatices maiores fomos, fechando os olhos, como se costuma dizer. Fomos virando costas. Fomos protelando, deixa acontecer.”
Ricardo, 65 anos

“[Consigo portava-se mal?] Muito mal, porque tinha medo a ele, eu tinha medo, e depois eu não podia [...] e sujeitava-se e isso é que era um problema” Fernando, 60 anos

O agressor é descrito pejorativamente como *“maquiavélico, mais sufista, mais matreiro, mais manhoso”*⁷⁵ e como tendo *“uma presença muito má...”*⁷⁶.

Intervenção: tentar e romper com a violência

Os dois entrevistados de violência por parte de outros familiares não relatam tentativas anteriores de romper com a violência. A tomada de decisão de intervenção passa pelo pedido de apoio institucional à APAV ou através da apresentação de queixa-crime na GNR.

Mas esta decisão não é tomada logo quando se inicia a violência, protelando-se a decisão por se tratar de familiares, ou na esperança de que a situação se alterasse.

“Ia vendo as coisas, se melhoravam ou não...mas então, o caso é sério de mais, o caso é sério e então participei às autoridades.” Fernando, 60 anos

“Eu dissuadia, penso que mal. Mas na melhor das intenções, é evidente; porque se trata de família.” Ricardo, 65 anos

Ricardo acaba por expressar que o pedido de ajuda junto da APAV passa pelo reconhecimento da falta de informação, tal como se observou no caso da violência conjugal, e consequentemente a incapacidade de gerir a situação:

“Mas concluo facilmente de que eu tenho mais em que pensar, mais em que fazer, mais em que me divertir, se for o caso, do que estar a gerir este tipo

⁷⁵ Ricardo, 65 anos

⁷⁶ Fernando

de situação. Sinto-me impotente de gerir a situação, de certa forma. De certa forma, percebi que recorrendo a alguém tecnicamente mais empenhado, mais sabedor, mais tecnicamente dirigida, mais consubstanciada no saber, na experiência que eu iria, nós iríamos ser menos vítima.” Ricardo, 65 anos

Já no caso de Fernando, e à semelhança no que se verificou nas vítimas de violência física por parte do cônjuge, há uma agressão física que leva à tomada de decisão:

“Isso fui espancado. [Foi espancado nestes dias e então resolveu denunciar?] Sim, sim.” Fernando, 60 anos

Ricardo e Fernando aguardam ambos o processo de investigação após apresentação da queixa, contudo, Ricardo reporta a continuação da violência, ainda que de forma menos frequente:

“Mas sinceramente tenho essa convicção de que se não continua tanto é porque entretanto a APAV e não só, mas a APAV em especial, via segurança social e por de uma forma indireta também do DIAP, porque sei que já foram ouvidos. Tudo isso dissuade um pedaço embora vão continuar na ameaça, de que não vão desistir.” Ricardo, 65 anos

A dissuasão após a apresentação da queixa é também implícita no discurso de Fernando, que se mantém a coabitar com o agressor, mas que desde que apresentou a queixa na GNR sente não ter *“problema nenhum”*. Não obstante mantém uma atitude vigilante e estratégias para limitar o seu contacto com o agressor:

“Faço o comer e levo o comer para o quarto. Não o apanho em lado nenhum. Nem sei se está lá se sai, às vezes nem sei se está lá se sai. Pronto, não fez mais disparates.” Fernando, 60 anos

De notar que para Fernando a situação não está ainda resolvida, sobretudo, considerando a coabitação e a cessação da violência apenas se garantiria com a ida do agressor *“para fora”*, o que Fernando pediu *“à GNR. Mandá-lo embora...”*.

Intervenção: avaliação do processo

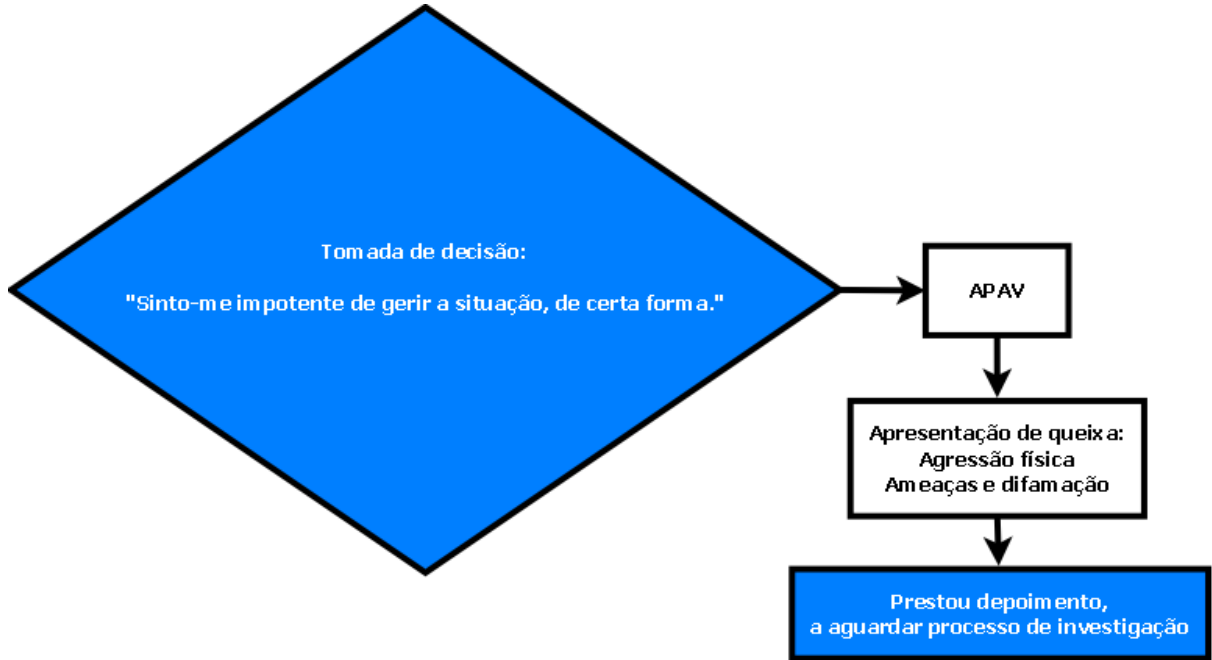
Fernando sente que o ter apresentado queixa na GNR o ajudou a lidar com uma situação de violência, que não estava capaz de gerir e faz uma avaliação positiva da GNR: *“A GNR sim, recebeu bem senão não valia a pena eu ir, não é? [riso] [...] Foram, foram simpáticos, atenciosos.[...] foram educados, então tem que ser, por isso são da GNR,... não é”*. Já Ricardo percebe, tal como algumas das vítimas de violência conjugal, o tempo e as burocracias associadas como desnecessárias e até ineficazes:

“No essencial [DIAP], mas perdem-se nas burocracias, um pedaço e muito, bastante na eficiência, pouco na eficácia e muito na aparência. Esta é a minha opinião.” Ricardo, 65 anos

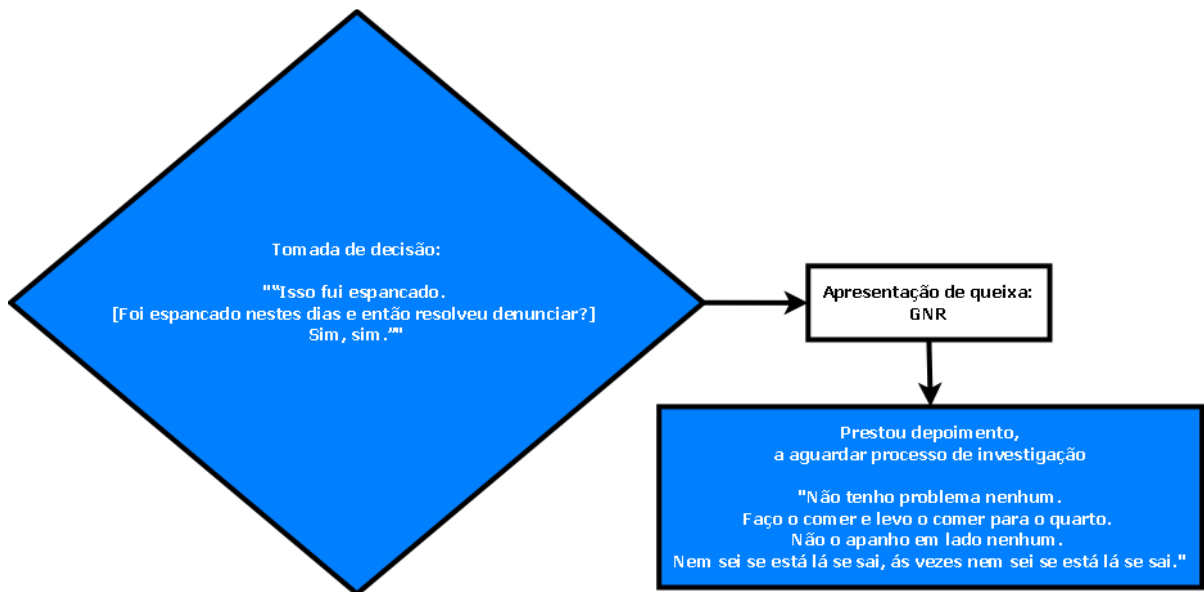
O tempo e todo o processo, desde a apresentação da queixa até à finalização do processo judicial permite que mesmo *“nos dias de hoje com tanta informação, com tanta preocupação,*

com tantas leis, com tanta legislação, com tanta coisa de apoio, afinal as pessoas continuarem a ser vítimas desse mal tão generalizado, tão simples e parece que institucionalizado.” Ricardo, 65 anos.

Ricardo, 65 anos



Fernando



Considerações finais

Os resultados de ambos os inquéritos vieram possibilitar ter a dimensão do problema na sociedade portuguesa, mas também compreender as condições de ocorrências e os fatores que contribuem para o fenómeno da violência em contexto familiar.

O inquérito telefónico possibilitou-nos estimar, obter números que nos permitiram comparar os resultados com outros estudos internacionais de prevalência de base populacional. Veio permitir também concluir que a violência financeira e a psicológica são os dois principais problemas vivenciados pela população portuguesa com 60 e mais anos cometidos fundamentalmente por outros familiares, descendentes e cônjuges. Como grupos mais vulneráveis à violência, em contexto familiar, destacam-se as mulheres, a população sem escolaridade, com idade mais avançada e em situação de fragilidade física (doença e/ou incapacidade funcional).

Do total de vítimas, somente um terço denunciou ou apresentou queixa sobre a situação de violência vivida. Quando procurou ajuda, a maioria dirigiu-se às forças de segurança (PSP ou GNR) para denunciar a sua situação de vitimização. Embora com menor frequência, as vítimas também denunciaram a situação a elementos da rede social informal e a profissionais de saúde.

Por sua vez, o inquérito às vítimas deu-nos um retrato social, complementar e fiel, das vítimas que recorrem e que denunciam a sua situação às entidades competentes. São sobretudo mulheres mais jovens, pouco escolarizadas e a viver em coabitação com o agressor e vítimas de violência continuada. A maioria sofre de vários tipos de violência, em simultâneo, o que as torna polivítimas sobretudo de violência física, psicológica e financeira. Como fatores que contribuem para a polivitimização destaca-se a coabitação, o isolamento social e relações familiares conflituosas. Este inquérito às vítimas permitiu também identificar os sentimentos vividos (o medo, a tristeza e a vergonha) e as razões que levaram muitas vítimas a recorrer às autoridades e a pedir ajuda, por vezes já em situações limite. As vítimas que silenciam o seu sofrimento no quotidiano, em nome da proteção familiar ou pelos laços familiares, ou por não acreditarem que o sistema lhe resolva o problema, vão adiando só a decisão de pedir ajuda. Os dois inquéritos foram indicativos da relevância que o problema tem na sociedade portuguesa e os resultados demonstram que as vítimas de violência que residem na comunidade são sobretudo vítimas da família, seja alargada ou nuclear. Os laços familiares, a proteção da família e o medo de represálias são razões fortes para silenciar as vítimas de violência e a denúncia constituiu ainda um *tabu* para muitas vítimas.

As entrevistas foram mais além, permitiram uma compreensão mais profunda de um fenómeno social que os números não conseguem desvendar. Sem o intuito de generalização as entrevistas tornaram visíveis as vivências das vítimas de violência, compreender as suas motivações, trajetórias de vida, ambivalências e contradições individuais e coletivas relativas ao processo de decisão e de apresentação da queixa. Os testemunhos dos entrevistados permitiram, de igual modo, evidenciar que a violência psicológica é transversal às diferentes formas de violência doméstica analisadas e está sempre presente quando ocorrem, em simultâneo, outros tipos de violência, quer ela seja filial, conjugal ou exercida por outros familiares. Os insultos são a conduta mais comum da violência psicológica.

A violência financeira cometida por filhos tem como objetivo ganhos financeiros, devido à ausência de proventos, o que se distingue da violência conjugal prolongada, decorrente de primeiros casamentos. Na primeira situação, e também derivada à dependência económica, devido ao desemprego, os filhos utilizam outras formas de violência, sendo as questões financeiras as principais razões apontadas pelas vítimas para o despoletar dos atos de violência.

No caso da violência conjugal prolongada, a violência financeira surge como uma estratégia de controlo sobre as vítimas. Já no caso das vítimas por parte de outros familiares e nas vítimas de violência conjugal em situação de 2º casamento, a obtenção de ganhos financeiros é também uma das motivações apontadas.

Em alguns casos de violência filial e de violência cometida por outros familiares encontramos vítimas com interrogações sobre o porquê do comportamento do agressor. O mesmo já não se verifica na violência conjugal, para estas vítimas, existe da parte do agressor uma intenção de agredir sem qualquer outro objetivo aparente.

No caso das vítimas de violência filial há um sentimento de indignação face ao comportamento do agressor: a falta de respeito para com um pai ou uma mãe. Este sentimento apesar de estar presente nas vítimas de violência conjugal é também dirigido ao próprio (à vítima) por ter permanecido na relação, existindo um processo de auto-desvalorização da própria vítima devido à pouca inteligência ou imbecilidade. A ideia de fatalidade traduz a construção de uma identidade feminina que veicula a ideologia do sacrifício e do “casamento para o bem e para o mal” e a rutura conjugal e a queixa às autoridades significaria assim, ir contra a norma familiar. Prefere-se uma solução de sofrimento silenciado, por vezes, atingindo situações-limite de violência a alternativa que passe pela rutura da conjugalidade. O medo da crítica social e do repúdio dos filhos pela decisão leva à resignação e à assunção da ideia de destino feminino.

Esta constatação poderá estar associada também ao tipo de relação. A relação conjugal “é escolhida” e pode-se, a certa altura escolher romper com esta relação. No entanto, não se rompe com a relação filial, a qual pelo laço biológico, mas também afetivo tende a permanecer. Ainda assim, como se pode concluir através da análise temática, a tentativa de manutenção da relação (quase independentemente da violência) é, sobretudo referida pelas mães. Para os pais a violência leva ao fim da relação, que representa a morte de um filho vivo.

Do mesmo modo, enquanto na violência conjugal se relatam razões para permanecer na relação (e.g., gostar, querer que o pai leve as filhas ao altar, esperar que o agressor mude), na violência filial é mais comum as vítimas, sobretudo no caso das mães, referirem razões para não se apresentar queixa, ou seja, não se rompe a ligação biológica entre pais e filhos. A proteção da família é uma das razões para a não apresentação de queixa pelas vítimas de violência conjugal e por parte de outros familiares. Esta razão surge de forma mais evidente nas vítimas de violência filial sob a forma de proteção do agressor.

O tipo de relação parece ser essencial à forma como as vítimas percebem e sentem a violência e é visível também no discurso acerca do agressor. No caso das vítimas de violência conjugal e por parte de outros familiares são escassas as descrições da história do agressor e do início da relação. Esta caracterização é feita mais aprofundadamente pelas vítimas de

violência filial que acabam por contar a história dos filhos, que faz parte da sua própria história.

Capítulo VII. Recomendações

O presente subcapítulo integra uma lista de recomendações, que não se pretende exaustiva, proposta pelas várias entidades parceiras do estudo. Contudo, algumas destas recomendações podem não representar as posições institucionais.

Política

A violência contra as pessoas idosas deve ser entendida como uma séria violação dos direitos humanos e as políticas de combate ao fenómeno devem ser desenvolvidas nesta perspetiva.

Considerando que o idadismo (ageism), a marginalização e a exclusão social podem aumentar não só a vulnerabilidade à violência, mas sobretudo a invisibilidade do fenómeno, as políticas devem focar:

- A maior abertura pública no tratamento do tema;
- A educação dos direitos das vítimas.

Os resultados revelaram o variado número de instituições a que as vítimas de violência recorrem, pelo que as políticas de combate ao fenómeno devem considerar a coordenação entre os diferentes sectores estatais (e não só) que intervêm numa situação de violência contra as pessoas idosas.

Legislação

O enquadramento jurídico-legal português atual não dá uma resposta célere e eficiente a todas as condutas/ formas de violência que põem em causa os direitos das pessoas idosas.

A legislação existente é dispersa e não acessível a todos, o que potencia o não acionamento dos mecanismos legais existentes. Torna-se necessário:

- O enforcement do quadro legal já existente e a diferenciação positiva em função da idade em toda a legislação existente, e a existir, promovendo uma coerência na aplicação do quadro legal em vigor;
- Uma lei que salvaguarde os direitos da vítima e a intervenção junto do agressor, enquadrando os sistemas de saúde, judicial, administração interna, segurança social, rede de apoio/ONG's e de educação.

Intervenção

Prevenção

Colocar na agenda política, social e mediática nacional a violência contra as pessoas idosas com o intuito de alertar para o fenómeno bem como combater os preconceitos e estereótipos estabelecidos sobre esta temática.

Dinamizar/ realizar ações de sensibilização e de informação sobre esta temática dirigida a diferentes públicos-alvo, incluindo as pessoas idosas:

- Informar e divulgar sobre os mecanismos legais e instituições disponíveis para apoiar em situações de violência doméstica. Esta informação, sobre os direitos das vítimas e sobre a própria violência, deverá ser disseminada junto dos locais e serviços que contactam com a população-alvo. A disseminação poderá ser dirigida a locais de culto religioso, centros de dia, universidades sénior, entre outros.
- As profundas especificidades de cada tipo de violência ressalvam a necessidade de sensibilizar / treinar as pessoas a lidar com elas de forma preventiva. A defesa dos bens financeiros e materiais requer estratégias completamente diferentes do que, por exemplo, a defesa perante a agressão física;
- As campanhas devem privilegiar uma linguagem realista, assertiva e positivista, realçando os aspetos positivos e de apoio na denúncia dos casos.

Qualificar/Formar os diferentes profissionais que prestam serviços e apoio junto da população-alvo para a prevenção, deteção e intervenção em situação de violência contra pessoas idosas:

- Diretrizes para a deteção e avaliação de sinais de violência;
- Procedimentos para lidar com situações de violência;
- Desenvolvimento de competências de comunicação e de gestão de conflitos que permitam estabelecer uma relação de confiança com a vítima;
- Conhecimento das etapas posteriores que podem ser acionadas após a deteção de uma situação de violência.

Nos profissionais que trabalham na área dos cuidados domiciliários, considerar:

- A possibilidade de ser acompanhado/a por um/a colega mais experiente;
- Formas de trabalho em equipa para permitir a comunicação e a discussão;
- Definição de protocolos de atuação relativas a situações de violência contra pessoas idosas;
- Equipas móveis de intervenção em situação de crise.

Apoio a programas de voluntariado de combate à solidão das pessoas idosas.

Os resultados do estudo indicaram que as vítimas eram na sua maioria mulheres com baixos rendimentos e profissões pouco qualificadas, com problemas de saúde física e mental. A nível macro, ações dirigidas a promover a saúde física e mental, bem como a combater a exclusão social deste grupo-alvo, poderão diminuir a vulnerabilidade à violência.

Diagnóstico

As vítimas caracterizadas no inquérito presencial foram aquelas que se dirigiram às entidades parceiras, indicando, possivelmente, que eram as pessoas idosas em situações de violência continuada e/ou mais severa que solicitam ajuda. Assim, os diagnósticos precoces são cruciais para evitar não só a continuação da vitimização, mas que esta progrida para formas mais severas. Neste âmbito será importante:

- Desenvolver instrumentos e ferramentas de diagnóstico que integrem a rotina dos profissionais e sejam adotadas pelas entidades e instituições que atuam a nível local (Santas Casas, Misericórdias, Juntas de Freguesia, etc.) para viabilizar um diagnóstico precoce possível;
- Desenvolver uma adequada avaliação do risco de violência contra pessoas idosas, através da adoção de um sistema de classificação comum e standard em qualquer um dos sistemas e instituição interveniente. Um risco elevado é elevado para a saúde, judicial, administração interna, segurança social, rede de apoio/ONG's e educação, independentemente da especificidade de cada sistema.

Qualificar/ Formar os diferentes profissionais para a prevenção, deteção e intervenção em situação de violência contra pessoas idosas. O presente estudo aponta alguns aspetos a considerar ao nível da formação:

- A presença da polivitimização indica a necessidade da formação ser desenvolvida considerando os diferentes tipos de violência e a possibilidade de se estar perante mais que um tipo de violência. A violência psicológica, por exemplo, pode ser mais difícil de reconhecer não apresentando sinais físicos evidentes da sua ocorrência;
- As especificidades do fenómeno (nomeadamente uma violência perpetrada maioritariamente por familiares) junto desta população requer que os profissionais privilegiem a “entrevista particular” à pessoa idosa. Tende-se a fazer “conferências familiares” em torno da pessoa idosa, não se dando oportunidade a que este tenha um momento “seguro” para denunciar o problema.

Resposta

Uma resposta concertada à violência implica considerar: i) a necessidade de assistência à vítima e em que medida esta deve ser mais ou menos imediata; ii) os recursos disponíveis para apoiar a pessoa idosa e iii) a prioridade que deve ser dada a esses apoios e recursos.

Considerar as próprias pessoas idosas no desenvolvimento, adaptação ou incremento das respostas é também importante, não só para garantir a sua adesão, mas também para desenvolver intervenções que permitam às vítimas recuperar um sentimento de autoeficácia e de controlo que a experiência de violência possa ter diminuído.

Adaptar as respostas existentes para a violência conjugal, à violência contra as pessoas idosas, considerando não só as particularidades da violência conjugal envelhecida, como a violência filial. Nem todas as respostas existentes para a violência conjugal serão adequadas para a população idosa vítima por parte dos filhos, sendo necessária avaliar a sua pertinência.

Por exemplo, seria importante considerar se as casas de abrigo têm condições para acomodar as pessoas idosas ou se é melhor investir em soluções próprias. Esta avaliação das respostas deverá ter em conta o conhecimento das instituições e atores que atualmente trabalham no terreno com as respostas dirigidas à violência conjugal.

Especificamente:

Criação de redes formais de intervenção em situações de violência, que atuem a um nível local, por exemplo, dos cuidados de saúde primário, baseados em equipas multidisciplinares. As ações tendentes a garantir a articulação entre a pessoa idosa vítima de crime e de violência e os diferentes organismos intervenientes no processo (Ministério Público, Órgãos de Polícia Criminal, APAV, entre outras) permitem também reduzir a vitimização secundária.

Elaboração de protocolos de atuação ao nível das diferentes instituições e serviços que podem contactar com uma pessoa idosa vítima de violência (centros locais de ação social, cuidados de saúde primários, entre outros), que permitam a todos os possíveis intervenientes compreenderem as potencialidades e limites da sua atuação. Particular destaque para uma melhor definição da articulação entre o Sistema de Saúde e Serviços de Proteção Social e do encaminhamento e atuação adequada no Sistema de Justiça, atendendo ao equilíbrio entre a necessidade de proteção da vítima e a autonomia da mesma.

A criação da figura de um gestor de caso (assistente à pessoa idosa/família) que acompanha o caso sinalizado durante todo o processo e percorre os vários sistemas, uma vez que este tipo de vítimas pode ser muito dependente e vulnerável. Por outro lado, há que considerar a multidimensionalidade da violência. Os resultados mostraram não só a presença de diferentes tipos de violência, mas diferentes conjugações de mais um tipo de violência, perpetrados por diferentes agressores. Uma abordagem do tipo gestão de caso poderia considerar as especificidades próprias de cada situação.

Constituição de um órgão – observatório/ comissão -, com composição representativa das entidades que mais frequentemente lidam com este tipo de situações, ao qual deveria ser reportado, com periodicidade a determinar, todas as atividades e iniciativas realizadas a nível nacional neste âmbito. Este órgão teria a competência de monitorizar o processo/caso por parte das entidades que integram os vários sistemas e que reportariam, cabendo a este a decisão no âmbito das suas responsabilidades e com poder interventivo. Todas as atividades em curso deverão estar publicitadas num portal informativo na Internet, bem como deverá ser efetuado um relatório anual, no final do qual deverão ser propostas de recomendações de ajuste da atuação face à realidade nacional.

Desenvolvimento de planos de segurança adequados de acordo com a avaliação do próprio risco e uma intercomunicação transversal entre os sistemas para cada caso sinalizado.

Intervenção com os agressores: uma vez que a grande maioria dos agressores tem problemas de comportamentos aditivos, e de jogo, nos casos em que o agressor é julgado e culpado, propõe o sistema judicial, a redução da pena corporal determinada como alternativa à adesão de programas terapêuticos específicos para o seu caso avaliado satisfatoriamente.

Elaborar e aprofundar respostas de proximidade com e para os diferentes intervenientes numa situação de violência contra uma pessoa idosa. Os cuidados de proximidade parecem ser inquestionáveis neste tipo de problemática. Quem está em casa, acamado, isolado e é vítima

de violência precisa de receber visitas sociais e de saúde com regularidade, a fim que tenha a oportunidade de denunciar.

Melhorar o sistema de apoio à população idosa em geral:

- Reforçar os serviços de apoio domiciliário (SAD), respostas essenciais na promoção da autonomia das pessoas idosas, dando particular ênfase às situações de grande dependência, que permanecem em suas casas e junto das suas famílias;
- Dar continuidade ao desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para pessoas em situação de dependência,
- Dar especial atenção à criação de respostas específicas para pessoas que apresentem quadros demenciais;
- Desenvolver programas de apoio e formação aos cuidadores informais:
 - ✓ Divulgação e desenvolvimento de respostas “descanso do cuidador”;
 - ✓ Formação e treino de competências;
 - ✓ Atribuição e financiamento de ajudas técnicas;
 - ✓ Apoio especializado (médico, enfermagem, reabilitação, social e apoio psicológico);
 - ✓ Avaliação periódica externa.

Público em geral

Campanhas nacionais de divulgação e de sensibilização que deverão retratar todos os tipos de violência presentes, mas também todos os potenciais agressores. Além disso é importante que as próprias campanhas de sensibilização possam combater a discriminação com base na idade deste grupo, pelo que o retrato deve devolver e cultivar o sentimento de autonomia e controlo da população idosa em Portugal. As campanhas devem atender:

- À genderização do fenómeno, quer nas mulheres, quer nos homens;
- Aos diferentes tipos de violência, mas especificamente à violência psicológica e à negligência, dada a probabilidade de estas serem mais dificilmente identificáveis;

Incentivar a integração de conteúdos disciplinares sobre a violência contra as pessoas idosas nos currícula académicos nos diferentes níveis de ensino (básico, secundário e superior).

Investigação futura

Compreender quais as necessidades sentidas pelas pessoas idosas vítimas de violência, que tipo de apoios e intervenções percecionam como necessários e úteis na resolução dos seus problemas.

Compreender e conhecer os mecanismos atuais de proteção e defesa – jurídicos e sociais - e como é que efetivamente funcionam.

Agradecimentos

Colaboradores na aplicação do inquérito às vítimas

Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP (INMLCF, IP)

Ana Clara Grams, Ana Rita Pereira, André Henriques, Angélica Silva, Anna Reiter, Antía Simón Garcia, Bárbara Santa Rosa, Beatriz Simões Silva, Carlos Pereira, Carlos Silva, Clarice Mestre, Cristina Ribeiro, Dina Almeida, Dobrila Nikolic, Fernanda Rodrigues, Fernando Vieira, Filipa Gallo, Francisco Branco, Francisco Corte Real, Gonçalo Castanheira, Graça Santos Costa, Helena Gaspar, João Ferreira dos Santos, Joao Nóbrega, Jorge Costa Santos, José Moura Fernandes, Katerina Puentes, Lino Assunção, Luís Coelho, Manuel Oliveira, Maria Adília Pimentel, Mário Castro, Nuno Pinto, Patrícia Jardim, Ricardo Dias, Rita Melo, Silvino Carvalho, Sofia Frazão, Teresa Costa Ribeiro, Teresa Magalhães, Tiago Costa, Vanessa Rodrigues, Vítor Carneiro e a todos os profissionais que de alguma forma deram também o seu inestimável contributo para a concretização deste projeto e que possam não ter sido aqui indicados.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV)

Ana Cristina Madureira, Ana Raquel Simão, Ana Rita Coutinho, Carolina Gomes, Elisa Brites, Elisabete Martins, Elisabete Rocha, Filipa Pereira, Janilsa Gonçalves, Lurdes Carlos, Margarida Dias, Maria José Coutinho, Michele Balola, Teresa Sofia Silva, Alice Godinho, Ana Amorim, Ana Castro Sousa, Ana Garcia, Ana Matos, Ana Raquel Jardim, Carla Ferreira, Carmen Ludovino, Carolina Marques , Carolina Santos , Catarina de Sousa , Célia Carvalho, Clara Barata, Cláudia Braz, Cláudia Silva, Daniela Vasconcelos, Diana Leandro, Dolores Cabrita, Elisa Brites, Elsa Beja Pereira, Emanuela Braga, Eva Coelho, Filipa Peixoto, Inês Sousa, Luísa Waldherr, Lurdes Carlos, Maria João Soares, Mário José Brito, Marisa Meireles, Marlene Fonseca, Natacha Costa, Rosa Castro, Rui Carmona, Sílvia Branco, Sónia Reis, Teresa Sofia Silva, Vanessa Monteiro.

Instituto da Segurança Social, IP (ISS, IP)

Ana Catarina Magalhães, Ana Mafalda Dias Ribeiro, Ana Paula Martins Morgado Brites, Ana Reis, Ana Sofia Almeida, Anabela Chaves Saldanha Sousa, Anabela Silva Marques; Beatriz Gemelgo, Carla Bernardo, Carla Sartelo, Carlos Manuel Gonçalves Espinheira, Clara de Sousa Almeida Araújo, Cristina Colaço, Cristina Fiel Carmo, Cândida Ramos, Célia Maria Conduto Lopes, Delfina Maria Rodrigues Chita, Elsa Costa, Fernanda Domingues, Florência Castro, Helena Isabel Lopes Bento, Isabel Monteiro, Joana Alves, João Paulo Freitas, Liliana Silva, Margarida Henriques, Maria Amélia Sertório Rita Vieira, Maria da Conceição Pinto Ribeiro, Maria da Conceição Silva Pedro, Maria Edite Pereira Dias Calado, Maria Elisabete Roque Santos Cabrita, Maria de Jesus Cáceres, Maria João Cleto, Maria José Almeida, Maria Jose Almeida Vieira, Noelia Oliveira, Ofélia Cevadinha, Orlanda Maria Sousa Araujo Prado, Patrícia Silva, Raquel Miriam Pestana Mota Tavares Moreira da Silva, Sandra Cristina Correia Santos, Sandra Ferreira, Sílvia Lopes, Sónia Lourenço, Tânia Gomes, Teresa Nunes, Teresa Silva.

Outras participações: Ana Luísa Matias, Armanda Alçada, Catarina Geada, Célia Cristina Fernandes Saldanha, Cláudia Silva, Cristina Maria Fernandes Pinto Freitas, Élia Ferreira, Elsa Conceição Fernandes Silva Costa, Fátima Silva, Isabel Lourenço Vilarinho, Jacinta Abreu Pedrosa, Manuela Nunes, Patricia Isabel Silva Fernandes, Sónia Gonçalves, Teresa de Jesus Preto Fernandes, Teresa Pinho.

Guarda Nacional Republicana (GNR)

Adélio Pereira Rodrigues, Adriano Rodrigues Fernandes, Aida Nunes António Guerreiro, Alfredo Joaquim Coelho de Jesus, Alfredo Manuel Pires da Silva, Álvaro Alves Simões Ribeiro, Ana Isabel Pina Pereira dos Santos, Ana Maria Pereira Rocha, Ana Mónica Barbosa Palma, Ana Patrícia Viriato dos S. Gomes Santos, Anabela Correia Azevedo, Anabela da Cruz Mendes, Andrea Carina Ferreira Rodrigues, António Alberto Lapa Rodrigues, António Fernandes João, António Herculano Gouveia Costa, António Jorge S. O. A. Cadete, António José Rodrigues dos Santos Batalha, António Manuel Correia Pires, António Manuel Madeira das Dores, António Manuel Pinto, António Manuel Silva de Castro, António Paulo da Conceição Duarte, António Paulo Vieira Pinto, António Pedro Pinto Machado, Arlindo Gomes Cordeiro, Armindo Paulo Vaz Lopes, Bruno Miguel Correia Soares, Cândido Joaquim Couto Nunes, Carla Mariana Paradelas Fontes, Carla Patrícia Ribeiro Nunes, Carla Sofia Saraiva de Oliveira e Almeida Jorge, Carlos Alberto Vieira Fernandes, Carlos Filipe Lucas Pontes Daniel, Carlos José Domingues Costa, Carlos Manuel Castela Coimbra, Carlos Manuel Dias Santiago, Carlos Manuel Matos João, Catarina Isabel Pratas Medina, Celso Bruno Ribeiro de Castro, Cesar Maurício Pereira T. Carneiro, Cláudia Maria Reis Granjo, David Manuel Godinho Aleixo, Davide Álvaro Esteves Galego, Diamantino Fonseca Gomes, Domingos Dias de Sousa, Duarte Costa Medeiros, Élio Fernando Soares Gariso, Elvira dos Anjos Gonçalves Alves, Emanuel Castanheira Pinto, Ernesto Manuel Cerqueira Pereira, Ernesto Martins Fernandes, Fernando Alberto Dias Antunes Machado, Fernando Jorge Rodrigues Ferreira, Fernando José Carlos Marques da Silva, Fernando Simão dos Santos, Filipe Jorge Lopes Ferreira, Filipe Manuel das Neves Quaresma, Filipe Manuel Ferreira Simões, Fortunato Campaniço Fialho, Francisco José dos Santos Rebelo, Francisco Manuel Barata de Carvalho, Francisco Manuel Silva Marques, Gil Miguel Moura Fonseca, Hélder António Bento Abreu, Hélder David Cerqueira Ribeiro, Hélder Fernando Rodrigues Ferreira, Hélder Miguel Gonçalves Moreira, Helena Maria Baltazar Ribeiro, Hugo Afonso, Ismael Osman, João Carlos da Costa Basto, João Jerónimo, João Luis Morgado dos Santos, João Maria Pereira Bolas, João Paulo Silva Correia, João Ricardo Matos Costa, João Rodrigues, João Tapadinhas, Joaquim Manuel Penha Bailarote, Jorge Falcão Mondragão, Jorge Fernando Bugalho Monteiro, Jorge Manuel Dias de Sousa, Jorge Manuel Leal Cordeiro Miranda, Jorge Manuel Santos Silva, Jorge Paulo Santos Lucas, José Albino Lopes Jorge, José Alexandre Ramos Félix, José Augusto Santos, José Carlos Ricardo Ruivo, José Correia dos Santos, José Eduardo Cardoso Oliveira, José Fernando Rodrigues Cruz, José Francisco Rodrigues Levita, José Henrique Silva Monteiro Carneiro, José Luis Teixeira Pinto Silva, José Manuel Gama Martins, José Manuel Oliveira Cruz, José Manuel Paredes Afonso, José Manuel Teixeira Frias, José Miguel Ferreira Simões, Júlio António de Jesus Jorge Buco, Leonel dos Anjos Vaz Pires, Levi Manuel Gomes Oliveira, Lucília do Carmo R. Carvalho, Luis António Almeida Lourenço, Luis Filipe Sequeira Vinagre, Luis Filipe Viana da Costa, Luís Manuel Bogalho Camarneiro, Luís Manuel Paredes Saltão, Luís Miguel Lopes Dias, Luís Miguel Lopes Martins, Luís Miguel Teixeira

Leite Pereira, Luis Pereira, Luís Pinto da Nóbrega Luísa Augusta da Silva Frutuoso Vidazinha, Manuel Afonso Gomes, Manuel António Moutinho Teixeira, Manuel Francisco Capucho Ribeiro, Manuel Monteiro Cunha, Manuel Silvestre Marques Costa, Márcio Nelson Rodrigues Silva, Maria Conceição P. Almeida, Maria Fátima Silva Pereira, Maria João Gomes Quintino, Mário Jorge Nogueira Ribeiro, Mário Manuel de Sousa Gaio, Mário Oliveira da Cunha, Mário Rui Coelho Asper Banha, Marla Cristina da Conceição Correia, Marta Helena Afonso dos Reis Duarte, Messias Ferreira Carapito, Nanci Tavares, Nelson António Carrilho Moreira, Neusa Karina Dias Romero, Norberto Adriano Martins Silveira, Norberto Fernando dos Reis Marques, Nuno Miguel Fernandes Diogo, Nuno Miguel Rocha Nunes, Octávio Jorge Ricardo Tavares, Octávio Pereira Fernandes, Paulo Alexandre Correia Gomes, Paulo António Gil Garrido, Paulo António Martins Redondo, Paulo Figueiredo, Paulo Jorge de J. Moita, Paulo Jorge Martins, Paulo Jorge Santos Carvalho, Paulo Manuel Carvalho Capão, Paulo Manuel Oliveira Santos, Pedro Gonçalves, Pedro João Cunha Fernandes, Pedro Miguel Fernandes de Freitas, Pedro Miguel Gonçalves Martins, Pedro Miguel Jesus Figueiredo de Oliveira, Pedro Miguel Rodrigues, Pedro Miguel Sota Morais, Pedro Serápico, Ricardo Silva Ribas, Roberto Pinto Esteves, Rosa Maria Guerra Martins, Rui José Galvão, Rui Manuel Boné Guerra, Rui Manuel F. Freire Botelho, Rui Miguel Loureiro Oliveira, Sandra Isabel da Costa Ribeiro, Sandra Nabais, Sandra Rafael, Sara Vicente Leonor, Sebastião Jorge Silva Azinheira, Sérgio Alexandre da Silva Alves, Sónia Alexandra de J. F. Marques, Sónia Cristina Pereira Mourão, Sónia Cristina Saturnino Casaca, Sónia Figueiredo, Sónia Filipa de Castro Pinto Neves, Sónia Maria Ferreira Rainho, Susana Alexandra Santos M. Pedroso, Tanya Bettencourt Martins, Teresa Margarida Pereira da Silva, Válder Manuel Martins Alves, Válder Miguel Alves Garcia Tao Esteves, Vera Mónica Luís Calção, Vera Susana Martins Rodrigues, Victor Castro, Vítor branquinho simões de Albuquerque, Vítor Manuel Amado Simões, Vítor Manuel Cardoso Pinto, Vítor Manuel Magalhães da Silva, Zulmiro Da Costa Campos.

Agradecimento a todos os que de alguma forma colaboraram no projeto: Ausenda Machado (DEP/INSA), Maria João Branco (DEP/INSA), Rita Roquette (DEP/INSA), Ana Gomes (Sociedade Portuguesa de Terapia familiar, Maria João Almeida (ISS, IP), Armandina Matias (Universidade Sénior – Vila Franca de Xira), Isabel de Sousa (CM Sintra); Teresa Quintais (CM Sintra - Divisão de Saúde e Ação Social), Paula Pombal (Centro Social Paroquial Cruz Quebrada), Teresa Barradas, Isabella Paoletti, José Luis Castanheira, José Marinho Falcão, Pedro Sousa e Silva (FCT).

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste projeto e que possam não ter sido aqui identificadas, a todos, uma vez mais, o nosso agradecimento.

Referências

Abath, M.B., Leal, M.C., Filho, D.A. & Marques, A.P. (2010). Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(9), 1797-1806.

Aboim, S., Vasconcelos, P., & Wall, K. (2013). Support, social networks and the family in Portugal: two decades of research. *Revue Internationale de Sociologie*, 23(1), 47-67. doi: 10.1080/03906701.2013.771050

Acierno, R., Hernandez, M.A., Arnstadter, A.B., Resnick, H.S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, S.G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the national elder mistreatment study. *American Journal of Public Health*, 2, 292-297. doi: 10.2105/AJPH.2009.163089

American Association for Public Opinion Research (7 ed.) (2011). *Standard definitions: final dispositions of case codes and outcome rates for surveys*. American Association for Public Opinion Research.

Antonucci, T.C. & Kahn, R. (1980). Convoys over the life course: attachment, roles, and social support Life-Span. *Development and Behavior*, 3, 253-300.

Arrazola, L.F.J., Lezaun, Y.J.J., Manchola, E.A. & Méndez, A.U. (2001). *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir - manual práctico*. Madrid: Caritas.

Attias-Donfut, C. (1995). Le double circuit des transmissions. In C. Attias-Donfut (Org.), *Les Solidarités entre Générations: Vieillesse, Familles, État*. Paris: Éditions Nathan.

Baldwin, R. & Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139. doi: 10.1192/apt.10.2.131

Bardin, L. (1991). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Beaulaurier, R.L., Seff, L.R., Newman, F.L. & Dunlop, B. (2007). External barriers to help seeking for older women who experience intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 22, 747-755. doi: 10.1007/s10896-007-9122-y

Bengston, V.L. (2001). Beyond the nuclear family: the increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and the Family*, 63, 1-16.

Biggs, S. & Haapala, I. (2010). Theoretical development and elder mistreatment: spreading awareness and conceptual complexity in examining the management of socio-emotional boundaries. *Ageing International*, 35, 171-184. doi:10.1007/s12126-010-9064-1

Blanchet, A. & Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris : Nathan.

Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2.ed) (2010). *Epidemiologia básica* [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. São Paulo: Santos.

Boudon, R. (1990). *Os Métodos em Sociologia*. Lisboa: Rolim.

Brandl, B. & Horan, D.L. (2002). Domestic Violence in Later Life: An Overview for Health Care Providers. *Women and Health*, 35(2-3), 41 - 54.

Brannen, J. (2005). Mixing methods: the entry of qualitative and quantitative approaches into the research process. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(3), 173-184. doi: 10.1080/13645570500154642

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Burnight, K. & Mosqueda, L. (Maio de 2011). *Theoretical model development in elder mistreatment*. (Report No. 234488). University of California, Irvine, School of Medicine, Program in Geriatrics. Retrieved from National Criminal Justice Library website: <https://www.ncjrs.gov/app/publications/Abstract.aspx?id=256445>

Burton, D. (2000). *Research Training for Social Scientists*. London: Sage

Carrilho, M.J. & Patricio, L. (2010). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 48, 101- 145.

Chey, T., Smith, W., Jalaludin, B., Salkeld, G. & Capon, T. (1995). Increasing response rates in telephone surveys: a randomized trial. *Journal of Public Health Medicine* 17(1), 33-38.

Coenen-Huther, J., Kellerhals, J., & Allmen, M. (1994). *Les réseaux de solidarité dans la famille*. Suisse: Réalités Sociales.

Cohen, L. & Manion, L. (1989). *Research methods in education*. London, Routledge.

Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gagin, R. & Friedman, G. (2007). Elder abuse: disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 1224–1230.

Comijs, H.C., Pot, A.-M., Smit, J.H. & Jonker, C. (1999). Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 885–888.

Crichton, S.J., Bond, J.B., Harvey, C. & Ristock, J. (1999). Elder Abuse: Feminist and Ageist Perspectives. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10, 3-4, 115-130.

Del Corral, S., García-Armesto, S., Pajares, G., Otero, A. & Ruipérez, I. (2004). Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: la perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(2), 72-93.

Dias, I. (2004). A violência sobre as mulheres e os idosos. *Psicologica*, 36, 33-61.

Dong, X. & Simon, M. (2008). Is Greater Social Support a Protective Factor against Elder Mistreatment? *Gerontology*, 54, 381–388. doi: 10.1159/000143228

Dong, X. (2005). Medical Implications of Elder Abuse and Neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2), 293–313.

Dong, X., & Simon, M. A. (2013). Urban and Rural Variations in the Characteristics Associated With Elder Mistreatment in a Community-Dwelling Chinese Population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25(2), 97-125. doi: 10.1080/08946566.2013.751811

Duchesne, S. & Haegel, F. (2004). *L'Entretien Collectif*, La collection Universitaire de poche, 128. Paris: Armand Colin.

Dyer, C. & Rowe, J. (1999). Elder abuse. *Trauma*, 1, 163-169.

Eurostat (2008). *Population and social conditions: Ageing characterizes the demographic perspectives of the European societies*, Statistics in focus, 72. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Acedido de http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF08-072/EN/KS-SF08-072-EN.PDF

Eurostat (2010). *Demography Report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Acedido de <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/documents/Tab/report.pdf>

Eurostat (2013), Key figures on Europe 2013 digest of the online Eurostat yearbook, in http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EI-13-001/EN/KS-EI-13-001-EN.PDF, p.37.

Fernandes, A., Perelman, J. & Mateus, C. (2010). *Health and health care in Portugal: does gender matter?* Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge.

Fernandes, A.A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Fernandes, A.A. (2004). Quando a vida é longa... os impactos sociais do aumento da longevidade. In M. de L. Quaresma (Org.), *O sentido das idades da vida – interrogar a solidão e a dependência*, p.13-36. Lisboa: CESDET.

Ferreira-Alves, J. (2005). Abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para a sistematização de uma visão forense de maus-tratos. In R. Abrunhosa Gonçalves & Carla Machado (Eds). *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 989-558-058-4

Ferreira-Alves, J. e Santos, A.J. (2010). *Prevalência do abuso e negligência pessoas idosas em Portugal: uma revisão de literatura*. VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Braga, Universidade do Minho, 4 a 6 de fevereiro de 2010, Braga, Associação Portuguesa de Psicologia.

Fielding, N. & Schreier, M. (2001). Introduction: On the Compatibility between Qualitative and Quantitative. *Research Methods Forum: Qualitative Social Research*, 2(1), 4.

Finch, J. & Mason, J. (1993). *Negotiating family responsibilities*. London: Routledge.

Fitzpatrick, M. & Hamill, S. (2010). Elder abuse: factors related to perceptions of severity and likelihood of reporting. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23(1), 1-16.

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor.

Fonseca, R., Gomes, I., Faria, P. & Gil, A.P. (2012). Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 149-162.

Fraga, S., Lucas, R., Costa, D. & Barros, H. (2013). Interviewer effects when investigating abuse were not compatible with effect modification but instead with confounding. *Journal of Clinical Epidemiology*, 66, 911-918.

Friedman, L.S., Avila, S., Tanouye, K., & Joseph, K. (2011). A case-control study of severe physical abuse of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 9(3), 417-422.

Fries, J. F. (1998). Ageing, natural death and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303, 130-135.

Fulmer, T., Guadagno, L., Dyer, C.B. & Connolly, M.T. (2004). Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. *Journal of American Geriatrics Society*, 52, 297-304.

Gaioli, C.C. & Rodrigues, R.A. (2008). Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3), 465-470.

Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., López-Pousa, S., Juvinyà, D., Vilà, A. & Vilalta-Franch, J. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 815-822.

Gaymu, J., Festy, P., Poulain, M. & Beets G. (eds.) (2008). *Future Elderly Living Conditions in Europe*. Paris: INED.

Gil, A. P., Santos, A. J., Nicolau, R. & Santos, C. (s/d). Fatores de risco da violência contra as pessoas idosas: consensos e controvérsias em estudos de prevalência, no prelo

Gil, A.P. & Santos, A.J. (2012a). Simbologias em torno do processo de envelhecer e da vitimação: um estudo qualitativo. *Sociologia, número temático: envelhecimento demográfico*, 151-175.

Gil, A.P. & Santos, A.J. (2012b). *(In) visibilidades e paradoxos na violência contra as pessoas idosas*, In Ata VII Congresso Português de Sociologia. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia. ISBN: 978-989-97981-0-6

Gil, A.P. (1999). Redes de solidariedade intergeracional na velhice. *Cadernos de Política Social, Associação Portuguesa de Segurança Social, 1*, 93-114.

Gil, A.P. (2010). Heróis do quotidiano. *Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Gil, A.P., & Fernandes, A.A. (2011). “No trilho da negligência...” configurações exploratórias de violência contra pessoas idosas. *Forum Sociológico, Série II, 21*, 111-120. doi: 10.4000/sociologico.471

Gil, A.P., Kislaya, I. & Santos, A.J. (2012). *Estudo de prevalência da violência contra as pessoas idosas numa amostra de base populacional: Relatório de execução*. Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa: Dezembro.

Gil, A.P., Santos, A.J, Kislaya, I. & Nicolau, R. (2014). *Projeto Envelhecimento e Violência*. Lisboa: INSA.

Gil, A.P., Santos, A.J. & Santos, C. (2013). Ethical and methodological issues in violence against elderly people in Portugal: an intersection between sociological and epidemiological research. In I. Paoletti, M. I. Tomás & F. Menéndez (2013), *Practices of Ethics: An Empirical Approach to Ethics in Social Sciences Research*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.

Grande, E.D., Woollacott, T., Taylor, A., Starr, G., Anastasiadis, K., Ben-Tovim, D., ...Westhorp, G. (2000). *Interpersonal violence and abuse survey*. South Australia: South Australian Department of Human Services.

Hagestad, G.O. & Uhlenberg, P. (2005). The social separation of old and young: a root of ageism. *Journal of Social Issues, 61*(2), 343-360.

Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (2 ed.). New York: John Wiley.

Hugonot, R. (1990). *Violences contre les vieux*. Toulouse: Érès.

Iecovich E. (2005). Elder Abuse and Neglect— A Pilot Incidence Study in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 16*(3), 45-63.

Iglesia, J.M.de la, Vilches, M.C.O., Herrero, R.D.C., Taberné, A., Colomer C.A. & Blanco, M.C.A. (2005). Abreviar lo breve.Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Atención Primaria, 35*(1), 14-21.

Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2011*. [documento online] [acedido a 27.11.2012]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2011*. [documento online] [acedido a 27.11.2012]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

Johannesen, M. & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and ageing, 42*(3), 292-298. doi: 10.1093/ageing/afs195

Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahlberg, L.L. and Zwi, A.B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet, 360*, 1083-1088.

Lachs, M.S. & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *Lancet, 364*(2), 1263-72.

Lachs, M.S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L. & Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *The Gerontologist*, 37(4), 469-474.

Last, J. (2007). *A dictionary of public health*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

Laumann, E.O., Leitsch, S.A., & Waite, L.J. (2008). Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a nationally representative study. *Journals of Gerontology, Psychological & Social Sciences*, 63(4), S248-S254.

Lavoie, J.-P. (2000). *Familles et soutien aux parents âgés dépendants*. Paris, L'Harmattan.

Lee, H. Y., & Eaton, C. K. (2009). Financial Abuse in Elderly Korean Immigrants: Mixed Analysis of the Role of Culture on Perception and Help-Seeking Intention. *Journal of Gerontological Social Work*, 52(5), 463-488. doi: 10.1080/01634370902983138

Lensvelt-Mulders, G. (2008). Survey Sensitive topics. In Edith D. de Leeuw, Joop J. Hox and Don A. Dillman (Eds.) *International Handbook of Survey Methodology* (pp. 461-478). New York: Psychology Press, Taylor & Francis.

Lima, M. (1987). *O Inquérito Sociológico – problemas de metodologia*. Lisboa: Editorial Presença.

Locher, J., Bronstein, J. Robinson, C.O., Williams, C. & Ritchie, C.S. (2006). Ethical issues involving research conducted with homebound older adults. *The Gerontologist*, 46(2), 160–164.

Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-winterstein, T. & Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(3), 253-277. doi: 10.1080/08946560902997629

Luescher, K. & Pillemer, K. (1998). Intergenerational ambivalence: A new approach to the study of parent-child relations in later life. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 413-445.

Luoma, M.-L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofe, E., De Donder, L., Verté, D., . . . Penhale, B. (2011). *Prevalence study of abuse and violence against older women: results from a multi-cultural survey conducted in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal*. Finland: National Institute for Health and Welfare (THL).

Marín, D.C. & Casasnovas, G.L. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales, 6. Madrid: Fundación La Caixa.

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.

McGee, H., Garavan, R., Barra, M. de, Byrne, J. & Conroy, R. (2002). *The savi report: sexual abuse and violence in Ireland*. Dublin: The Liffey Press.

Mercurio, A. & Nyborn, J. (2006). Cultural definitions of elder maltreatment in Portugal. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 18(2), 51-65. doi:10.1300/J084v18n02_04

Moon, A., & Evans-Campbell, T. (1999). Awareness of formal and informal sources of help for victims of elder abuse among Korean American and Caucasian elders in Los Angeles. *J. Elder Abuse Negl.*, 11(3), 1-23.

Morgan, D.L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8, 362-372.

Mouton, C.P., Larme, A.C., Alford, C.L., Talamantes, M.A., McCorkle, R.J. & Burge, S.K. (2006). Multiethnic perspectives on elder mistreatment. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17(1), 21- 44.

Nahmiash, D. (2002). Powerlessness and abuse and neglect of older adults. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 14(1), 21-47. doi: 10.1300/J084v14n01_02

Naughton, C., Drennan, J., Treacy, M. P., Lafferty, A., Lyons, I., Phelan, A., . . . Delaney, L. (2010). Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age and Ageing*, 41(1), 98-103.

Newman, F., Seff, L. & Beaulaurier, R. (2010). *Testing a Model of Domestic Abuse Against Elder Women and Perceived Barriers to Help-Seeking: Comparing Victim and Non-Victim Responses*. Florida: Robert Stempel College of Public Health and Florida International University.

O’Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M. McCreddie, C., Scholes, S., Constantine, R.,... Erens, B. (2007). *UK study of abuse and neglect of older people: prevalence survey report*. London: National Centre for Social Research and King’s College.

O’Toole, J., Sinclair, M. & Leder, K. (2008). Maximizing response rates in household telephone surveys. *Medical research Methodology*, 8(71), 1-5. doi:10.1186/1471-2288-8-71

O’Connor, K.A. & Rowe, J. (2005). Elder abuse. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15, 47-54.

ONU, Sénat n° 339 (2002-2003). *Commission d’enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir*, créée en vertu d’une Résolution adoptée par le Sénat de 12 décembre 2002.

Organização Mundial da Saúde (1985). *CID-9 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Vol.1. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Patterson, M. & Malley-Morrison, K. (2006). A cognitive-ecological approach to elder abuse in five cultures: human rights and education. *Educational Gerontology*, 32, 73–82. doi: 10.1080/03601270500338666

Paveza, G.P., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S., Semla, T., Ashford, J. W., ... Levy, P. (1992). Severe family violence and alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 32(4), 493-497.

Penhale B. (2003). Older women, domestic violence, and elder abuse: A review of commonalities, differences, and shared approaches. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 15(3-4), 163-183.

Perel-Levin, S. (2008). *Discussing screening for elder abuse at primary health care level*. Geneva: WHO Press, World Health Organization. ISBN 978 92 4 159453

Pillemer, A.K. & Wolf, S.R. (1986). *Elder abuse conflict in the family*. Massachusetts: Auburn House.

Pillemer, K. & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28, 51 -57.

Pillemer, K. (2005). Factores de riesgo del maltrato de mayores. In I. I. Marmolejo (Ed), *Violencia contra personas mayores* (Colección Estudios sobre Violencia, 11, pp. 18-24). Barcelona: Ariel.

Pitrou, A., Lesemann, F. & Martin, C. (2002). Vieillesse et famille : qui soutient l’autre ? *Lien Social Et Politiques*(38), 145-158.

Pocinho, M.T.S., Farate, C.A., Tina, T.L. & Jerome, A.Y. (2009). Clinical and psychometric validation of the geriatric depression scale (GDS) for Portuguese elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2)223-236.

Podnieks, E. (1993). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4, 55-58.

Rinaldi, P., Mecocci, P., Benedetti, C., Ercolani, S., Bregnocchi, M., Menculini, G. & Cherubini, A. (2003). Validation of the five- item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *Journal of American Geriatrics Society*, 51(5), 694.

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, C.M., De Marchi, R.J., Martins, A.B., Hugo, F.N., Padilha, D.M.P. & Hilgert, J.B. (2013). The prevalence of elder abuse in the Porto Alegre metropolitan area. *Braz Oral Research*, 27(3), 197-202.

Schiamberg, L.B. & Gans, D. (1999). An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 11(1), 79-103. doi: 10.1300/J084v11n01_05

Se'ver, A. (2009). More than wife abuse that has gone old: a conceptual model for violence against the aged in Canada and the US. *Journal of Comparative Family Studies*, 22, 279-292.

Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In T.L. Brink (Ed.), *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* (pp. 165-173). NY: The Haworth Press, Inc.

Soares, J., Barros, H., Torres-Gonzales, F., Ioannidi-Kapolou, E., Lamura, G., Lindert, J., . . . Stankūnas, M. (2010). *Abuse and health among elderly in Europe*. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.

Straka, S.M. & Montminy, L. (2006). Responding to the Needs of Older Women Experiencing Domestic Violence. *Violence Against Women*, 12(3), 251-267.

Swagerty, D.L., Takahashi, P.Y. & Evans, J.M. (1999). Elder mistreatment. *American Family Physician*, 59(10), 2804-2808.

Teaster, P.B. & Anetzberger, G.J. (2010). Elder Abuse in Contemporary Society: Programs, Policy, and Politics. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 22(1), 3-5. doi: 10.1080/08946560903436122

Tornstam, L. (1989). Abuse of the elderly in denmark and sweden: results from a population study. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1, 35-44. [Disponível em <http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a904374676>

United Nations (2002). *World Assembly on Ageing II*. New York: United Nations.

United Nations Office on Drugs and Crime (2010). *Manual on victimization surveys*. Edited by S. MacFarlane, J. Brzozowski, K. Mihorean, M. G. Muratore, F. Huls, B. Gruszczynska, A. Walker, J. Simmons, M. Rand, K. Aromaa, J. Goodey, S. Nevala and G. Thomas. Geneva: United Nations.

Walker, A. (1993). *Age and Attitudes. Main results from a Eurobarometer Survey*. Bruxelles: Commission of the European Communities. Acedido de: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_069_en.pdf

Weill Cornell Medical Center of Cornell University (2011). *Under the radar: New York State elder abuse prevalence study: Self-reported prevalence and documented case surveys*. New York: Lifespan of Greater Rochester, Weill Cornell Medical Center of Cornell University, New York City Department for the Aging.

Wetzels, P. & Greve, W. (1996). Older people as victims of family violence. Results of a German victimization survey. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29, 191–200.

Wolf R.S. (2000). *Risk assessment instruments*. National Center on Elder Abuse, Newsletter, Acedido de: http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/main_site/library/Statistics_Research/Research_Reviews/risk_assessment.aspx

Wolf, R.S. (1992). Victimization of the elderly: elder abuse and neglect. *Clinical Gerontology*, 2, 269-272.

World Health Organisation (1996). *Prevention of violence: a public health priority: Resolution of the World Health Assembly*, 49th session, 25 May 1996. Geneva: WHO. Acedido de http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf

World Health Organisation (2002a). *Active ageing: a policy Framework*. Geneva: WHO. Acedido de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

World Health Organisation (2002b). *World report on violence and health*. Geneva: WHO. Acedido de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

World Health Organisation (2004). *The economic dimensions of interpersonal violence*. Geneva: WHO. Acedido de <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591609.pdf>

World Health Organisation (2008). *Older Persons in emergencies: an active ageing perspective*. Geneva: WHO. Acedido de <http://www.who.int/ageing/publications/EmergenciesEnglish13August.pdf>

World Health Organisation (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women. Taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization. Acedido de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf

World Health Organization (2001). *Putting Women First: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*, edited by Charlotte Watts, Lori Heise, Mary Ellsberg and Claudia Garcia-Moreno. Geneva: World Health Organization, 2001.

World Health Organization/International Network for the Prevention of Elder Abuse (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization.

Zarit, S.H., Reever, K.E. & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Ziminski, C.E., Wigglesworth, A., Austin, R., Phillips, L.R. & Mosqueda, L. (2013). Injury patterns and casual mechanisms of bruising in physical elder abuse. *Journal of Forensic Nursing*, 9(2), 84-91.

ANEXOS

Anexo A - Quadro síntese das questões dos questionários dos estudos: sobre a violência e sobre as vítimas de violência.

Questionários presenciais às vítimas e questionário DEP - variáveis em análise

Variáveis		Questionário APAV	Questionário ISS	Questionário INMLCF	Questionário GNR	Questionário DEP
Questões introdutórias	Código INSA	√	√	√	√	
	Data de aplicação	√	√	√	√	√
		Quem contactou a APAV pela primeira vez	Centro distrital	Ato/conduita que constitui o objeto da perícia	Destacamento territorial	
			Protocolo	Qual instituição ou serviço que encaminhou	Consentimento	
			Consentimento			
		Sinalização				
			Local de administração			

Características sociodemográficas

Sexo	P1	P1	P1	P1	P1
Nacionalidade					P2
Viver há pelo menos 12 meses em Portugal					P3
Data de nascimento	P2	P2	P2	P2	P4
Idade	P3	P3	P3	P3	P4
Concelho de residência	P4	P4	P4	P4	
Estado civil	P5	P5	P5	P5	P5
Escolaridade	P6	P6	P6	P6	P87
Situação perante o trabalho	P7	P7	P7	P7	P88
Profissão principal	P8	P8	P8	P8	P89
Situação na profissão	P9	P9	P9	P9	P90

Variáveis	Questionário APAV	Questionário ISS	Questionário INMLCF	Questionário GNR	Questionário DEP
Caracterização do agregado familiar					
Agregado familiar	P10	P10	P10	P10	P6
Atividades da Vida Diária (capacidade funcional e negligência)					
AVD's	P11	P11	P11	P11	P13 - P20
Pessoa que apoia nas AVD's	P12	P12	P19.1.1	P12	P21
Recusa de ajuda	P13	P13	P19.1	P13	P22
Frequência	P13.1	P13.1	P19.1.2.	P13.1	P23
Gravidade	P13.2	P13.2		P13.2	P24
Viver condições sem higiene ou segurança	P13.3.1	P13.3.1		P13.3.1	P25
Não receber cuidados vestuário e higiene	P13.3.2	P13.3.2		P13.3.2	P26
Não ter acompanhamento médico/medicamentoso	P13.3.3	P13.3.3		P13.3.3	P27
Ser deixado sozinho por longos períodos de tempo	P13.3.4	P13.3.4		P13.3.4	P28
Outros efeitos	P13.3.5	P13.3.5		P13.3.5	P29
Experiências de violências					
Roubar	P14	P14	P19.2 (Alínea a)	P14	P33
Quem (Agressor)	P14.1	P14.1	P19.2.1 (Alínea a)	P14.1	P34
Frequência	P14.2	P14.2	P19.2.2 (Alínea a)	P14.2	P35
Forçar a dar direitos legais	P15	P15	P19.2 (Alínea b)	P15	P36
Quem (Agressor)	P15.1	P15.1	P19.2.1 (Alínea b)	P15.1	P37
Frequência	P15.2	P15.2	P19.2.2 (Alínea b)	P15.2	P38
Apropriar da casa	P16	P16	P19.2 (Alínea d)	P16	P39
Quem (Agressor)	P16.1	P16.1	P19.2.1 (Alínea d)	P16.1	P40
Frequência	P16.2	P16.2	P19.2.2 (Alínea d)	P16.2	P41

Variáveis	Questionário APAV	Questionário ISS	Questionário INMLCF	Questionário GNR	Questionário DEP
Experiências de violências (continuação)					
Não contribuir despesas domésticas	P17	P17	P19.2 (Alínea c)	P17	P42
Quem (Agressor)	P17.1	P17.1	P19.2.1 (Alínea c)	P17.1	P43
Frequência	P17.2	P17.2	P19.2.2 (Alínea c)	P17.2	P44
Ignorar e desprezar	P18	P18	P16	P18	P45
Quem (Agressor)	P18.1	P18.1	P16.1	P18.1	P46
Frequência	P18.2	P18.2	P16.2	P18.2	P47
Insultar, gritar, humilhar	P19	P19	P17	P19	P48
Quem (Agressor)	P19.1	P19.1	P17.1	P19.1	P49
Frequência	P19.2	P19.2	P17.2	P19.2	P50
Ameaçar	P20	P20	P18	P20	P51
Quem (Agressor)	P20.1	P20.1	P18.1	P20.1	P52
Frequência	P20.2	P20.2	P18.2	P20.2	P53
Agredir	P21	P21	P12	P21	P54
Quem (Agressor)	P21.1	P21.1	P12.2	P21.1	P55
Frequência	P21.2	P21.2	P12.2	P21.2	P56
Trancar/ fechar compartimento	P22	P22	P13	P22	P57
Quem (Agressor)	P22.1	P22.1	P13.1	P22.1	P58
Frequência	P22.2	P22.2	P13.2	P22.2	P59
Impedir contacto com outros	P23	P23	P15	P23	P60
Quem (Agressor)	P23.1	P23.1	P15.1	P23.1	P61
Frequência	P23.2	P23.2	P15.2	P23.2	P62
Violência sexual	P24	P24	P14	P24	P63
Quem (Agressor)	P24.1	P24.1	P14.1	P24.1	P64
Frequência	P24.2	P24.2	P14.2	P24.2	P65
Outros tipos de violência	P25	P25		P25	P66
Quem (Agressor)	P25.1	P25.1		P25.1	P67
Frequência	P25.2	P25.2		P25.2	P68

Variáveis	Questionário APAV	Questionário ISS	Questionário INMLCF	Questionário GNR	Questionário DEP
Caraterização das condições de ocorrência da negligência e violência					
Ato de violência mais grave	P26	P26		P26	P69
Caracterização do agressor	P27	P27	P20	P27	P70-P81
Sentimento face à violência e negligência	P28	P28	P21	P28	
Apresentação das situações de negligência e violência a terceiros					
Primeira vez que contactou APAV	P29				
Denúncia a outros serviços/instituições	P30	P29	P22	P29	P82
Qual serviço/ instituição que contactou	P30.1	P30	P23	P30	P83
Razões para não denunciar	P30.2	P30.1		P30.1	P84
Caracterização do estado de saúde					
Doença crónica	P31	P31	P24	P31	P7
Bem-estar psicológico	P32	P32	P25	P32	P8-P12
Apoio Social					
Suporte social informal	P33	P33	P26	P33	P85
Apoio social formal	P34	P34	P27	P34	P86
Caracterização socioeconómica					
Tipo de habitação	P35	P35	P28	P35	P91
Rendimento mensal	P36	P36	P29	P36	P92
RSI		P36.1			

Variáveis	Questionário APAV	Questionário ISS	Questionário INMLCF	Questionário GNR	Questionário DEP
Participação em estudos semelhantes					
Anterior participação no estudo	P37	P37	P30	P37	P94
Anterior participação no estudo – telefone ou presencialmente	P38	P38	P31	P38	P95
Anterior participação no estudo – qual a instituição ou serviço	P38.1	P38.1	P31.1	P38.1	P96
Perceções da violência, maus-tratos e negligência na população idosa					
Conhecer situações de violência					P30
Quais os atos					P31
Onde ocorreram as situações de violência					P32
Despiste de défice cognitivo					
Relembrar a data de nascimento ou idade					P93
Relembrar estado civil					

Notas: Questionário DEP refere-se ao questionário utilizado para o estudo sobre a violência (inquérito de prevalência). Todos os outros são os questionários utilizados no estudo sobre vítimas de violência com a sigla de cada um dos parceiros onde foram recolhidos os dados - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV); Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS); Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. (INMLCF) e Guarda Nacional Republicana (GNR).

Anexo B - Questionário de aplicação telefónica

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Introdução questionário

Bom dia/boa tarde, o meu nome é [xxxx] e estou a telefonar da parte do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Estamos a desenvolver um estudo nacional sobre Saúde e Bem-estar (físico e psicológico) das pessoas com 60 e mais anos que residem em Portugal. Precisávamos pois da colaboração de uma pessoas de 60 e mais anos de idade.

Permita-me que o esclareça que este número de telefone/telemóvel foi escolhido ao acaso.

F.1 - Para seleccionarmos o respondente gostaríamos de saber quantos adultos com 60 e mais anos vivem no seu agregado?

(0) Não existem (TERMINAR QUESTIONÁRIO)

(1) Um adulto com 60+ anos → (F.2)

(2) Dois ou mais adultos com 60+ anos → (F.2)

(Será respondente o adulto com 60+ anos que fez anos recentemente. No caso desta última pessoa não se encontrar no domicílio aplicar-se-á à pessoa que estiver presente no momento do contacto.)

(4) Lar de idosos (TERMINAR QUESTIONÁRIO)

(5) Não sabe (AGENDAR)

(6) Recusa (TERMINAR QUESTIONÁRIO)

F.2 - : A ajuda que lhe pedimos é muito simples e importante. Toda a informação que nos der é completamente anónima e confidencial. **Deseja participar?**

Sim 1 → P1

Não 2 → F.9

F.9 - Se recusa participar, quais são os seus motivos:

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Recusa (não quer referir a causa) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Ausência de duração desconhecida | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Não quer participar num estudo sobre violência | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Porque é um assunto do foro íntimo | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Outra situação | <input type="checkbox"/> | 5 |

Indique a Razão: _____

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

I - Características sociodemográficas

Com as perguntas que se seguem pretendemos obter algum conhecimento sobre si, a idade, com quem vive, etc. **Não precisamos de saber o seu nome.**

Data aplicação __(DD)/__ (MM)/____(AAAA)

P1. Sexo (preferencialmente selecionar sem perguntar)

Masculino..... 1

Feminino 2

Recusa responder 8

P2. Tem nacionalidade portuguesa?

Sim..... 1

Não 2

Não sabe..... 9

Recusa responder 8

P3. Vive em Portugal há pelo menos 12 meses?

Sim..... 1

Não 2 → Terminar a aplicação do questionário!

Não sabe..... 9 → Terminar a aplicação do questionário!

Recusa responder 8 → Terminar a aplicação do questionário!

P4. Qual a sua data de nascimento?

____/____/____ Ou (se a pessoa não souber/lembrar) Idade _____

Não sabe Recusa responder

P5. Qual é o seu estado civil?

Solteiro (a)..... 1

Casado (a)..... 2

Separado (a)..... 3

Divorciado (a)..... 4

Viúvo (a)..... 5

União de facto..... 6

Não sabe..... 9

Recusa responder..... 8

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Concelho de residência _____ Distrito _____

II - Caracterização do agregado familiar

P6. Pode-me dizer com quem vive? Por favor considere apenas quem vive consigo há pelo menos 6 meses. (Pode seleccionar mais que uma opção)

Indicar por favor o número de pessoas.

1. Sozinho
2. Cônjuge/companheiro
3. Filha (s) ____ (Indique número de filhas)
4. Filho (s) ____ (Indique número de filhos)
5. Irmã (s)/ Irmão (s) ____ (Indique número de irmãos)
6. Neta (s)/ Neto (s) ____ (Indique número de netos)
7. Outros ____ (Indique número de outros) Especifique quais? _____(1) _____(2) _____(3)
9. Não sabe
8. Recusa responder

III - Caracterização do estado de saúde

As perguntas que lhe vamos fazer em seguida são sobre alguns aspetos relacionados com a sua saúde e com a apreciação que faz da sua vida.

P7. Tem alguma doença crónica que lhe tenha sido diagnosticada pelo seu médico? (Se necessário pedir para a pessoa seleccionar apenas 3 doenças) (p. ex.: diabetes, doença reumática e tensão arterial)

- Sim 1
Qual (ais): _____ (1 doença) _____ (2 doenças) _____ (3 doenças)
- Não 2
- Não sabe..... 9
- Recusa responder..... 8

P. Agora, vou-lhe ler algumas frases sobre bem-estar psicológico. Por favor responda Sim ou Não a cada uma das seguintes frases quanto à forma como se tem sentido de há uma semana para cá.

Nos últimos sete dias sentiu-se

	Sim	Não	Não sabe	Recusa responder
P8. Satisfeito(a) com a sua vida?	1	2	9	8
P9. Muitas vezes aborrecido(a)?	1	2	9	8
P10. A sentir-se muitas vezes desamparado(a)?	1	2	9	8
P11. A preferir ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	1	2	9	8
P12. A sentir-se inútil?	1	2	9	8

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Adaptação da "Geriatric Depression Scale – 5 itens" (Rinaldi, *et. al.*, 2003)

IV. Atividades da Vida Diária

P. “Vou ler-lhe algumas das atividades da vida diária e vai-me dizer as que consegue e não consegue fazer sozinho (a) e, por isso, para as quais precisa de ajuda”. **Quais das seguintes atividades consegue (usualmente ou normalmente) realizar sozinho(a), sem ajuda de outra pessoa?** (*Exclui-se situações momentâneas e não usuais de incapacidade, por exemplo: devido a acidente doméstico*)

	Sim	Não	Não sabe	Recusa responder
P.13. Andar, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
P.14. Deitar e levantar-se na cama, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
P.15. Vestir-se e despir sozinho (a), sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
P.16. Tomar banho ou duche, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
P.17. Utilizar a sanita, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
P.18. Cortar e comer a sua comida sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
P.19. Tarefas domésticas como ir às compras, fazer as suas próprias refeições ou limpar e arrumar a casa, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
P.20. Tomar os seus medicamentos nas doses corretas e nos tempos certos sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8

Se respondeu **sim, não sabe ou recusou responder** (P.13 à P.20) avançar para → **Pergunta 30**

P.21. Se respondeu que **não consegue realizar alguma das atividades, pense na pessoa que o(a) costuma ajudar nessas atividades** (como os trabalhos domésticos ou a toma de medicamentos). **Qual a relação que mantém consigo?**

Apenas uma pessoa. Se o respondente referir mais que uma pessoa, inquirir qual das pessoas dá apoio mais frequentemente e no maior número de atividades.

- (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)..... 1
- Filha/enteada 2
- Filho/enteado..... 3
- Neto..... 4
- Neta..... 5
- Nora/Genro..... 6
- Outro familiar..... 7
- Amigo/Vizinho..... 8

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- Tutor..... 9
- Profissional remunerado que preste serviço no domicílio..... 10
- Voluntário que preste serviço no domicílio..... 11
- Não tenho ninguém..... 12 → Pergunta 30
- Não sabe..... 99
- Recusa responder 98

P22. Nos últimos 12 meses alguma vez essa pessoa, que o(a) costuma ajudar, se recusou a ajudá-lo(a) nas atividades da vida diária?

- Sim..... 1
- Não..... 2 → Pergunta 30
- Sim, mas há mais de 12 meses..... 3
- Não sabe..... 9 → Pergunta 30
- Recusa responder..... 8 → Pergunta 30

P23. Se sim, quantas vezes, nos últimos 12 meses, é que essa pessoa se recusou a ajudá-lo nas atividades da vida diária?

- Nunca..... 1 → Pergunta 30
- Uma vez..... 2
- 2 a 10 vezes..... 3
- Mais de 10 vezes..... 4
- Não sabe..... 9 → Pergunta 30
- Recusa responder..... 8 → Pergunta 30

P24. No seu entender até que ponto é grave se a pessoa não o ajudar nessas atividades?

- Não é nada grave..... 1
- É pouco grave..... 2
- É muito grave..... 3
- Não sabe..... 9
- Recusa responder..... 8

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

P. Vou ler algumas consequências que podem ou não ter acontecido por falta do apoio, nas atividades de vida diária, da pessoa que o costuma ajudar. Por favor responda sim e não a cada uma das seguintes frases.

		<u>Quantas vezes aconteceu</u>
<p>P25. Viveu num espaço sem condições de higiene ou segurança (Por exemplo num anexo, garagem, pombal e/ou num espaço insalubre)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder	1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/> 3. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder <input type="checkbox"/>
<p>P26. Recebeu os cuidados de vestuário, higiene e alimentação necessários (P. ex: mudar a fralda, banho, alimentar adequadamente, dar água, etc.)</p>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder	1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/> 3. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder <input type="checkbox"/>
<p>P27. Teve acompanhamento médico e/ou medicamentoso necessário</p>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder	1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/> 3. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder <input type="checkbox"/>
<p>P28. Tem uma incapacidade (por exemplo, dificuldades de locomoção ou défice cognitivo) e foi deixado(a) sozinho(a) por longos períodos de tempo, pondo em risco a sua segurança</p>	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder	1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/> 3. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder <input type="checkbox"/>
<p>P29. Existem outras consequências que não tenham sido mencionadas e que resultem de a pessoa que o costuma ajudar ter recusado ajudá-lo(a) nas atividades de vida diária?</p> <hr/> <hr/> <hr/>		

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

V - Percepções da violência, maus-tratos e negligência na população idosa

Vamos falar agora de outro tipo de problemas, nomeadamente, de situações de violência, maus-tratos e negligência que podem de algum modo influenciar a nossa saúde.

P30. Na sua rede de contactos conhece alguém com 60 e mais anos que seja ou tenha sido vítima de alguma forma de violência, maus-tratos e/ou negligência nos últimos 12 meses?

- Sim..... 1
- Não..... 2 → Pergunta 33
- Não sabe..... 9 → Pergunta 33
- Recusa responder..... 8 → Pergunta 33

P31. Se sim, quais os atos de violência, maus-tratos e/ou negligência que essa pessoa está ou esteve sujeita nos últimos 12 meses?

_____ (1) _____ (2) _____ (3)

_____ (4) _____ (5) _____ (6)

- Recusa responder..... → Pergunta 33
- Não sabe..... → Pergunta 33

P32. Onde é que aconteceram as situações de violência de que tem/teve conhecimento? (admita-se mais de uma resposta)

- Na sua casa..... 1
- Noutra casa..... 2
- Nos serviços de saúde (hospitais, centro de saúde) 3
- Lar de idosos..... 4
- Outro. Qual? _____ 5
- Recusa responder..... 9
- Não sabe..... 8

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

VI – Experiências de violência

Vamos falar agora de si, de situações violência, maus-tratos e negligência que poderão ter ocorrido nos últimos 12 meses por parte de alguém que está próximo de si, com quem passa bastante tempo ou que vive consigo. Trata-se de um estudo confidencial e anónimo. **Não precisamos de saber nomes.**

No caso do(a) agressor(a) - perguntas “qual a relação que essa pessoa mantém consigo” selecionar apenas uma pessoa.

Se o respondente referir mais que um agressor, pedir que selecione a partir dos seguintes dois critérios: a pessoa que mais vezes praticou o incidente; e no caso de o respondente continuar a indicar mais que um agressor a pessoa responsável pelo último incidente.

<p>P33. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, alguma vez lhe roubou ou utilizou os seus objetos e/ou bens sem a sua autorização? (P. ex. roubo de dinheiro, apropriação da sua reforma, contas bancárias, cheques, bens pessoais)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sim2. Não → Pergunta 363. Sim, mas há mais de 12 meses <p>9 Não sabe → Pergunta 36</p> <p>8 Recusa responder → Pergunta 36</p>	<p>P34. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <ol style="list-style-type: none">1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)2.Filha/enteada3.Filho/enteado4.Neto5.Neta6.Nora/Genro7.Outro familiar8.Amigo/Vizinho9.Tutor10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio11. Voluntário que preste serviço no domicílio12. Nenhuma relação/desconhecido <p>99 Não sabe</p> <p>98 Recusa responder</p>	<p>P35. Quantas vezes é que isso aconteceu?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Nunca2. Uma vez3. 2 a 10 vezes4. Mais de 10 vezes9. Não sabe8. Recusa responder
---	---	--

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

<p>P36. Nos últimos 12 meses, foi forçado por alguém que lhe é próximo, a assinar um documento ou um papel a dar direitos legais a essa pessoa de algum bem que lhe pertencia?</p> <p>(Exemplos de documentos: procuração, escritura de uma casa, conta bancária, mudança do testamento ou documento para doar os seus bens)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não → Pergunta 39 3. Sim, mas há mais de 12 meses <p>9 Não sabe → Pergunta 39</p> <p>8 Recusa responder → Pergunta 39</p>	<p>P37. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? <i>(Apenas uma pessoa)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) 2. Filha/enteada 3. Filho/enteado 4. Neto 5. Neta 6. Nora/Genro 7. Outro familiar 8. Amigo/Vizinho 9. Tutor 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio 11. Voluntário que preste serviço no domicílio 12. Nenhuma relação/desconhecido <p>99 Não sabe</p> <p>98 Recusa responder</p>	<p>P38. Quantas vezes é que isso aconteceu?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Uma vez 3. 2 a 10 vezes 4. Mais de 10 vezes <p>9 Não sabe</p> <p>8 Recusa responder</p>
<p>P39. Nos últimos 12 meses alguém se apropriou da sua casa?</p> <p>(Por exemplo, modificar mobília e decoração, colocar objetos pessoais e/ou ocupar divisões da sua casa sem a sua autorização)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não → Pergunta 42 3. Sim, mas há mais de 12 meses <p>9 Não sabe → Pergunta 42</p> <p>8 Recusa responder → Pergunta 42</p>	<p>P40. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? <i>(Apenas uma pessoa)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) 2. Filha/enteada 3. Filho/enteado 4. Neto 5. Neta 6. Nora/Genro 7. Outro familiar 8. Amigo/Vizinho 9. Tutor 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio 11. Voluntário que preste serviço no domicílio 12. Nenhuma relação/desconhecido <p>99 Não sabe</p> <p>98 Recusa responder</p>	<p>P41. Quantas vezes é que isso aconteceu?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Uma vez 3. 2 a 10 vezes 4. Mais de 10 vezes <p>9 Não sabe</p> <p>8 Recusa responder</p>

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

<p>P42. Nos últimos 12 meses, vive alguém em sua casa com quem tenha combinado dividir despesas e essa pessoa deixou de o fazer, ainda que tenha capacidade económica?</p> <p>1. Sim</p> <p>2. Não → Pergunta 45</p> <p>3. Sim, mas há mais de 12 meses</p> <p>9 Não sabe → Pergunta 45</p> <p>8 Recusa responder → Pergunta 45</p>	<p>P43. <u>Se sim</u>, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (<i>Apenas uma pessoa</i>)</p> <p>1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)</p> <p>2.Filha/enteada</p> <p>3.Filho/enteado</p> <p>4.Neto</p> <p>5.Neta</p> <p>6.Nora/Genro</p> <p>7.Outro familiar</p> <p>8.Amigo/Vizinho</p> <p>9.Tutor</p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio</p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio</p> <p>12. Nenhuma relação/desconhecido</p> <p>99 Não sabe</p> <p>98 Recusa responder</p>	<p>P44. Quantas vezes é que isso aconteceu?</p> <p>1. Nunca</p> <p>2. Uma vez</p> <p>3. 2 a 10 vezes</p> <p>4. Mais de 10 vezes</p> <p>9 Não sabe</p> <p>8 Recusa responder</p>
<p>P45. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, se recusou a falar consigo, ignorando-o(a) ou desprezando-o(a)?</p> <p>1. Sim</p> <p>2. Não → Pergunta 48</p> <p>3. Sim, mas há mais de 12 meses</p> <p>9 Não sabe → Pergunta 48</p> <p>8 Recusa responder → Pergunta 48</p>	<p>P46. <u>Se sim</u>, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (<i>Apenas uma pessoa</i>)</p> <p>1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)</p> <p>2.Filha/enteada</p> <p>3.Filho/enteado</p> <p>4.Neto</p> <p>5.Neta</p> <p>6.Nora/Genro</p> <p>7.Outro familiar</p> <p>8.Amigo/Vizinho</p> <p>9.Tutor</p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio</p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio</p> <p>12. Nenhuma relação/desconhecido</p> <p>99 Não sabe</p> <p>98 Recusa responder</p>	<p>P47. Quantas vezes é que isso aconteceu?</p> <p>1. Nunca</p> <p>2. Uma vez</p> <p>3. 2 a 10 vezes</p> <p>4. Mais de 10 vezes</p> <p>9 Não sabe</p> <p>8 Recusa responder</p>

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

<p>P48. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, gritou consigo, o(a) ofendeu, insultou (chamou palavrões) ou humilhou?</p> <p>1. Sim</p> <p>2. Não → Pergunta 51</p> <p>3. Sim, mas há mais de 12 meses</p> <p>9 Não sabe → Pergunta 51</p> <p>8 Recusa responder → Pergunta 51</p>	<p>P49. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p>1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)</p> <p>2.Filha/enteada</p> <p>3.Filho/enteado</p> <p>4.Neto</p> <p>5.Neta</p> <p>6.Nora/Genro</p> <p>7.Outro familiar</p> <p>8.Amigo/Vizinho</p> <p>9.Tutor</p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio</p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio</p> <p>12. Nenhuma relação/desconhecido</p> <p>99 Não sabe</p> <p>98 Recusa responder</p>	<p>P50. Quantas vezes é que isso aconteceu?</p> <p>1. Nunca</p> <p>2. Uma vez</p> <p>3. 2 a 10 vezes</p> <p>4. Mais de 10 vezes</p> <p>9 Não sabe</p> <p>8 Recusa responder</p>
<p>P51. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) ameaçou?</p> <p>(P. ex. Ameaças de o (a) abandonar, bater, castigar, ir para um lar)</p> <p>1. Sim</p> <p>2. Não → Pergunta 54</p> <p>3. Sim, mas há mais de 12 meses</p> <p>9 Não sabe → Pergunta 54</p> <p>8 Recusa responder → Pergunta 54</p>	<p>P52. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p>1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)</p> <p>2.Filha/enteada</p> <p>3.Filho/enteado</p> <p>4.Neto</p> <p>5.Neta</p> <p>6.Nora/Genro</p> <p>7.Outro familiar</p> <p>8.Amigo/Vizinho</p> <p>9.Tutor</p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio</p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio</p> <p>12. Nenhuma relação/desconhecido</p> <p>99 Não sabe</p> <p>98 Recusa responder</p>	<p>P53. Quantas vezes é que isso aconteceu?</p> <p>1. Nunca</p> <p>2. Uma vez</p> <p>3. 2 a 10 vezes</p> <p>4. Mais de 10 vezes</p> <p>9 Não sabe</p> <p>8 Recusa responder</p>

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

<p>P54. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, usou de violência física. Por exemplo, empurrar, puxar, bater (murro, palmada, pontapé, bofetada, beliscão), atirar um objeto, amarrar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não → Pergunta 57 3. Sim, mas há mais de 12 meses. 9 Não sabe → Pergunta 57 8 Recusa responder → Pergunta 57 	<p>P55. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? <i>(Apenas uma pessoa)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) 2.Filha/enteada 3.Filho/enteado 4.Neto 5.Neta 6.Nora/Genro 7.Outro familiar 8.Amigo/Vizinho 9.Tutor 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio 11. Voluntário que preste serviço no domicílio 12. Nenhuma relação/desconhecido 99 Não sabe 98 Recusa responder 	<p>P56. Quantas vezes é que isso aconteceu?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Uma vez 3. 2 a 10 vezes 4. Mais de 10 vezes 9 Não sabe 8 Recusa responder
<p>P57. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) trancou num quarto/compartimento ou impediu o seu acesso a toda a casa (por exemplo, impedir o acesso à casa de banho)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não → Pergunta 60 3. Sim, mas há mais de 12 meses. 9 Não sabe → Pergunta 60 8 Recusa responder → Pergunta 60 	<p>P58. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? <i>(Apenas uma pessoa)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) 2.Filha/enteada 3.Filho/enteado 4.Neto 5.Neta 6.Nora/Genro 7.Outro familiar 8.Amigo/Vizinho 9.Tutor 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio 11. Voluntário que preste serviço no domicílio 12. Nenhuma relação/desconhecido 99 Não sabe 98 Recusa responder 	<p>P59. Quantas vezes é que isso aconteceu?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Uma vez 3. 2 a 10 vezes 4. Mais de 10 vezes 9 Não sabe 8 Recusa responder

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

<p>P60. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) impediu de falar e estar com outras pessoas?</p> <p>(P. ex. impedir o contacto com outras pessoas como o(a) marido/mulher, familiares, filhos, amigos, vizinhos)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não → Pergunta 63 3. Sim, mas há mais de 12 meses. <p>9 Não sabe → Pergunta 63</p> <p>8 Recusa responder → Pergunta 63</p>	<p>P61. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? <i>(Apenas uma pessoa)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) 2.Filha/enteada 3.Filho/enteado 4.Neto 5.Neta 6.Nora/Genro 7.Outro familiar 8.Amigo/Vizinho 9.Tutor 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio 11. Voluntário que preste serviço no domicílio 12. Nenhuma relação/desconhecido <p>99 Não sabe</p> <p>98 Recusa responder</p>	<p>P62. Quantas vezes é que isso aconteceu?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Uma vez 3. 2 a 10 vezes 4. Mais de 10 vezes <p>9 Não sabe</p> <p>8 Recusa responder</p>
<p>P63. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) sujeitou, sem o seu consentimento, a algum contacto do tipo sexual?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não → Pergunta 66 3. Sim, mas há mais de 12 meses. <p>9 Não sabe → Pergunta 66</p> <p>8 Recusa responder → Pergunta 66</p>	<p>P64. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? <i>(Apenas uma pessoa)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) 2.Filha/enteada 3.Filho/enteado 4.Neto 5.Neta 6.Nora/Genro 7.Outro familiar 8.Amigo/Vizinho 9.Tutor 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio 11. Voluntário que preste serviço no domicílio 12. Nenhuma relação/desconhecido <p>99 Não sabe</p> <p>98 Recusa responder</p>	<p>P65. Quantas vezes é que isso aconteceu?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Uma vez 3. 2 a 10 vezes 4. Mais de 10 vezes <p>9 Não sabe</p> <p>8 Recusa responder</p>

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

<p>P66. Nos últimos 12 meses, no ambiente familiar, alguém que lhe é próximo o(a) sujeitou a outros tipos de violência (diferentes dos mencionados) que queira acrescentar?</p> <p>1. Sim. Quais? _____ _____</p> <p>2. Não → Pergunta 69</p> <p>3. Sim, mas há mais de 12 meses. Quais? _____ _____</p> <p>9 Não sabe → Pergunta 69</p> <p>8 Recusa responder → Pergunta 69</p>	<p>P67. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? <i>(Apenas uma pessoa)</i></p> <p>1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) 2. Filha/enteada 3. Filho/enteado 4. Neto 5. Neta 6. Nora/Genro 7. Outro familiar 8. Amigo/Vizinho 9. Tutor 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio 11. Voluntário que preste serviço no domicílio 12. Nenhuma relação/desconhecido</p> <p>99 Não sabe 98 Recusa responder</p>	<p>P68. Quantas vezes é que isso aconteceu?</p> <p>1. Nunca 2. Uma vez 3. 2 a 10 vezes 4. Mais de 10 vezes</p> <p>9 Não sabe 8 Recusa responder</p>
--	---	--

Se respondeu **não, não sabe ou recusou responder** a todas as questões no bloco VI - **Experiências de violência** (P.33 à P.66 e P22.) avançar para → **Pergunta 85**

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

VII. Caracterização das condições de ocorrência da negligência e violência

P69. Do que relatou ter-lhe acontecido nas perguntas anteriores, indique o ato de violência, maus-tratos e negligência (por exemplo, ter-lhe sido recusada ajuda nas atividades de vida diária) que foi para si o mais grave e que mais o(a) afligiu?

- 1. Recusa em ajudar nas atividades da vida diária (P22)
- 2. Roubar ou utilizar objetos e bens (P33)
- 3. Ser forçado a dar direitos legais de um bem (P36)
- 4. Apropriação da casa (P39)
- 5. Deixar de contribuir para as despesas da casa (P42)
- 6. Recusar a falar, ignorar ou desprezar (P45)
- 7. Gritar, ofender, insultar ou humilhar (P48)
- 8. Ameaçar (P51)
- 9. Violência física (P54)
- 10. Trancar ou impedir acesso a um compartimento da casa (P57)
- 11. Impedir de falar ou estar com outras pessoas (P60)
- 12. Violência sexual (P63)
- 13. Outros tipos de violência. Quais? _____
- 99. Não sabe → Pergunta 82
- 98. Recusa responder → Pergunta 82

P.70. Pense na pessoa responsável pelo ato de violência, maus-tratos e negligência que para si é o mais grave e que mais o(a) afligiu.

Essa pessoa tem que idade? ____ (anos) Não sabe 9 Recusa responder 8

P. Vou-lhe ler um conjunto de afirmações relativas a essa pessoa. Por favor responda Sim ou Não conforme as seguintes afirmações se aplicam a essa pessoa. Essa pessoa...

	Sim	Não	Não sabe	Recusa responder
P71. Vive consigo	1	2	9	8
P72. Tem uma relação conflituosa consigo desde há muitos anos	1	2	9	8
P73. Tem problemas de saúde mental (por ex.: esquizofrenia)	1	2	9	8
P74. Foi sujeito(a) a situações de violência na infância ou enquanto adolescente	1	2	9	8
P75. Tem problemas de alcoolismo	1	2	9	8
P76. Tem problemas de toxicod dependência	1	2	9	8
P77. Tem problemas de jogo	1	2	9	8

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

P78. É uma pessoa que se isola (fechada e metida consigo), com pouco contacto com outros familiares e/ou amigos	1	2	9	8
P79. Depende de si financeiramente	1	2	9	8
P80. Já foi agressivo(a) ou violento(a) com outros familiares com idade igual ou superior a 60 anos	1	2	9	8
P81. Tem outros problemas familiares, económicos ou de saúde, Qual(ais)? _____ (1) _____ (2)	1	2	9	8

VIII. Apresentação das situações de negligência e violência a terceiros

P82. Alguma vez falou, queixou-se ou contactou com uma instituição ou serviço sobre os atos de violência, maus-tratos e/ou negligência porque passou?

- Sim 1
- Não..... 2 → Pergunta 84
- Não sabe..... 9 → Pergunta 85
- Recusa responder..... 8 → Pergunta 85

P83. Se sim, com que serviço ou instituição contactou? (pode selecionar mais que uma opção)

- Profissionais de saúde e/ou centro de saúde e/ou serviço de saúde (caixa)..... 1
- Segurança social (Casa do povo)..... 2
- Linha Nacional de Emergência Social (LNES, 144)..... 3
- Outra linha telefónica de apoio (por exemplo o SIVVD 800 20 21 48)..... 4
- Polícia de Segurança Pública (PSP)..... 5
- Guarda Nacional Republicana (GNR)..... 6
- Instituto Nacional de Medicina Legal 7
- Centro de dia/centro social/centro de convívio 8
- APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima)..... 9
- Outro. Qual? _____ 10
- Não sabe 99
- Recusa responder..... 98

P84. Se nunca contactou nenhum serviço/instituição, qual a principal razão para não o fazer? (pode selecionar mais que uma opção)

- Não achei que os problemas fossem suficientemente graves..... 1
- Não se faz queixa da família/ laço familiar..... 2
- Não quis que a pessoa responsável sofresse consequências / Acreditei que a situação ia melhorar e que a pessoa ia mudar..... 3

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- Tive medo de represálias ou de agravar a situação..... 4
- Tive receio de ficar só e/ou de ir para um lar de idosos..... 5
- Tive receio que ninguém acreditasse..... 6
- Não sabia a quem recorrer / Ninguém (nenhum serviço/instituição) podia fazer nada para me ajudar.... 7
- Outra . Qual? _____ 8
- Não sabe 99
- Recusa responder..... 98

IX – Apoio social

P85. Tem pessoas suficientes em quem se apoiar ou pedir ajuda quando precisa ou tem problemas?

- Sim, tenho muitas 1
- Sim, tenho suficientes..... 2
- Sim, tenho poucas..... 3
- Não tenho a certeza se tem disponíveis quando precisar..... 4
- Não, não tenho ninguém..... 5
- Não, não quero ninguém..... 6
- Não sabe 9
- Recusa responder..... 8

P86. Costuma frequentar algum tipo de apoio social ou serviço? (pode seleccionar mais que uma opção)

- Frequento um centro de dia/convívio/universidade de 3ª idade..... 1
- Recebo serviços de apoio domiciliário..... 2
- Faço parte de um grupo da paróquia..... 3
- Outro. Qual? _____ 4
- Não frequento nenhum tipo de apoio social ou serviço..... 5
- Não sabe 9
- Recusa responder..... 8

X. Habilitações literárias e profissão

Como estamos a terminar, gostaríamos, por último, de saber algumas informações sobre a sua profissão, escolaridade.

P87. Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou?

- Sem escolaridade..... 1

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- 1º ciclo do ensino básico (antiga instrução primária)..... 2
- 2º e 3º ciclo do ensino básico (5º ao 9º ano atuais; antigo 1º ao 5º ano do liceu; curso comercial)..... 3
- Ensino secundário e médio (atual 10º ao 12º ano; antigo 6º e 7º ano do liceu/ ano propedêutico; cursos profissionais; cursos de especialização tecnológica, nível IV; cursos médios; bacharelato)..... 4
- Ensino superior..... 5
- Não sabe..... 9
- Recusa responder 8

P88. Hoje, qual a sua situação perante o trabalho?

- Trabalho remunerado..... 1
- Desempregado 2
- Reformado 3
- Incapacitado permanentemente (reformado por invalidez)..... 4
- Doméstica (o)/dona de casa..... 5
- Outra 6
- Não sabe..... 9
- Recusa responder 8

P89. Qual é/ era a sua profissão principal? (Entende-se por profissão principal a atividade profissional que exerce ou exerceu mais horas por semana e por um maior número de anos)

Não sabe Recusa responder

P90. Qual é/era a sua situação nessa profissão principal?

- Patrão/Empregador/Empresário..... 1
- Trabalhador por conta própria ou isolado..... 2
- Trabalhador por conta de outrem..... 3
- Trabalhador familiar não remunerado..... 4
- Doméstica (o)/dona de casa..... 5
- Outra situação. Especifique _____ 6
- Não sabe..... 9
- Recusa responder 8

XI - Caracterização socioeconómica

P91. A casa em que vive atualmente é...

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- Casa arrendada..... 1
Casa arrendada (habitação social)..... 2
Casa própria..... 3
Casa de familiares..... 4
Casa de outras pessoas 5
Quarto arrendado/pensão..... 6
Não sabe 9
Recusa responder..... 8

P.92. Vou-lhe ler uma lista de escalões com diferentes valores. Por favor diga-me a qual delas corresponde o seu rendimento mensal? (refere-se ao rendimento individual e não do agregado familiar)

- Até 250 €..... 1
De 251 € a 500 €..... 2
De 501€ a 1000€..... 3
De 1001€ a 1500€..... 4
Mais de 1500€..... 5
Não auferir qualquer rendimento..... 6
Recusa responder..... 8
Não sabe 9

P.93. Poderá por favor recordar-me:

Qual a sua data de nascimento (dia, mês, ano)

____/____/____

Ou (se a pessoa não soubesse ou não se tivesse lembrado)

Idade_____

E o seu estado civil _____

XII. Participação em estudos semelhantes

P.94. Já participou anteriormente neste estudo, tendo respondido às mesmas perguntas?

1. Sim → Pergunta P95 2. Não (Fim!) 9. Não sabe (Fim!) 8. Recusa responder (Fim!)

P.95. Se já participou anteriormente neste estudo, respondeu a estas perguntas?

1. Telefone → Pergunta P95
2. Presencialmente → Pergunta P95
9. Não sabe → (Fim!)
8. Recusa responder → (Fim!)

P.96. Qual a instituição ou serviço através do qual respondeu a estas perguntas?

SAÚDE, BEM-ESTAR E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Presencialmente	
1. Segurança social (Casa do povo)	<input type="checkbox"/>
2. Instituto Nacional de Medicina Legal	<input type="checkbox"/>
3. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima	<input type="checkbox"/>
4. Guarda Nacional Republicana	<input type="checkbox"/>
5. Outro. Qual _____	<input type="checkbox"/>
9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
8. Recusa responder	<input type="checkbox"/>

Telefone	
1. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.	<input type="checkbox"/>
2. Linha Nacional de Emergência Social (LNEs 144)	<input type="checkbox"/>
3. Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica (SIVVD 800 20 21 48)	<input type="checkbox"/>
4. Outro. Qual _____	<input type="checkbox"/>
9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
8. Recusa responder	<input type="checkbox"/>

Se pretender podemos disponibilizar alguns contactos telefónicos de serviços que o podem ajudar na sua situação. Deseja esses contactos?

Sim ou não”

Obrigada, pela sua colaboração!

Anexo C - Questionário de aplicação presencial

Questionário APAV

QUESTIONÁRIO

PROJECTO ENVELHECIMENTO E VIOLÊNCIA



FINANCIAMENTO



Código INSA _____

Data: ___ (MM) / ___ (AAAA)

Quem contactou pela primeira vez a APAV?

1. O próprio (a)
2. Familiar
3. Amigo (a)
4. Vizinho (a)
5. Técnico/instituição
Qual _____
6. Outro
9. Não sabe
8. Recusa responder

I - Características sócio-demográficas

1. Sexo		2. Concelho de residência	
Masculino <input type="checkbox"/> 1	Feminino <input type="checkbox"/> 2	_____ Não sabe <input type="checkbox"/> Recusa responder <input type="checkbox"/>	

3. Data de nascimento	4. Idade
____/____/_____ Não sabe <input type="checkbox"/> 99/99/9999 Recusa responder <input type="checkbox"/> 98/98/9998	____ ANOS Não sabe <input type="checkbox"/> 999 Recusa responder <input type="checkbox"/> 998

5. Estado civil

Solteiro(a)	Casado(a)	Separado(a)	Divorciado(a)	Viúvo(a)	União de facto	Não sabe	Recusa responder
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8

6. Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou?

1. Sem escolaridade <input type="checkbox"/>
2. 1º Ciclo do ensino básico (<i>antiga instrução primária</i>) <input type="checkbox"/>
3. 2º e 3º ciclo do ensino básico (<i>5º ao 9º ano actuais; antigo 1º ao 5º ano do liceu; curso comercial</i>) <input type="checkbox"/>
4. Ensino secundário e médio (<i>actual 10º ao 12º ano; antigo 6º e 7º ano do liceu/ ano propedêutico; cursos profissionais; cursos de especialização tecnológica, nível IV; cursos médios; bacharelato</i>) <input type="checkbox"/>
5. Ensino superior <input type="checkbox"/>
9. Não sabe <input type="checkbox"/>
8. Recusa responder <input type="checkbox"/>

7. Hoje, qual a sua situação perante o trabalho

1. Trabalho remunerado <input type="checkbox"/>
2. Desempregado <input type="checkbox"/>
3. Reformado <input type="checkbox"/>
4. Incapacitado permanentemente (reformado por invalidez) <input type="checkbox"/>
5. Doméstica(o) <input type="checkbox"/>
9. Não sabe <input type="checkbox"/>
8. Recusa responder <input type="checkbox"/>

8. Qual é/era a sua profissão principal? (*actividade profissional que exerce/exerceu mais horas por semana*)

_____ Não sabe Recusa responder

9. Qual é/era a sua situação nessa profissão principal? (por exemplo, patrão, recibos verdes, etc.)

1. Patrão/Empregador/Empresário
2. Trabalhador por conta própria ou isolado
3. Trabalhador por conta de outrem
4. Trabalhador familiar não remunerado
5. Outra situação. Especifique _____
9. Não sabe
8. Recusa responder

II. Caracterização do agregado familiar

10. Com quem vive? (pode seleccionar mais que uma opção)

Indicar o número de pessoas. Só no caso de o respondente habitar com mais que um filho(a), neto(a), irmão(ã) ou outros, registar o número exacto de pessoas.

1. Sozinho
2. Cônjuge/companheiro
3. Filha (s) _____ (Indique número de filhas)
4. Filho (s) _____ (Indique número de filhos)
5. Irmã (s)/ Irmão (s) _____ (Indique número de irmãos)
6. Neta (s)/ Neto (s) _____ (Indique número de netos)
7. Outros _____ (Indique número de outros) Especifique quais? _____
9. Não sabe
8. Recusa responder

III. Actividades da Vida Diária

11. "Vou ler-lhe algumas das actividades da vida diária e vai-me dizer as que consegue e não consegue fazer sozinho(a) e, por isso, para as quais precisa de ajuda". Quais das seguintes actividades consegue realizar sozinho(a)?

	Sim	Não	Não sabe	Recusa responder
1. Andar, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
2. Deitar e levantar-se na cama, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
3. Vestir-se e despir sozinho(a), sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
4. Tomar banho ou duche, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
5. Utilizar a sanita, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
6. Cortar e comer a sua comida sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
7. Tarefas domésticas como ir às compras, fazer as suas próprias refeições ou limpar e arrumar a casa, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
8. Tomar os seus medicamentos nas doses correctas e nos tempos certos sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8

Se respondeu **SIM/NÃO SABE/RECUSA RESPONDER** em todos os itens (1 a 8) da pergunta 11 (Sim, consegue realizar todas as actividades sozinho) avançar → **Pergunta 14**

12. Se respondeu que não consegue realizar alguma das actividades de vida diária, pense na pessoa o(a) costuma ajudar nessas actividades (como os trabalhos domésticos ou a toma de medicamentos).

Qual a relação que mantém consigo?

Apenas uma pessoa. Se o respondente referir mais que uma pessoa, inquirir qual das pessoas dá apoio mais frequentemente e no maior número de actividades.

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 99. Não sabe → Pergunta 14
- 98. Recusa responder → Pergunta 14

<u>13. Nos últimos 12 meses, alguma vez essa pessoa (que o(a) costuma ajudar) se recusou a ajudá-lo(a)?</u>	<u>13.1. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</u>	<u>13.2. Qual a gravidade do problema, se a pessoa não o ajudar nessas actividades?</u>
<ul style="list-style-type: none"> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> → Pergunta 14 9. Não sabe <input type="checkbox"/> → Pergunta 14 8. Recusa responder <input type="checkbox"/> → Pergunta 14 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Nunca <input type="checkbox"/> → Pergunta 14 2. Uma vez <input type="checkbox"/> 3. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/> 4. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Não é nada grave <input type="checkbox"/> 2. É pouco grave <input type="checkbox"/> 3. É muito grave <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder <input type="checkbox"/>

13.3. Se respondeu que sim - nos últimos 12 meses, a pessoa que o costuma ajudar se recusou a ajudá-lo - refira se alguma vez, por falta desse apoio:

		<u>Quantas vezes aconteceu</u>
13.3.1. Viveu num espaço sem condições de higiene ou segurança (Por exemplo num anexo, garagem, pombal e/ou num espaço insalubre)	<input type="checkbox"/>	1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/> 3. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder <input type="checkbox"/>
13.3.2. Não recebeu os cuidados de vestuário, higiene e alimentação necessários (P. ex: mudar a fralda, banho, alimentar adequadamente, dar água, etc.)	<input type="checkbox"/>	1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/> 3. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder <input type="checkbox"/>
13.3.3. Não teve acompanhamento médico e/ou medicamentoso necessário	<input type="checkbox"/>	1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/> 3. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder <input type="checkbox"/>
13.3.4. Tem uma incapacidade (por exemplo, dificuldades de locomoção ou défice cognitivo) e foi deixado(a) sozinho(a) por longos períodos de tempo, pondo em risco a sua segurança	<input type="checkbox"/>	1. Uma vez <input type="checkbox"/> 2. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/> 3. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder <input type="checkbox"/>
13.3.5. Outras condutas. Especifique:		

IV – Experiências de violência

Vamos falar agora de si, de situações de conflito, discórdia e violência que poderão ter ocorrido nos últimos 12 meses por parte de alguém que está próximo de si, com quem passa bastante tempo ou que vive consigo. Trata-se de um estudo confidencial e anónimo. Não precisamos de saber nomes.

No caso do(a) agressor(a) - perguntas "qual a relação que essa pessoa mantém consigo" seleccionar apenas uma pessoa.

Se o respondente referir mais que um agressor, pedir que seleccione a partir dos seguintes dois critérios: a pessoa que mais vezes cometeu o incidente; e no caso de o respondente continuar a indicar mais que um agressor a pessoa responsável pelo último incidente.

<p>14. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, alguma vez lhe roubou ou utilizou os seus objectos e/ou bens sem a sua autorização? (P. ex. roubo de dinheiro, apropriação da sua reforma, contas bancárias, cheques, bens pessoais)</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/> → Pergunta 15</p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/> → Pergunta 15</p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/> → Pergunta 15</p>	<p>14.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p>1. (Ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Filha/enteada <input type="checkbox"/></p> <p>3. Filho/enteado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Neto <input type="checkbox"/></p> <p>5. Neta <input type="checkbox"/></p> <p>6. Nora/Genro <input type="checkbox"/></p> <p>7. Outro familiar <input type="checkbox"/></p> <p>8. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/></p> <p>9. Tutor <input type="checkbox"/></p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>12. Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>99. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>98. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>	<p>14.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p>1. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>2. Uma vez <input type="checkbox"/></p> <p>3. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>4. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>
<p>15. Nos últimos 12 meses, foi forçado por alguém que lhe é próximo, a assinar um documento ou um papel a dar direitos legais a essa pessoa de algum bem que lhe pertencia? (Exemplos de documentos: procuração, escritura de uma casa, conta bancária, mudança do testamento ou documento para doar os seus bens)</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/> → Pergunta 16</p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/> → Pergunta 16</p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/> → Pergunta 16</p>	<p>15.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p>1. (Ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Filha/enteada <input type="checkbox"/></p> <p>3. Filho/enteado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Neto <input type="checkbox"/></p> <p>5. Neta <input type="checkbox"/></p> <p>6. Nora/Genro <input type="checkbox"/></p> <p>7. Outro familiar <input type="checkbox"/></p> <p>8. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/></p> <p>9. Tutor <input type="checkbox"/></p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>12. Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>99. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>98. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>	<p>15.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p>1. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>2. Uma vez <input type="checkbox"/></p> <p>3. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>4. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>

<p>16. Nos últimos 12 meses, alguém se apropriou da sua casa? (Por exemplo, modificar mobília e decoração, colocar objectos pessoais e/ou ocupar divisões da sua casa sem a sua autorização)</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/> → Pergunta 17</p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/> → Pergunta 17</p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/> → Pergunta 17</p>	<p>16.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p>1. (Ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Filha/enteada <input type="checkbox"/></p> <p>3. Filho/enteado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Neto <input type="checkbox"/></p> <p>5. Neta <input type="checkbox"/></p> <p>6. Nora/Genro <input type="checkbox"/></p> <p>7. Outro familiar <input type="checkbox"/></p> <p>8. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/></p> <p>9. Tutor <input type="checkbox"/></p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>12. Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>99. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>98. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>	<p>16.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p>1. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>2. Uma vez <input type="checkbox"/></p> <p>3. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>4. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>
<p>17. Nos últimos 12 meses, vive alguém em sua casa com quem tenha combinado dividir despesas e essa pessoa deixou de o fazer, ainda que tenha capacidade económica?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/> → Pergunta 18</p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/> → Pergunta 18</p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/> → Pergunta 18</p>	<p>17.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p>1. (Ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Filha/enteada <input type="checkbox"/></p> <p>3. Filho/enteado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Neto <input type="checkbox"/></p> <p>5. Neta <input type="checkbox"/></p> <p>6. Nora/Genro <input type="checkbox"/></p> <p>7. Outro familiar <input type="checkbox"/></p> <p>8. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/></p> <p>9. Tutor <input type="checkbox"/></p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>12. Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>99. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>98. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>	<p>17.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p>1. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>2. Uma vez <input type="checkbox"/></p> <p>3. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>4. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>
<p>18. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, se recusou a falar consigo, ignorando-o(a) ou desprezando-o(a)?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/> → Pergunta 19</p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/> → Pergunta 19</p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/> → Pergunta 19</p>	<p>18.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p>1. (Ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Filha/enteada <input type="checkbox"/></p> <p>3. Filho/enteado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Neto <input type="checkbox"/></p> <p>5. Neta <input type="checkbox"/></p> <p>6. Nora/Genro <input type="checkbox"/></p> <p>7. Outro familiar <input type="checkbox"/></p> <p>8. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/></p> <p>9. Tutor <input type="checkbox"/></p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>12. Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>99. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>98. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>	<p>18.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p>1. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>2. Uma vez <input type="checkbox"/></p> <p>3. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>4. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>

<p>19. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, gritou consigo, o(a) ofendeu, insultou (chamou palavrões) ou humilhou?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/> → Pergunta 20</p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/> → Pergunta 20</p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/> → Pergunta 20</p>	<p>19.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p>1. (Ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Filha/enteada <input type="checkbox"/></p> <p>3. Filho/enteado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Neto <input type="checkbox"/></p> <p>5. Neta <input type="checkbox"/></p> <p>6. Nora/Genro <input type="checkbox"/></p> <p>7. Outro familiar <input type="checkbox"/></p> <p>8. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/></p> <p>9. Tutor <input type="checkbox"/></p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>12. Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>99. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>98. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>	<p>19.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p>1. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>2. Uma vez <input type="checkbox"/></p> <p>3. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>4. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>
<p>20. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) ameaçou? (P. ex. ameaças de o(a) abandonar, bater, castigar, ir para um lar)</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/> → Pergunta 21</p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/> → Pergunta 21</p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/> → Pergunta 21</p>	<p>20.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p>1. (Ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Filha/enteada <input type="checkbox"/></p> <p>3. Filho/enteado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Neto <input type="checkbox"/></p> <p>5. Neta <input type="checkbox"/></p> <p>6. Nora/Genro <input type="checkbox"/></p> <p>7. Outro familiar <input type="checkbox"/></p> <p>8. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/></p> <p>9. Tutor <input type="checkbox"/></p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>12. Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>99. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>98. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>	<p>20.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p>1. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>2. Uma vez <input type="checkbox"/></p> <p>3. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>4. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>
<p>21. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, usou de violência física nomeadamente, o(a) empurrou, puxou, agarrou (com movimentos bruscos), amarrou, cortou, bateu (murro, palmada, pontapé, bofetada, beliscão) ou atirou um objecto?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/> → Pergunta 22</p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/> → Pergunta 22</p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/> → Pergunta 22</p>	<p>21.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p>1. (Ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Filha/enteada <input type="checkbox"/></p> <p>3. Filho/enteado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Neto <input type="checkbox"/></p> <p>5. Neta <input type="checkbox"/></p> <p>6. Nora/Genro <input type="checkbox"/></p> <p>7. Outro familiar <input type="checkbox"/></p> <p>8. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/></p> <p>9. Tutor <input type="checkbox"/></p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>12. Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>99. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>98. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>	<p>21.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p>1. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>2. Uma vez <input type="checkbox"/></p> <p>3. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>4. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>

<p>22. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) trancou num quarto/compartimento ou impediu o seu acesso a toda a casa (por exemplo, impedir o acesso à casa de banho)?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/> → Pergunta 23</p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/> → Pergunta 23</p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/> → Pergunta 23</p>	<p>22.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p>1. (Ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Filha/enteada <input type="checkbox"/></p> <p>3. Filho/enteado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Neto <input type="checkbox"/></p> <p>5. Neta <input type="checkbox"/></p> <p>6. Nora/Genro <input type="checkbox"/></p> <p>7. Outro familiar <input type="checkbox"/></p> <p>8. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/></p> <p>9. Tutor <input type="checkbox"/></p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>12. Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>99. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>98. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>	<p>22.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p>1. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>2. Uma vez <input type="checkbox"/></p> <p>3. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>4. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>
<p>23. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) impediu de falar e estar com outras pessoas? (P. ex. impedir o contacto com outras pessoas como o(a) marido/mulher, familiares, filhos, amigos, vizinhos)</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/> → Pergunta 24</p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/> → Pergunta 24</p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/> → Pergunta 24</p>	<p>23.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p>1. (Ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Filha/enteada <input type="checkbox"/></p> <p>3. Filho/enteado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Neto <input type="checkbox"/></p> <p>5. Neta <input type="checkbox"/></p> <p>6. Nora/Genro <input type="checkbox"/></p> <p>7. Outro familiar <input type="checkbox"/></p> <p>8. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/></p> <p>9. Tutor <input type="checkbox"/></p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>12. Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>99. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>98. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>	<p>23.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p>1. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>2. Uma vez <input type="checkbox"/></p> <p>3. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>4. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>
<p>24. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) sujeitou, sem o seu consentimento a algum contacto do tipo sexual?</p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>2. Não <input type="checkbox"/> → Pergunta 25</p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/> → Pergunta 25</p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/> → Pergunta 25</p>	<p>24.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p>1. (Ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Filha/enteada <input type="checkbox"/></p> <p>3. Filho/enteado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Neto <input type="checkbox"/></p> <p>5. Neta <input type="checkbox"/></p> <p>6. Nora/Genro <input type="checkbox"/></p> <p>7. Outro familiar <input type="checkbox"/></p> <p>8. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/></p> <p>9. Tutor <input type="checkbox"/></p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>12. Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>99. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>98. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>	<p>24.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p>1. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>2. Uma vez <input type="checkbox"/></p> <p>3. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>4. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>

<p>25. <u>Nos últimos 12 meses, no ambiente familiar, alguém que lhe é próximo o(a) sujeitou a outros tipos de violência (diferentes dos mencionados) que queira acrescentar?</u></p> <p>1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Quais _____ _____ _____ _____ _____</p> <p>2. Não <input type="checkbox"/> → Pergunta 26</p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/> → Pergunta 26</p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/> → Pergunta 26</p>	<p>25.1. <u>Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</u></p> <p>1. (Ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Filha/enteada <input type="checkbox"/></p> <p>3. Filho/enteado <input type="checkbox"/></p> <p>4. Neto <input type="checkbox"/></p> <p>5. Neta <input type="checkbox"/></p> <p>6. Nora/Genro <input type="checkbox"/></p> <p>7. Outro familiar <input type="checkbox"/></p> <p>8. Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/></p> <p>9. Tutor <input type="checkbox"/></p> <p>10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/></p> <p>12. Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/></p> <p>99. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>98. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>	<p>25.2. <u>Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</u></p> <p>1. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>2. Uma vez <input type="checkbox"/></p> <p>3. Duas a dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>4. Mais de dez vezes <input type="checkbox"/></p> <p>9. Não sabe <input type="checkbox"/></p> <p>8. Recusa responder <input type="checkbox"/></p>
---	---	---

V. Caracterização das condições de ocorrência da negligência e violência

26. Do que relatou ter-lhe acontecido nas perguntas anteriores, indique o acto de violência, maus-tratos e/ou negligência (por exemplo, ter-lhe sido recusada ajuda nas actividades de vida diária) que foi para si o mais grave e que mais o(a) afligiu?

Não sabe Recusa responder

27. Pense na pessoa responsável pelo acto de violência, maus-tratos e/ou negligência que para si é o mais grave e que mais o(a) afligiu. Por favor responda SIM ou Não conforme as seguintes afirmações se aplicam a essa pessoa. Essa pessoa...

Que idade tem ____ (anos)

	SIM	NÃO	Não sabe	Recusa responder
1. Vive consigo	1	2	9	8
2. Tem uma relação conflituosa consigo desde há muitos anos	1	2	9	8
3. Tem problemas de saúde mental (por ex: esquizofrenia)	1	2	9	8
4. Foi sujeito(a) a situações de violência na infância ou enquanto adolescente	1	2	9	8
5. Tem problemas de alcoolismo	1	2	9	8
6. Tem problemas de toxicodependência	1	2	9	8
7. Tem problemas de jogo	1	2	9	8
8. É uma pessoa que se isola (fechada e metida consigo), com pouco contacto com outros familiares e/ou amigos	1	2	9	8
9. Depende de si financeiramente	1	2	9	8
10. Já foi agressivo(a) ou violento(a) com outros familiares com idade igual ou superior a 60 anos?	1	2	9	8
11. Tem outros problemas familiares ou económicos, qual(ais)?	1	2	9	8

28. Ainda relativamente ao acto de violência, maus-tratos e ou negligência mais grave e que mais o(a) afligiu, por favor indique qual o sentimento que mais o(a) marcou na altura (Por exemplo tristeza, medo, raiva, solidão ou vergonha).

Não sabe

Recusa responder

VI. Apresentação das situações de negligência e violência a terceiros

29. Relativamente aos actos de violência, maus-tratos e/ou negligência porque passou nos últimos 12 meses, foi esta a primeira vez que contactou a APAV?

Sim 1 Não 2 Não sabe 9 Recusa responder 8

30. Tinha já anteriormente contactado outra instituição ou serviço sobre a situação de violência, maus-tratos e/ou negligência porque passou nos últimos 12 meses?

Sim 1 Não 2 Não sabe 9 Recusa responder 8

→ Pergunta 30.1 → Pergunta 30.2 → Pergunta 31 → Pergunta 31

30.1. Se sim, com que serviço ou instituição contactou? (pode seleccionar mais que uma opção)

No caso de o respondente ter contactado mais do que um serviço ou instituição por favor indique a ordem (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) com que o fez no número correspondente (por exemplo, qual o serviço/instituição que contactou em primeiro e segundo lugar; no caso de ter contactado mais que um serviço/instituição).

		Ordem com que contactou as instituições										Não sabe	Recusa responder	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1. Profissional e/ou centro de saúde e/ou serviço de saúde (Caixa)	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Segurança social (casa do povo)	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Linha Nacional de Emergência Social (LNES, 144)	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outra linha telefónica de apoio (por exemplo o SIVVD 800 20 21 48)	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Polícia de Segurança Publica (PSP)	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Guarda Nacional Republicana (GNR)	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Instituto Nacional de Medicina Legal	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Centro de dia/centro social/centro de convívio	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Outro. Qual _____	<input type="checkbox"/>												<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Não sabe <input type="checkbox"/>														
98. Recusa responder <input type="checkbox"/>														

30.2 Se nunca contactou com outro serviço/instituição, qual a principal razão para não o fazer? (pode seleccionar mais que uma opção)

1. Não achei que os problemas fossem suficientemente graves	<input type="checkbox"/>
2. Não se faz queixa da família / laço familiar	<input type="checkbox"/>
3. Não quis que a pessoa responsável sofresse consequências / Acreditei que a situação ia melhorar e que a pessoa ia mudar	<input type="checkbox"/>
4. Tive medo de represálias ou de agravar a situação	<input type="checkbox"/>
5. Tive receio de ficar só e/ou de ir para um lar de idosos	<input type="checkbox"/>
6. Tive receio que ninguém acreditasse	<input type="checkbox"/>
7. Não sabia a quem recorrer / Ninguém (nenhum serviço/instituição) podia fazer nada para me ajudar	<input type="checkbox"/>
8. Outra. Qual? _____	<input type="checkbox"/>
99. Não sabe	<input type="checkbox"/>
98. Recusa responder	<input type="checkbox"/>

VII. Caracterização do estado de saúde

As perguntas que lhe vamos fazer em seguida são sobre alguns aspectos relacionados com a sua saúde e com a apreciação que faz da sua vida.

31. Tem alguma doença crónica que lhe tenha sido diagnosticada pelo seu médico? (p. ex., tensão arterial alta, diabetes, doença reumática, depressão, entre outras)

1. Sim Qual(ais)? _____
2. Não
9. Não sabe
8. Recusa responder

32. Vou-lhe ler algumas frases sobre bem-estar psicológico. Por favor responda Sim e Não a cada uma das seguintes frases quanto à forma como se tem sentido de há uma semana para cá.

	Sim	Não	Não sabe	Recusa responder
1. Satisfeito(a) com a sua vida?	1	2	9	8
2. Muitas vezes aborrecido(a)?	1	2	9	8
3. A sentir-se muitas vezes desamparado(a)?	1	2	9	8
4. A preferir ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	1	2	9	8
5. A sentir-se inútil?	1	2	9	8

VIII. Apoio Social

33. Tem pessoas suficientes em quem se apoiar ou pedir ajuda quando precisa ou tem problemas?

1. Sim, tenho muitas
2. Sim, tenho suficientes
3. Sim, tenho poucas
4. Não tenho a certeza se tenho pessoas disponíveis quando precisar.....
5. Não, não tenho ninguém
6. Não, não quero ninguém
9. Não sabe
8. Recusa responder

34. Costuma frequentar algum tipo de apoio social ou serviço? (pode seleccionar mais que uma opção)

1. Frequenta um centro de dia/convívio/universidade de 3ª idade.....
2. Recebe serviços de apoio domiciliário.....
3. Faz parte de um grupo da paróquia.....
4. Outra. Qual? _____
5. Não frequenta nenhum tipo de apoio social ou serviço.....
9. Não sabe
8. Recusa responder

IX. Caracterização socioeconómica

35. A casa que em que vive actualmente...

- 1. Casa arrendada
- 2. Casa arrendada (habitação social)
- 3. Casa própria
- 4. Casa de familiares
- 5. Casa de outras pessoas
- 6. Quarto arrendado/pensão
- 9. Não sabe
- 8. Recusa responder

36. Actualmente, o seu rendimento mensal situa-se entre quais dos seguintes valores?

- 1. Até 500 €
- 2. De 501€ a 1000€
- 3. De 1001€ a 1500€
- 4. Mais de 1500€
- 5. Não auferir qualquer rendimento
- 9. Não sabe
- 8. Recusa responder

X. Participação em estudos semelhantes

37. Já participou anteriormente neste estudo, tendo respondido às mesmas perguntas?

- 1. Sim → Pergunta 38
- 2. Não (Fim!)
- 9. Não sabe (Fim!)
- 8. Recusa responder (Fim!)

38. Se já participou anteriormente neste estudo, respondeu a estas perguntas por...

- 1. Telefone → Pergunta 38.1.
- 2. Presencialmente → Pergunta 38.1.
- 9. Não sabe → Fim!
- 8. Recusa responder → Fim!

38.1. Qual a instituição ou serviço através do qual respondeu a estas perguntas?

Presencialmente	
1. Segurança social (Casa do povo)	<input type="checkbox"/>
2. Instituto Nacional de Medicina Legal	<input type="checkbox"/>
3. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima	<input type="checkbox"/>
4. Outro. Qual _____	<input type="checkbox"/>
9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
8. Recusa responder	<input type="checkbox"/>

Telefone	
1. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.	<input type="checkbox"/>
2. Linha Nacional de Emergência Social (LNES 144)	<input type="checkbox"/>
3. Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica (SIVVD 800 20 21 48)	<input type="checkbox"/>
4. Outro. Qual _____	<input type="checkbox"/>
9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
8. Recusa responder	<input type="checkbox"/>

Obrigado pela sua colaboração!

Questionário INMLCF, IP

Código _____

O estudo tem como objectivo compreender melhor alguns aspectos da vida das pessoas com mais de 60 anos, como o estado de saúde, as actividades do dia-a-dia e situações de violência e negligência que possam ter vivenciado. Antes de mais gostaríamos de lhe agradecer a colaboração e garantir a confidencialidade de todas as informações que está a fornecer. Para além do (a) profissional que está a aplicar este questionário, todas os outros profissionais que terão acesso aos dados fornecidos não saberão a sua identidade e esta não ficará registada em lado nenhum.

Crítérios de inclusão: 1- Individuos com idade \geq 60 anos de idade; 2 - A residir em domicílios particulares; 3 - Vítimas de alegada violência perpetrada por familiares ou por cuidadores em contexto familiar; 4 – Se a vítima for estrangeira, incluir no estudo, caso resida em Portugal há $>$ 12 meses

Data aplicação __ (MM)/ ____ (AAAA)

A. Acto/conduita que constitui o objecto da perícia:

Crimes contra a integridade física

Crimes contra a liberdade e auto-determinação sexuais ...

B. Qual o serviço ou instituição que encaminhou a pessoa para o Instituto Nacional de Medicina Legal?

1. Polícia de Segurança Pública 2. Guarda Nacional Republicana 3. Outro. Qual? _____

I - CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Sexo

1. Feminino
 2. Masculino

2. Data de nascimento

____/____/____
 99/99/9999. Não sabe
 98/98/9998 Recusa responder

Ou (se a pessoa não souber/lembrar)

3. Idade

____ anos
 999. Não sabe
 998. Recusa responder

4. Concelho de residência

 Não sabe
 Recusa responder

5. Estado civil

Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 1	Casado(a) <input type="checkbox"/> 2	Separado(a) <input type="checkbox"/> 3	Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4	Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 5	União de facto <input type="checkbox"/> 6	Não sabe <input type="checkbox"/> 9	Recusa responder <input type="checkbox"/> 8
---	---	---	---	--	--	--	--

6. Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou?

1. Sem escolaridade

2. 1º ciclo do ensino básico (antiga instrução primária)

3. 2º e 3º ciclo do ensino básico (5º ao 9º ano actuais; antigo 1º ao 5º ano do liceu; curso comercial)

4. Ensino secundário e médio (actual 10º ao 12º ano; antigo 6º e 7º ano do liceu/ano propedêutico; cursos profissionais; cursos de especialização tecnológica, nível IV; cursos médios; bacharelato)

5. Ensino superior

9. Não sabe 8. Recusa responder

7. Hoje, qual a situação perante o trabalho

1. Trabalho remunerado

2. Desempregado

3. Reformado

4. Incapacitado permanentemente (reformado por invalidez)

5. Doméstica (o)

9. Não sabe 8. Recusa responder

8. Qual é/era a sua profissão principal? (actividade profissional que exerce ou exerceu mais horas por semana e por um maior número de anos)

_____ Não sabe Recusa responder

9. Qual é/era a sua situação nessa profissão principal?

<input type="checkbox"/> 1. Patrão/Empregador/Empresário	
<input type="checkbox"/> 2. Trabalhador por conta própria ou isolado	
<input type="checkbox"/> 3. Trabalhador por conta de outrem	
<input type="checkbox"/> 4. Trabalhador familiar não remunerado	
<input type="checkbox"/> 5. Outra situação. Especifique: _____	
<input type="checkbox"/> 9. Não sabe	<input type="checkbox"/> 8. Recusa responder

II - CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

10. Com quem vive? (pode seleccionar mais que uma opção)

Indicar o número de pessoas. Só no caso de o respondente habitar com mais que um filho(a), neto(a), irmão(ã) ou outros, registar o número exacto de pessoas.

<input type="checkbox"/> 1. Sozinho
<input type="checkbox"/> 2. Cônjuge/companheiro
<input type="checkbox"/> 3. Filha (s) _____ (Indique número de filhas)
<input type="checkbox"/> 4. Filho (s) _____ (Indique número de filhos)
<input type="checkbox"/> 5. Irmã (s)/ Irmão (s) _____ (Indique número de irmãos)
<input type="checkbox"/> 6. Neta (s)/ Neto (s) _____ (Indique número de netos)
<input type="checkbox"/> 7. Outros _____ (Indique número de outros) Especifique quais? _____
<input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder

III. ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

11. “Vou ler-lhe algumas das actividades da vida diária e vai-me dizer as que consegue e não consegue fazer sozinho (a) e, por isso, para as quais precisa de ajuda”. **Quais das seguintes actividades consegue realizar sozinho(a)?**

	Sim	Não	Não sabe	Recusa responder
1. Andar, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
2. Deitar e levantar-se na cama, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
3. Vestir-se e despir sozinho (a), sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
4. Tomar banho ou duche, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
5. Utilizar a sanita, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
6. Cortar e comer a sua comida sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
7. Tarefas domésticas como ir às compras, fazer as suas próprias refeições ou limpar e arrumar a casa, sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8
8. Tomar os seus medicamentos nas doses correctas e nos tempos certos sem ajuda de outra pessoa?	1	2	9	8

IV. EXPERIÊNCIAS DE VIOLÊNCIA

No caso do(a) agressor(a) - perguntas “qual a relação que essa pessoa mantém consigo” seleccionar apenas uma pessoa.
Se o respondente referir mais que um agressor, pedir que seleccione a partir dos seguintes dois critérios: a pessoa que mais vezes praticou o incidente; e no caso de o respondente continuar a indicar mais que um agressor a pessoa responsável pelo último incidente.

Violência física		
<p>12. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, usou de violência física nomeadamente, o(a) empurrou, puxou, agarrou (com movimentos bruscos), amarrou, cortou, bateu (murro, palmada, pontapé, bofetada, beliscão) ou atirou um objecto?</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não (Seguir para pergunta 13.) <input type="checkbox"/> 9.Não sabe (Seguir para pergunta 13.) <input type="checkbox"/> 8.Recusa responder (Seguir para pergunta 13.)</p>	<p>12.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/> 2.Filha/enteada <input type="checkbox"/> 3.Filho/enteado <input type="checkbox"/> 4.Neto <input type="checkbox"/> 5.Neta <input type="checkbox"/> 6.Nora/Genro <input type="checkbox"/> 7.Outro familiar <input type="checkbox"/> 8.Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 9.Tutor <input type="checkbox"/> 10.Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 11.Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 12.Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/> 99.Não sabe <input type="checkbox"/> 98.Recusa responder</p>	<p>12.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Uma vez <input type="checkbox"/> 3. Duas a 10 vezes <input type="checkbox"/> 4. Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder</p>
<p>13. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) trancou num quarto/compartimento ou impediu o seu acesso a toda a casa (por exemplo impedir o acesso à casa de banho)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não (Seguir para pergunta 14.) <input type="checkbox"/> 9.Não sabe (Seguir para pergunta 14.) <input type="checkbox"/> 8.Recusa responder (Seguir para pergunta 14.)</p>	<p>13.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/> 2.Filha/enteada <input type="checkbox"/> 3.Filho/enteado <input type="checkbox"/> 4.Neto <input type="checkbox"/> 5.Neta <input type="checkbox"/> 6.Nora/Genro <input type="checkbox"/> 7.Outro familiar <input type="checkbox"/> 8.Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 9.Tutor <input type="checkbox"/> 10.Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 11.Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 12.Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/> 99.Não sabe <input type="checkbox"/> 98.Recusa responder</p>	<p>13.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Uma vez <input type="checkbox"/> 3. Duas a 10 vezes <input type="checkbox"/> 4. Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder</p>

Violência sexual		
<p>14. Nos últimos 12 meses, alguém o(a) sujeitou, sem o seu consentimento, a algum contacto do tipo sexual?</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não (Seguir para pergunta 15.) <input type="checkbox"/> 9.Não sabe (Seguir para pergunta 15.) <input type="checkbox"/> 8.Recusa responder (Seguir para pergunta 15.)</p>	<p>14.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/> 2.Filha/enteada <input type="checkbox"/> 3.Filho/enteado <input type="checkbox"/> 4.Neto <input type="checkbox"/> 5.Neta <input type="checkbox"/> 6.Nora/Genro <input type="checkbox"/> 7.Outro familiar <input type="checkbox"/> 8.Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 9.Tutor <input type="checkbox"/> 10.Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 11.Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 12.Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/> 99.Não sabe <input type="checkbox"/> 98.Recusa responder</p>	<p>14.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Uma vez <input type="checkbox"/> 3. Duas a 10 vezes <input type="checkbox"/> 4. Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder</p>

<u>Violência psicológica</u>		
<p>15. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) impediu de falar e estar com outras pessoas? (P. ex. impedir o contacto com outras pessoas como o(a) marido/mulher, familiares, filhos, amigos, vizinhos)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não (Seguir para <u>pergunta 16.</u>) <input type="checkbox"/> 9.Não sabe (Seguir para <u>pergunta 16.</u>) <input type="checkbox"/> 8.Recusa responder (Seguir para <u>pergunta 16.</u>)</p>	<p>15.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/> 2.Filha/enteada <input type="checkbox"/> 3.Filho/enteado <input type="checkbox"/> 4.Neto <input type="checkbox"/> 5.Neta <input type="checkbox"/> 6.Nora/Genro <input type="checkbox"/> 7.Outro familiar <input type="checkbox"/> 8.Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 9.Tutor <input type="checkbox"/> 10.Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 11.Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 12.Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/> 99.Não sabe <input type="checkbox"/> 98.Recusa responder</p>	<p>15.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Uma vez <input type="checkbox"/> 3. Duas a 10 vezes <input type="checkbox"/> 4. Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder</p>
<p>16. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, se recusou a falar consigo, ignorando-o(a) ou desprezando-o(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não (Seguir para <u>pergunta 17.</u>) <input type="checkbox"/> 9.Não sabe (Seguir para <u>pergunta 17.</u>) <input type="checkbox"/> 8.Recusa responder (Seguir para <u>pergunta 17.</u>)</p>	<p>16.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/> 2.Filha/enteada <input type="checkbox"/> 3.Filho/enteado <input type="checkbox"/> 4.Neto <input type="checkbox"/> 5.Neta <input type="checkbox"/> 6.Nora/Genro <input type="checkbox"/> 7.Outro familiar <input type="checkbox"/> 8.Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 9.Tutor <input type="checkbox"/> 10.Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 11.Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 12.Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/> 99.Não sabe <input type="checkbox"/> 98.Recusa responder</p>	<p>16.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Uma vez <input type="checkbox"/> 3. Duas a 10 vezes <input type="checkbox"/> 4. Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder</p>
<p>17. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, gritou consigo, o(a) ofendeu, insultou (chamou palavrões) ou humilhou?</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não (Seguir para <u>pergunta 18.</u>) <input type="checkbox"/> 9.Não sabe (Seguir para <u>pergunta 18.</u>) <input type="checkbox"/> 8.Recusa responder (Seguir para <u>pergunta 18.</u>)</p>	<p>17.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/> 2.Filha/enteada <input type="checkbox"/> 3.Filho/enteado <input type="checkbox"/> 4.Neto <input type="checkbox"/> 5.Neta <input type="checkbox"/> 6.Nora/Genro <input type="checkbox"/> 7.Outro familiar <input type="checkbox"/> 8.Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 9.Tutor <input type="checkbox"/> 10.Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 11.Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 12.Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/> 99.Não sabe <input type="checkbox"/> 98.Recusa responder</p>	<p>17.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Uma vez <input type="checkbox"/> 3. Duas a 10 vezes <input type="checkbox"/> 4. Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder</p>

<p>18. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo o(a) ameaçou? (P. ex. Ameaças de o (a) abandonar, bater, castigar, ir para um lar)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não (Seguir para <u>pergunta 19.</u>) <input type="checkbox"/> 9.Não sabe (Seguir para <u>pergunta 19.</u>) <input type="checkbox"/> 8.Recusa responder (Seguir para <u>pergunta 19.</u>)</p>	<p>18.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/> 2.Filha/enteada <input type="checkbox"/> 3.Filho/enteado <input type="checkbox"/> 4.Neto <input type="checkbox"/> 5.Neta <input type="checkbox"/> 6.Nora/Genro <input type="checkbox"/> 7.Outro familiar <input type="checkbox"/> 8.Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 9.Tutor <input type="checkbox"/> 10.Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 11.Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 12.Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/> 99.Não sabe <input type="checkbox"/> 98.Recusa responder</p>	<p>18.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Uma vez <input type="checkbox"/> 3. Duas a 10 vezes <input type="checkbox"/> 4. Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder</p>
--	---	---

19. Nos últimos 12 meses, no ambiente familiar, alguém que lhe é próximo o sujeitou a outros tipos de violência (diferentes dos mencionados), como por exemplo actos de negligência ou violência financeira?

No caso do(a) agressor(a) - perguntas “qual a relação que essa pessoa mantém consigo” seleccionar apenas uma pessoa.
Se o respondente referir mais que um agressor, pedir que seleccione a partir dos seguintes dois critérios: a pessoa que mais vezes praticou o incidente; e no caso de o respondente continuar a indicar mais que um agressor a pessoa responsável pelo último incidente.

<p>19.1. Por exemplo, ter precisado de ajuda para realizar as suas actividades do dia-a-dia e a pessoa que o costuma ajudar recusou-se a ajudá-lo(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não (Seguir para <u>pergunta 19.2</u>) <input type="checkbox"/> 9.Não sabe (Seguir para <u>pergunta 19.2</u>) <input type="checkbox"/> 8.Recusa responder (Seguir para <u>pergunta 19.2</u>)</p>	<p>19.1.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) <input type="checkbox"/> 2.Filha/enteada <input type="checkbox"/> 3.Filho/enteado <input type="checkbox"/> 4.Neto <input type="checkbox"/> 5.Neta <input type="checkbox"/> 6.Nora/Genro <input type="checkbox"/> 7.Outro familiar <input type="checkbox"/> 8.Amigo/Vizinho <input type="checkbox"/> 9.Tutor <input type="checkbox"/> 10.Profissional remunerado que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 11.Voluntário que preste serviço no domicílio <input type="checkbox"/> 12.Nenhuma relação/ desconhecido <input type="checkbox"/> 99.Não sabe <input type="checkbox"/> 98.Recusa responder</p>	<p>19.1.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca <input type="checkbox"/> 2. Uma vez <input type="checkbox"/> 3. Duas a 10 vezes <input type="checkbox"/> 4. Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder</p>
--	---	---

Na pergunta 19.2. deve assinalar, separadamente, cada uma das condutas listadas. No caso do agressor - “qual a relação que essa pessoa mantém consigo” - deve colocar a letra correspondente à(s) conduta(s) (a, b, c e/ou d) no traço correspondente à pessoa que perpetuou o acto de violência. Por exemplo: se uma pessoa é vítima de roubo por parte de um neto deve, para além de assinalar “neto ☒”, colocar a letra “a” no traço.

<p>19.2. Por exemplo, alguém que lhe é próximo</p> <p><input type="checkbox"/> a) roubou ou utilizou objectos e/ou bens sem a sua autorização</p> <p><input type="checkbox"/> b) o(a) forçou a assinar um documento a dar direitos legais de um bem que lhe pertencia</p> <p><input type="checkbox"/> c) vive em sua casa e deixou de contribuir para as despesas ainda que tenha combinado o fazer e tenha capacidade económica</p> <p><input type="checkbox"/> d) apropriou-se da sua casa, como modificar mobília e decoração, colocar objectos pessoais e/ou ocupar divisões da sua casa sem a sua autorização</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Não, ninguém me sujeitou a nenhuma destas acções (Seguir para <u>pergunta 20</u>)</p> <p><input type="checkbox"/> 9.Não sabe (Seguir para <u>pergunta 20</u>) <input type="checkbox"/> 8.Recusa responder (Seguir para <u>pergunta 20</u>)</p>	<p>19.2.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo? (Apenas uma pessoa)</p> <p><input type="checkbox"/> 1.(ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) ___ <input type="checkbox"/> 2.Filha/enteada ___ <input type="checkbox"/> 3.Filho/enteado ___ <input type="checkbox"/> 4.Neto ___ <input type="checkbox"/> 5.Neta ___ <input type="checkbox"/> 6.Nora/Genro ___ <input type="checkbox"/> 7.Outro familiar ___ <input type="checkbox"/> 8.Amigo/Vizinho ___ <input type="checkbox"/> 9.Tutor ___ <input type="checkbox"/> 10.Profissional remunerado que preste serviço no domicílio ___ <input type="checkbox"/> 11.Voluntário que preste serviço no domicílio ___ <input type="checkbox"/> 12.Nenhuma relação/ desconhecido ___ <input type="checkbox"/> 99.Não sabe <input type="checkbox"/> 98.Recusa responder</p>	<p>19.2.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nunca ___ <input type="checkbox"/> 2. Uma vez ___ <input type="checkbox"/> 3. Duas a 10 vezes ___ <input type="checkbox"/> 4. Mais de 10 vezes ___ <input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder</p>
--	---	---

V. CARACTERIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE OCORRÊNCIA DA NEGLIGÊNCIA E VIOLÊNCIA

20. Pense na pessoa responsável pelo acto/conduita alvo da perícia (pessoa que o (a) fez passar pela situação que o (a) trouxe aqui). **Por favor responda SIM ou Não conforme as seguintes afirmações se aplicam a essa pessoa. Essa pessoa...**

Essa pessoa tem que idade ___ (anos)	SIM	NÃO	Não sabe	Recusa responder
1. Vive consigo	1	2	9	8
2. Tem uma relação conflituosa consigo desde há muitos anos	1	2	9	8
3. Tem problemas de saúde mental (p. ex. esquizofrenia)	1	2	9	8
4. Foi sujeito(a) a situações de violência na infância ou enquanto adolescente	1	2	9	8
5. Tem problemas de alcoolismo	1	2	9	8
6. Tem problemas de toxicodependência	1	2	9	8
7. Tem problemas de jogo	1	2	9	8
8. É uma pessoa que se isola (fechada, metida consigo), com pouco contacto com outros familiares e/ou amigos	1	2	9	8
9. Depende de si financeiramente	1	2	9	8
10. Já foi agressivo(a) ou violento(a) com outros familiares com idade igual ou superior a 60 anos	1	2	9	8
11. Tem outros problemas familiares ou económicos, qual(ais)? _____	1	2	9	8

21. Relativamente ao acto/ conduta alvo da perícia, por favor indique qual o sentimento que mais o(a) marcou na altura (Por exemplo tristeza, medo, raiva, solidão ou vergonha).

_____ Não sabe Recusa responder

VI. APRESENTAÇÃO DAS SITUAÇÕES DE NEGLIGÊNCIA E VIOLÊNCIA A TERCEIROS

22. Para além das forças policiais que a (o) encaminharam para o INML tinha já, anteriormente, contactado com outra instituição ou serviço sobre os actos de violência, maus-tratos e/ou negligência por que passou?

1. Sim 2. Não (Seguir perg. 24) 9. Não sabe (Seguir perg. 24) 8. Recusa responder (Seguir perg. 24)

23. Se sim, com que serviço ou instituição contactou?

No caso de o respondente ter contactado mais do que um serviço ou instituição por favor indique a **ordem (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)** com que o fez no número correspondente (por exemplo, qual o serviço/instituição que contactou em primeiro e segundo lugar; no caso de ter contactado mais que um serviço/instituição).

		Ordem com que contactou as instituições										Não sabe	Recusa responder
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
1. Profissional e/ou centro de saúde e/ou serviço de saúde (Caixa)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Segurança social (casa do povo)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Linha Nacional de Emergência Social (LNES, 144)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Outra linha telefónica de apoio (por exemplo o SIVVD 800 20 21 48)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Polícia de Segurança Pública (PSP)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Guarda Nacional Republicana (GNR)	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Instituto Nacional de Medicina Legal	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Centro de dia/centro social/centro de convívio	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Outro. Qual _____	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Não sabe <input type="checkbox"/> 98. Recusa responder <input type="checkbox"/>													

VII. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

24. Tem alguma doença crónica que lhe tenha sido diagnosticada pelo seu médico? (p. ex., tensão arterial alta, diabetes, doença reumática, depressão, entre outras)

1. Sim. Qual _____
2. Não
9. Não sabe
8. Recusa responder

25. Vou-lhe ler algumas frases sobre bem-estar psicológico. Por favor responda Sim e Não a cada uma das seguintes frases quanto à forma como se tem sentido de *há uma semana para cá*.

Nos últimos sete dias sentiu-se...	Sim	Não	Não sabe	Recusa responder
1. Satisfeito(a) com a sua vida?	1	2	9	8
2. Muitas vezes aborrecido(a)?	1	2	9	8
3. A sentir-se muitas vezes desamparado(a)?	1	2	9	8
4. A preferir ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	1	2	9	8
5. A sentir-se inútil?	1	2	9	8

VIII – APOIO SOCIAL

26. Tem pessoas suficientes em quem se apoiar ou pedir ajuda quando precisa ou tem problemas?

1. Sim, tenho muitas.....
2. Sim, tenho suficientes.....
3. Sim, tenho poucas.....
4. Não tenho a certeza se tenho pessoas disponíveis quando precisar.....
5. Não, não tenho ninguém.....
6. Não, não quero ninguém.....
9. Não sabe.....
8. Recusa responder.....

27. Costuma frequentar algum tipo de apoio social ou serviço? (pode seleccionar mais que uma opção)

1. Frequenta um centro de dia/convívio/universidade de 3ª idade.....
2. Recebe serviços de apoio domiciliário.....
3. Faz parte de um grupo da paróquia.....
4. Outra. Qual? _____
5. Não frequenta nenhum tipo de apoio social ou serviço.....
9. Não sabe.....
8. Recusa responder.....

IX - CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÓMICA

28. A casa em que vive actualmente...

<input type="checkbox"/> 1. Casa arrendada
<input type="checkbox"/> 2. Casa arrendada (habitação social)
<input type="checkbox"/> 3. Casa própria
<input type="checkbox"/> 4. Casa de familiares
<input type="checkbox"/> 5. Casa de outras pessoas
<input type="checkbox"/> 6. Quarto arrendado/pensão
<input type="checkbox"/> 9. Não sabe <input type="checkbox"/> 8. Recusa responder

29. Actualmente, o seu rendimento mensal situa-se entre quais dos seguintes valores?

1. Até 500 €	<input type="checkbox"/>
2. De 501€ a 1000€	<input type="checkbox"/>
3. De 1001€ a 1500€	<input type="checkbox"/>
4. Mais de 1500€	<input type="checkbox"/>
5. Não auferir qualquer rendimento	<input type="checkbox"/>
9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
8. Recusa responder	<input type="checkbox"/>

X. PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS SEMELHANTES

30. Já participou anteriormente neste estudo, tendo respondido às mesmas perguntas?

1. Sim (Seguir para a pergunta 31.1.) 2. Não (Fim!) 9. Não sabe (Fim!) 8. Recusa responder (Fim!)

31. Se já participou anteriormente neste estudo, respondeu a estas perguntas por...

1. Telefone > Seguir para a pergunta 31.1.
 2. Presencialmente> Seguir para a pergunta 31.1.
 9. Não sabe > Fim!
 8. Recusa responder> Fim!

31.1. Qual a instituição ou serviço através do qual respondeu a estas perguntas?

Presencialmente	
1. Segurança social (Casa do povo)	<input type="checkbox"/>
2. Instituto Nacional de Medicina Legal	<input type="checkbox"/>
3. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima	<input type="checkbox"/>
4. Outro. Qual _____	<input type="checkbox"/>
9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
8. Recusa responder	<input type="checkbox"/>

Telefone	
1. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.	<input type="checkbox"/>
2. Linha Nacional de Emergência Social (LNES 144)	<input type="checkbox"/>
3. Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica (SIVVD 800 20 21 48)	<input type="checkbox"/>
4. Outro. Qual _____	<input type="checkbox"/>
9. Não sabe	<input type="checkbox"/>
8. Recusa responder	<input type="checkbox"/>

Obrigada pela sua colaboração.

Questionários ISS, IP

Questionário Envelhecimento e Violência

Código INSA

--	--	--	--	--

Data Aplicação

		-			-				
(dd		- mm		- aaaa)					

Apresentação estudo "Envelhecimento e violência"

Este estudo tem como objetivo compreender melhor alguns aspetos da vida das pessoas com 60 e mais anos em Portugal. Iremos recolher respostas sobre vários assuntos das suas vidas, desde o estado de saúde, a necessidade de ajuda para a realização de atividades do dia-a-dia ou situações de conflito e violência que podem surgir nas relações pessoais. Toda a informação que nos der é completamente anónima e confidencial.

Critérios de Inclusão:

1. Indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos de idade;
2. A residir em domicílios particulares;
3. Vítimas de alegada violência perpetrada por familiares ou por cuidadores em contexto familiar;
4. Se a vítima for estrangeira, incluir no estudo, caso resida em Portugal há mais de 12 meses.

A. Centro Distrital

A codificar
pelo INSA

--	--

Protocolo / Acordo / Atendimento integrado

A codificar
pelo INSA

--	--	--

B. Consentimento

- Escrito (segue em anexo)
- Verbal

C. Sinalização da Potencial Vitimação

Serviços Locais

- Próprio (auto-relato de situação de vitimação)
- Terceiro (relato de situação de vitimação por familiar, vizinho, amigo ou outro)
- Técnico (perceção de potencial situação de vitimação)

LNES

Nº de Boletim

--	--	--	--	--	--	--	--

- Próprio em situação de emergência
- Próprio em situação de crise
- Terceiro que denuncia situação de emergência
- Terceiro que denuncia situação de crise

D. Administração do questionário

Serviços Locais

- Presencialmente nos serviços locais de atendimento. Qual? _____
- Presencialmente no domicílio
- Presencialmente, outro local. Qual? _____

A codificar
pelo INSA

--	--

A codificar
pelo INSA

--	--



1. Sexo : Masculino Feminino

2. Concelho de residência _____

 Não sabe Recusa responderA codificar
pelo INSA3. Data de nascimento
(dd-mm-aaaa) - - Não sabe Recusa responder

4. Idade

(se a pessoa não souber/lembrar da Data de Nascimento)

 Não sabe Recusa responder5. Estado Civil : Solteiro(a) Separado(a) Viúvo(a) Recusa responder Casado(a) Divorciado(a) União de fato Não sabe

6. Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou?

1. Sem escolaridade
2. 1º Ciclo do ensino básico
(antiga instrução primária)
3. 2º e 3º ciclo do ensino básico
(5º ao 9º ano atuais; antigo 1º ao 5º ano do liceu; curso comercial)
4. Ensino secundário e médio
(atual 10º ao 12º ano; antigo 6º e 7º ano do liceu/ ano propedêutico;
cursos profissionais; cursos de especialização tecnológica, nível IV;
cursos médios; bacharelato)
5. Ensino superior
9. Não sabe
8. Recusa responder

7. Hoje, qual a sua situação perante o trabalho?

1. Trabalho remunerado
2. Desempregado
3. Reformado
4. Incapacitado permanentemente
(Reformado por invalidez)
5. Doméstica(o)
9. Não sabe
8. Recusa responder

8. Qual é(era) a sua profissão principal? _____

 Não sabe Recusa responderA codificar
pelo INSA

9. Qual é/era a sua situação nessa situação principal?(por exemplo, patrão, recibos verdes, etc.)

1. Patrão/Empregador/Empresário
2. Trabalhador por conta própria ou isolado
3. Trabalhador por conta de outrem
4. Trabalhador familiar não remunerado
5. Outra situação. Especifique _____
9. Não sabe
8. Recusa responder

A codificar
pelo INSA

10. Com quem vive? (pode seleccionar mais que uma opção)

Indicar o número de pessoas: Só no caso de o respondente habitar com mais que um filho(a), neto(a), irmão(a) ou outros, registar o número exato de pessoas.

Período de coabitação: Considere apenas as pessoas que coabitam há pelo menos 6 meses.

- 1. Sozinho
- 2. Cônjuge/companheiro
- 3. Filha (s) (Indique número de filhas)
- 4. Filho (s) (Indique número de filhos)
- 5. Irmã (s)/ Irmão (s) (Indique número de filhos)
- 6. Neta (s)/ Neto (s) (Indique número de filhos)
- 7. Outros (Indique número) Especifique quais? _____
- 9. Não sabe
- 8. Recusa responder

A codificar pelo INSA

III- Atividades da Vida Diária

11. "Vou ler-lhe algumas das atividades da vida diária e vai-me dizer as que consegue e não consegue fazer sozinho(a) e, por isso, para as quais precisa de ajuda". **Quais das seguintes atividades consegue realizar sozinho(a)?**

Atividades que normalmente ou usualmente consegue fazer (exclui-se situações temporárias de doença e/ou incapacidade)

	Sim	Não	Não sabe	Recusa responder
1. Andar, sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Deitar e levantar-se na cama, sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vestir-se e despir sozinho(a), sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tomar banho ou duche, sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Utilizar a sanita, sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cortar e comer a sua comida sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tarefas domésticas como ir às compras, fazer as suas próprias refeições ou limpar e arrumar a casa, sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tomar os seus medicamentos nas doses corretas e nos tempos certos sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu SIM/ NÃO SABE/ RECUSA RESPONDER em todos os itens (1 a 8) da pergunta 11 (Sim, consegue realizar todas as atividades sozinho(a)) avançar → Pergunta 14



12. Se respondeu que não consegue realizar alguma das atividades de vida diária, pense na pessoa que o(a) costuma ajudar nessas atividades (como os trabalhos domésticos ou a toma de medicamentos). **Qual a relação que mantém consigo?**

Apenas uma pessoa: Se o respondente referir mais que uma pessoa, inquirir qual das pessoas dá apoio mais frequentemente e no maior número de atividades.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) | <input type="checkbox"/> 7. Outro familiar |
| <input type="checkbox"/> 2. Filha/enteada | <input type="checkbox"/> 8. Amigo/Vizinho |
| <input type="checkbox"/> 3. Filho/enteado | <input type="checkbox"/> 9. Tutor |
| <input type="checkbox"/> 4. Neto | <input type="checkbox"/> 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio |
| <input type="checkbox"/> 5. Neta | <input type="checkbox"/> 11. Voluntário que preste serviço no domicílio |
| <input type="checkbox"/> 6. Nora/Genro | <input type="checkbox"/> 99. Não sabe |
| | <input type="checkbox"/> 98. Recusa responder |

13. Nos últimos 12 meses, alguma vez essa pessoa (que o(a) costuma ajudar) se recusou a ajudá-lo(a)?

1. Sim
 2. Não → Pergunta 14
 9. Não sabe → Pergunta 14
 8. Recusa Responder → Pergunta 14

13.1. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

1. Nunca → Pergunta 14
 2. Uma vez
 3. Duas a dez vezes
 4. Mais de dez vezes
 9. Não sabe
 8. Recusa Responder

13.2. Qual a gravidade do problema, se a pessoa não o ajudar nessas atividades?

1. Não é nada grave
 2. É pouco grave
 3. É muito grave
 9. Não sabe
 8. Recusa Responder

13.3. Se respondeu que sim - nos últimos 12 meses, a pessoa que o costuma ajudar recusou-se a ajudá-lo - refira se alguma vez, por falta desse apoio:

Quantas vezes aconteceu?

13.3.1. Viveu num espaço sem condições de higiene ou segurança (Por exemplo num anexo, garagem, pombal e/ou num espaço insalubre)

1. Sim
 2. Não

1. Uma vez
 2. Duas a dez vezes
 3. Mais de dez vezes
 9. Não sabe
 8. Recusa Responder

13.3.2. Não recebeu os cuidados de vestuário, higiene e alimentação necessários (P. ex: mudar a fralda, banho, alimentar adequadamente, dar água, etc.)

1. Sim
 2. Não

1. Uma vez
 2. Duas a dez vezes
 3. Mais de dez vezes
 9. Não sabe
 8. Recusa Responder

13.3.3. Não teve acompanhamento médico e/ou medicamentoso necessário

1. Sim
 2. Não

1. Uma vez
 2. Duas a dez vezes
 3. Mais de dez vezes
 9. Não sabe
 8. Recusa Responder

13.3.4. Tem uma incapacidade (por exemplo, dificuldades de locomoção ou défice cognitivo) e foi deixado(a) sozinho(a) por longos períodos de tempo, pondo em risco a sua segurança

1. Sim
 2. Não

1. Uma vez
 2. Duas a dez vezes
 3. Mais de dez vezes
 9. Não sabe
 8. Recusa Responder

13.3.5. Outras condutas. Especifique:



Vamos falar agora de si, de situações de conflito, discórdia e violência que poderão ter ocorrido nos últimos 12 meses por parte de alguém que está próximo de si, com quem passa bastante tempo ou que vive consigo.

No caso do(a) agressor(a) - perguntas "qual a relação que essa pessoa mantém consigo" selecionar apenas uma pessoa.

Se o respondente referir mais de um agressor, pedir que selecione a partir dos seguintes dois critérios: **a pessoa que mais vezes cometeu o incidente;** e no caso de o respondente continuar a indicar mais de um agressor **a pessoa responsável pelo último incidente.**

14. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, alguma vez lhe roubou ou utilizou os seus objetos e/ou bens sem a sua autorização?

(P. ex. roubo de dinheiro, apropriação da sua reforma, contas bancárias, cheques, bens pessoais)

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 15
- 9. Não sabe → Pergunta 15
- 8. Recusa Responder → Pergunta 15

14.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

14.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

15. Nos últimos 12 meses, foi forçado por alguém que lhe é próximo, a assinar um documento ou um papel a dar direitos legais a essa pessoa de algum bem que lhe pertencia?

(Exemplos de documentos: procuração, escritura de uma casa, conta bancária, mudança do testamento ou documento para doar os seus bens)

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 16
- 9. Não sabe → Pergunta 16
- 8. Recusa Responder → Pergunta 16

15.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

15.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder



16. Nos últimos 12 meses, alguém se apropriou da sua casa?

(Por exemplo, modificar mobília e decoração, colocar objetos pessoais e/ou ocupar divisões da sua casa sem a sua autorização)

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 17
- 9. Não sabe → Pergunta 17
- 8. Recusa Responder → Pergunta 17

16.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

16.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

17. Nos últimos 12 meses, vive alguém em sua casa com quem tenha combinado dividir despesas e essa pessoa deixou de o fazer, ainda que tenha capacidade económica?

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 18
- 9. Não sabe → Pergunta 18
- 8. Recusa Responder → Pergunta 18

17.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

17.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

18. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, se recusou a falar consigo, ignorando-o(a) ou desprezando-o(a)?

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 19
- 9. Não sabe → Pergunta 19
- 8. Recusa Responder → Pergunta 19

18.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

18.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder



19. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, gritou consigo, o(a) ofendeu, insultou (chamou palavrões) ou humilhou?

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 20
- 9. Não sabe → Pergunta 20
- 8. Recusa Responder → Pergunta 20

19.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

19.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

20. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) ameaçou?

(P. ex. ameaças de o(a) abandonar, bater, castigar, ir para um lar)

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 21
- 9. Não sabe → Pergunta 21
- 8. Recusa Responder → Pergunta 21

20.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

20.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

21. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, usou de violência física nomeadamente, o(a) empurrou, puxou, agarrou (com movimentos bruscos), amarrou, cortou, bateu (murro, palmada, pontapé, bofetada, beliscão) ou atirou um objeto?

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 22
- 9. Não sabe → Pergunta 22
- 8. Recusa Responder → Pergunta 22

21.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

21.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder



22. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) trancou num quarto/compartimento ou impediu o seu acesso a toda a casa (por exemplo, impedir o acesso à casa de banho)?

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 23
- 9. Não sabe → Pergunta 23
- 8. Recusa Responder → Pergunta 23

22.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

22.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

23. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) impediu de falar e estar com outras pessoas?

(P. ex. impedir o contacto com outras pessoas como o(a) marido/mulher, familiares, filhos, amigos, vizinhos)

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 24
- 9. Não sabe → Pergunta 24
- 8. Recusa Responder → Pergunta 24

23.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

23.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

24. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) sujeitou, sem o seu consentimento a algum contato do tipo sexual?

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 25
- 9. Não sabe → Pergunta 25
- 8. Recusa Responder → Pergunta 25

24.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

24.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder



IV- Experiências de Violência (Continuação)

25. Nos últimos 12 meses, no ambiente familiar, alguém que lhe é próximo o(a) sujeitou a outros tipos de violência (diferentes dos mencionados) que queira acrescentar?

1. Sim

Quais? _____

A codificar pelo INSA

2. Não

→ Pergunta 26

9. Não sabe

→ Pergunta 26

8. Recusa Responder

→ Pergunta 26

25.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)

2. Filha/enteada

3. Filho/enteado

4. Neto

5. Neta

6. Nora/Genro

7. Outro familiar

8. Amigo/Vizinho

9. Tutor

10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio

11. Voluntário que preste serviço no domicílio

12. Nenhuma relação/desconhecido

99. Não sabe

98. Recusa responder

25.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

1. Nunca

2. Uma vez

3. Duas a dez vezes

4. Mais de dez vezes

9. Não sabe

8. Recusa Responder

V- Caracterização das condições de ocorrência da negligência e violência

26. Do que relatou ter-lhe acontecido nas perguntas anteriores, indique o ato de violência, maus-tratos e/ou negligência (por exemplo, ter-lhe sido recusada ajuda nas atividades de vida diária) que foi para si o mais grave e que mais o(a) afligiu?

Não sabe Recusa responder

A codificar pelo INSA

27. Pense na pessoa responsável pelo ato de violência, maus-tratos e/ou negligência que para si é o mais grave e que mais o(a) afligiu. Por favor responda SIM ou Não conforme as seguintes afirmações se aplicam a essa pessoa. Essa pessoa...

Idade da pessoa responsável: (anos)

Sim

Não

Não sabe

Recusa responder

1. Vive consigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tem uma relação conflituosa consigo desde há muitos anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tem problemas de saúde mental (por ex: esquizofrenia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foi sujeito(a) a situações de violência na infância ou enquanto adolescente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tem problemas de alcoolismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tem problemas de toxicodependência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tem problemas de jogo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É uma pessoa que se isola (fechada e metida consigo), com pouco contato com outros familiares e/ou amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Depende de si financeiramente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Já foi agressivo(a) ou violento(a) com outros familiares com idade igual ou superior a 60 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tem outros problemas familiares, económicos ou de saúde? Qual(ais)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A codificar pelo INSA



V- Caracterização das condições de ocorrência da negligência e violência (Continuação)

28. Ainda relativamente ao ato de violência, maus-tratos e/ou negligência mais grave e que mais o(a) afligiu, por favor indique qual o sentimento que mais o(a) marcou na altura (Por exemplo tristeza, medo, raiva, solidão ou vergonha).

Não sabe Recusa responder

A codificar pelo INSA

VI- Apresentação das situações de negligência e violência a terceiros

29. Tinha já anteriormente contactado outra instituição ou serviço sobre a situação de violência, maus-tratos e/ou negligência porque passou nos últimos 12 meses?

1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusa Responder
 ↳ Pergunta 30 ↳ Pergunta 30.1 ↳ Pergunta 31 ↳ Pergunta 31

30. Se sim, com que serviço ou instituição contactou? (pode seleccionar mais que uma opção)

No caso de o respondente ter contactado mais do que um serviço ou instituição por favor indique a ordem (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) com que o fez no número correspondente (por exemplo, qual o serviço/instituição que contactou em primeiro e segundo lugar; no caso de ter contactado mais que um serviço/instituição).

	Ordem com que contactou as instituições										NS	NR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<input type="checkbox"/> 1. Profissional e/ou centro de saúde e/ou serviço de saúde (Caixa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. Segurança social (casa do povo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. Linha Nacional de Emergência Social (LNES, 144)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. Outra linha telefónica de apoio (por exemplo o SIVVD 800 20 21 48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. Polícia de Segurança Pública (PSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. Guarda Nacional Republicana (GNR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7. Instituto Nacional de Medicina Legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8. Centro de dia/centro social/centro de convívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10. Outro. Qual _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A codificar pelo INSA

99. Não sabe
 98. Recusa responder

Se respondeu à questão 30, passe para: → Pergunta 31.
 Não responda à questão 30.1.

VI- Apresentação das situações de negligência e violência a terceiros (Continuação)

30.1. Se nunca contactou nenhum um serviço/instituição, qual a principal razão para não o fazer? (pode seleccionar mais que uma opção)

- 1. Não achei que os problemas fossem suficientemente graves
- 2. Não se faz queixa da família / laço familiar
- 3. Não quis que a pessoa responsável sofresse consequências / Acreditei que a situação ia melhorar e que a pessoa ia mudar
- 4. Tive medo de represálias ou de agravar a situação
- 5. Tive receio de ficar só e/ou de ir para um lar de idosos
- 6. Tive receio que ninguém acreditasse
- 7. Não sabia a quem recorrer / Ninguém (nenhum serviço/instituição) podia fazer nada para me ajudar
- 8. Outra. Qual? _____
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

A codificar pelo INSA

VII. Caracterização do estado de saúde

As perguntas que lhe vamos fazer em seguida são sobre alguns aspectos relacionados com a sua saúde e com a apreciação que faz da sua vida.

31. Tem alguma doença crónica que lhe tenha sido diagnosticada pelo seu médico? (por ex., tensão arterial alta, diabetes, doença reumática, depressão, entre outras). **Refira no máximo 3 doenças crónicas diagnosticadas.**

- 1. Sim → Qual (ais)? _____
- 2. Não
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

A codificar pelo INSA (Doença Crónica 1)

A codificar pelo INSA (Doença Crónica 2)

A codificar pelo INSA (Doença Crónica 3)

32. Vou-lhe ler algumas frases sobre bem-estar psicológico. Por favor responda Sim ou Não a cada uma das seguintes frases quanto à forma como se tem sentido de há uma semana para cá.

Nos últimos sete dias sentiu-se...	Sim	Não	Não sabe	Recusa responder
1. Satisfeito(a) com a sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Muitas vezes aborrecido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A sentir-se muitas vezes desamparado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A preferir ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A sentir-se inútil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adaptação da "Geriatric Depression Scale - 5 itens" (Rinaldi, et. al., 2003)

VIII - Apoio Social

33. Tem pessoas suficientes em quem se apoiar ou pedir ajuda quando precisa ou tem problemas?

- 1. Sim, tenho muitas
- 2. Sim, tenho suficientes
- 3. Sim, tenho poucas
- 4. Não tenho a certeza se tenho pessoas disponíveis quando precisar
- 5. Não, não tenho ninguém
- 6. Não, não quero ninguém
- 9. Não sabe
- 8. Recusa responder



34. Costuma frequentar algum tipo de apoio social ou serviço? (pode seleccionar mais que uma opção)

1. Frequenta um centro de dia/convívio/universidade de 3ª idade
2. Recebe serviços de apoio domiciliário
3. Faz parte de um grupo da paróquia
4. Outra. Qual? _____
5. Não frequenta nenhum tipo de apoio social ou serviço
9. Não sabe
8. Recusa responder

A codificar pelo INSA

--	--	--

IX. Caracterização sócioeconómica**35. A casa em que vive atualmente é...**

1. Casa arrendada
2. Casa arrendada (habitação social)
3. Casa própria
4. Casa de familiares
5. Casa de outras pessoas
6. Quarto arrendado/pensão
9. Não sabe
8. Recusa responder

36. Atualmente, o seu rendimento mensal situa-se entre quais dos seguintes valores?

- 1 Até 250€
2. De 251€ a 500€
3. De 501€ a 1000€
4. De 1001€ a 1500€
5. Mais de 1500€
6. Não auferir qualquer rendimento
9. Não sabe
8. Recusa responder

36.1. Recebe Rendimento Social de Inserção (RSI)?

1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusa Responder

X. Participação em estudos semelhantes**37. Já participou anteriormente neste estudo, tendo respondido às mesmas perguntas?**

1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusa Responder
- ↳ Pergunta 38 ↳ Fim! ↳ Fim! ↳ Fim!

38. Se já participou anteriormente neste estudo, respondeu a estas perguntas por...

1. Telefone 2. Presencialmente 9. Não sabe 8. Recusa Responder
- ↳ Pergunta 38.1 ↳ Pergunta 38.1 ↳ Fim! ↳ Fim!

38.1. Qual a instituição ou serviço através do qual respondeu a estas perguntas?**38.1.a) Presencialmente**

1. Segurança social (Casa do povo)
2. Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.
3. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
4. Outro. Qual? _____
9. Não sabe
8. Recusa responder

A codificar pelo INSA

--	--	--

38.1.b) Telefone

1. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
2. Linha Nacional de Emergência Social (LNES 144)
3. Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica (SIVVD 800 20 21 48)
4. Outro. Qual? _____
9. Não sabe
8. Recusa responder

A codificar pelo INSA

--	--	--

Obrigado pela sua colaboração!

Questionário GNR

Questionário Envelhecimento e Violência

Código INSA

--	--	--	--	--

Data Aplicação

		-			-				
(dd		- mm		- aaaa)					

Apresentação estudo "Envelhecimento e violência"

Este estudo tem como objetivo compreender melhor alguns aspetos da vida das pessoas com 60 e mais anos em Portugal. Iremos recolher respostas sobre vários assuntos das suas vidas, desde o estado de saúde, a necessidade de ajuda para a realização de atividades do dia-a-dia ou situações de conflito e violência que podem surgir nas relações pessoais. Toda a informação que nos der é completamente anónima e confidencial.

Critérios de Inclusão:

1. Indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos de idade;
2. A residir em domicílios particulares;
3. Vítimas de alegada violência perpetrada por familiares ou por cuidadores em contexto familiar;
4. Se a vítima for estrangeira, incluir no estudo, caso resida em Portugal há mais de 12 meses.

A. Comando Territorial

CTer _____

A codificar pelo INSA

--	--	--

NIAVE _____

A codificar pelo INSA

--	--	--

EII _____

A codificar pelo INSA

--	--	--

B. Consentimento

Escrito (segue em anexo)

Verbal



1. Sexo : Masculino Feminino

2. Concelho de residência _____

 Não sabe Recusa responderA codificar
pelo INSA3. Data de nascimento
(dd-mm-aaaa) - - Não sabe Recusa responder

4. Idade

(se a pessoa não souber/lembrar da Data de Nascimento)

 Não sabe Recusa responder5. Estado Civil : Solteiro(a) Separado(a) Viúvo(a) Recusa responder Casado(a) Divorciado(a) União de fato Não sabe

6. Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou?

1. Sem escolaridade
2. 1º Ciclo do ensino básico
(antiga instrução primária)
3. 2º e 3º ciclo do ensino básico
(5º ao 9º ano atuais; antigo 1º ao 5º ano do liceu; curso comercial)
4. Ensino secundário e médio
(atual 10º ao 12º ano; antigo 6º e 7º ano do liceu/ ano propedêutico;
cursos profissionais; cursos de especialização tecnológica, nível IV;
cursos médios; bacharelato)
5. Ensino superior
9. Não sabe
8. Recusa responder

7. Hoje, qual a sua situação perante o trabalho?

1. Trabalho remunerado
2. Desempregado
3. Reformado
4. Incapacitado permanentemente
(Reformado por invalidez)
5. Doméstica(o)
9. Não sabe
8. Recusa responder

8. Qual é(era) a sua profissão principal? _____

(que exerceu durante mais tempo)

 Não sabe Recusa responderA codificar
pelo INSA

9. Qual é/era a sua situação nessa profissão principal?(por exemplo, patrão, recibos verdes, etc.)

1. Patrão/Empregador/Empresário
2. Trabalhador por conta própria ou isolado
3. Trabalhador por conta de outrem
4. Trabalhador familiar não remunerado
5. Outra situação. Especifique _____
9. Não sabe
8. Recusa responder

A codificar
pelo INSA

10. Com quem vive? (pode seleccionar mais que uma opção)

Indicar o número de pessoas: Só no caso de o respondente habitar com mais que um filho(a), neto(a), irmão(a) ou outros, registar o número exato de pessoas.

Período de coabitação: Considere apenas as pessoas que coabitam há pelo menos 6 meses.

- 1. Sozinho
- 2. Cônjuge/companheiro
- 3. Filha (s) (Indique número de filhas)
- 4. Filho (s) (Indique número de filhos)
- 5. Irmã (s)/ Irmão (s) (Indique número de irmãos)
- 6. Neta (s)/ Neto (s) (Indique número de netos)
- 7. Outros (Indique número de outros) Especifique quais? _____
- 9. Não sabe
- 8. Recusa responder

A codificar pelo INSA

III- Atividades da Vida Diária

11. "Vou ler-lhe algumas das atividades da vida diária e vai-me dizer as que consegue e não consegue fazer sozinho(a) e, por isso, para as quais precisa de ajuda". **Quais das seguintes atividades consegue realizar sozinho(a)?**

Atividades que normalmente ou usualmente consegue fazer (exclui-se situações temporárias de doença e/ou incapacidade)

	Sim	Não	Não sabe	Recusa responder
1. Andar, sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Deitar e levantar-se na cama, sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vestir-se e despir sozinho(a), sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tomar banho ou duche, sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Utilizar a sanita, sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cortar e comer a sua comida sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tarefas domésticas como ir às compras, fazer as suas próprias refeições ou limpar e arrumar a casa, sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tomar os seus medicamentos nas doses corretas e nos tempos certos sem ajuda de outra pessoa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu SIM/ NÃO SABE/ RECUSA RESPONDER em todos os itens (1 a 8) da pergunta 11 (Sim, consegue realizar todas as atividades sozinho(a)) avançar → Pergunta 14



12. Se respondeu que não consegue realizar alguma das atividades de vida diária, pense na pessoa que o(a) costuma ajudar nessas atividades (como os trabalhos domésticos ou a toma de medicamentos).

Qual a relação que mantém consigo?

Apenas uma pessoa: Se o respondente referir mais que uma pessoa, inquirir qual das pessoas dá apoio mais frequentemente e no maior número de atividades.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) | <input type="checkbox"/> 7. Outro familiar |
| <input type="checkbox"/> 2. Filha/enteada | <input type="checkbox"/> 8. Amigo/Vizinho |
| <input type="checkbox"/> 3. Filho/enteado | <input type="checkbox"/> 9. Tutor |
| <input type="checkbox"/> 4. Neto | <input type="checkbox"/> 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio |
| <input type="checkbox"/> 5. Neta | <input type="checkbox"/> 11. Voluntário que preste serviço no domicílio |
| <input type="checkbox"/> 6. Nora/Genro | <input type="checkbox"/> 99. Não sabe |
| | <input type="checkbox"/> 98. Recusa responder |

13. Nos últimos 12 meses, alguma vez essa pessoa (que o(a) costuma ajudar) se recusou a ajudá-lo(a)?

1. Sim
2. Não → Pergunta 14
9. Não sabe → Pergunta 14
8. Recusa Responder → Pergunta 14

13.1. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

1. Nunca → Pergunta 14
2. Uma vez
3. Duas a dez vezes
4. Mais de dez vezes
9. Não sabe
8. Recusa Responder

13.2. Qual a gravidade do problema, se a pessoa não o ajudar nessas atividades?

1. Não é nada grave
2. É pouco grave
3. É muito grave
9. Não sabe
8. Recusa Responder

13.3. Se respondeu que sim - nos últimos 12 meses, a pessoa que o costuma ajudar recusou-se a ajudá-lo - refira se alguma vez, por falta desse apoio:

Quantas vezes aconteceu?

13.3.1. Viveu num espaço sem condições de higiene ou segurança (Por exemplo num anexo, garagem, pombal e/ou num espaço insalubre)

1. Sim
2. Não

1. Uma vez
2. Duas a dez vezes
3. Mais de dez vezes
9. Não sabe
8. Recusa Responder

13.3.2. Não recebeu os cuidados de vestuário, higiene e alimentação necessários (P. ex: mudar a fralda, banho, alimentar adequadamente, dar água, etc.)

1. Sim
2. Não

1. Uma vez
2. Duas a dez vezes
3. Mais de dez vezes
9. Não sabe
8. Recusa Responder

13.3.3. Não teve acompanhamento médico e/ou medicamentoso necessário

1. Sim
2. Não

1. Uma vez
2. Duas a dez vezes
3. Mais de dez vezes
9. Não sabe
8. Recusa Responder

13.3.4. Tem uma incapacidade (por exemplo, dificuldades de locomoção ou défice cognitivo) **e foi deixado(a) sozinho(a) por longos períodos de tempo, pondo em risco a sua segurança**

1. Sim
2. Não

1. Uma vez
2. Duas a dez vezes
3. Mais de dez vezes
9. Não sabe
8. Recusa Responder

13.3.5. Outras condutas. Especifique:



Vamos falar agora de si, de situações de conflito, discórdia e violência que poderão ter ocorrido nos últimos 12 meses por parte de alguém que está próximo de si, com quem passa bastante tempo ou que vive consigo.

No caso do(a) agressor(a) - perguntas "qual a relação que essa pessoa mantém consigo" selecionar apenas uma pessoa.

Se o respondente referir mais de um agressor, pedir que selecione a partir dos seguintes dois critérios: **a pessoa que mais vezes cometeu o incidente;** e no caso de o respondente continuar a indicar mais de um agressor **a pessoa responsável pelo último incidente.**

14. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, alguma vez lhe roubou ou utilizou os seus objetos e/ou bens sem a sua autorização?

(P. ex. roubo de dinheiro, apropriação da sua reforma, contas bancárias, cheques, bens pessoais)

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 15
- 9. Não sabe → Pergunta 15
- 8. Recusa Responder → Pergunta 15

14.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

14.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

15. Nos últimos 12 meses, foi forçado por alguém que lhe é próximo, a assinar um documento ou um papel a dar direitos legais a essa pessoa de algum bem que lhe pertencia?

(Exemplos de documentos: procuração, escritura de uma casa, conta bancária, mudança do testamento ou documento para doar os seus bens)

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 16
- 9. Não sabe → Pergunta 16
- 8. Recusa Responder → Pergunta 16

15.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

15.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder



IV- Experiências de Violência (Continuação)

16. Nos últimos 12 meses, alguém se apropriou da sua casa?

(Por exemplo, modificar mobília e decoração, colocar objetos pessoais e/ou ocupar divisões da sua casa sem a sua autorização)

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 17
- 9. Não sabe → Pergunta 17
- 8. Recusa Responder → Pergunta 17

16.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

16.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

17. Nos últimos 12 meses, vive alguém em sua casa com quem tenha combinado dividir despesas e essa pessoa deixou de o fazer, ainda que tenha capacidade económica?

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 18
- 9. Não sabe → Pergunta 18
- 8. Recusa Responder → Pergunta 18

17.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

17.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

18. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, se recusou a falar consigo, ignorando-o(a) ou desprezando-o(a)?

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 19
- 9. Não sabe → Pergunta 19
- 8. Recusa Responder → Pergunta 19

18.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

18.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder



19. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, gritou consigo, o(a) ofendeu, insultou (chamou palavrões) ou humilhou?

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 20
- 9. Não sabe → Pergunta 20
- 8. Recusa Responder → Pergunta 20

19.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

19.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

20. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) ameaçou?

(P. ex. ameaças de o(a) abandonar, bater, castigar, ir para um lar)

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 21
- 9. Não sabe → Pergunta 21
- 8. Recusa Responder → Pergunta 21

20.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

20.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

21. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, usou de violência física nomeadamente, o(a) empurrou, puxou, agarrou (com movimentos bruscos), amarrou, cortou, bateu (murro, palmada, pontapé, bofetada, beliscão) ou atirou um objeto?

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 22
- 9. Não sabe → Pergunta 22
- 8. Recusa Responder → Pergunta 22

21.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

21.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder



22. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) trancou num quarto/compartimento ou impediu o seu acesso a toda a casa (por exemplo, impedir o acesso à casa de banho)?

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 23
- 9. Não sabe → Pergunta 23
- 8. Recusa Responder → Pergunta 23

22.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

22.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

23. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) impediu de falar e estar com outras pessoas?

(P. ex. impedir o contacto com outras pessoas como o(a) marido/mulher, familiares, filhos, amigos, vizinhos)

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 24
- 9. Não sabe → Pergunta 24
- 8. Recusa Responder → Pergunta 24

23.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

23.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

24. Nos últimos 12 meses, alguém que lhe é próximo, o(a) sujeitou, sem o seu consentimento a algum contacto do tipo sexual?

- 1. Sim
- 2. Não → Pergunta 25
- 9. Não sabe → Pergunta 25
- 8. Recusa Responder → Pergunta 25

24.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

- 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)
- 2. Filha/enteada
- 3. Filho/enteado
- 4. Neto
- 5. Neta
- 6. Nora/Genro
- 7. Outro familiar
- 8. Amigo/Vizinho
- 9. Tutor
- 10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio
- 11. Voluntário que preste serviço no domicílio
- 12. Nenhuma relação/desconhecido
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

24.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

- 1. Nunca
- 2. Uma vez
- 3. Duas a dez vezes
- 4. Mais de dez vezes
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder



IV- Experiências de Violência (Continuação)

25. Nos últimos 12 meses, no ambiente familiar, alguém que lhe é próximo o(a) sujeitou a outros tipos de violência (diferentes dos mencionados) que queira acrescentar?

1. Sim

Quais? _____

A codificar pelo INSA

2. Não

→ Pergunta 26

9. Não sabe

→ Pergunta 26

8. Recusa Responder

→ Pergunta 26

25.1. Se sim, qual a relação que essa pessoa mantém consigo?

(Apenas uma pessoa)

1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a)

2. Filha/enteada

3. Filho/enteado

4. Neto

5. Neta

6. Nora/Genro

7. Outro familiar

8. Amigo/Vizinho

9. Tutor

10. Profissional remunerado que preste serviço no domicílio

11. Voluntário que preste serviço no domicílio

12. Nenhuma relação/desconhecido

99. Não sabe

98. Recusa responder

25.2. Quantas vezes é que isso aconteceu no último ano?

1. Nunca

2. Uma vez

3. Duas a dez vezes

4. Mais de dez vezes

9. Não sabe

8. Recusa Responder

V- Caracterização das condições de ocorrência da negligência e violência

26. Do que relatou ter-lhe acontecido nas perguntas anteriores, indique o ato de violência, maus-tratos e/ou negligência (por exemplo, ter-lhe sido recusada ajuda nas atividades de vida diária) que foi para si o mais grave e que mais o(a) afligiu?

Não sabe Recusa responder

A codificar pelo INSA

27. Pense na pessoa responsável pelo ato de violência, maus-tratos e/ou negligência que para si é o mais grave e que mais o(a) afligiu. Por favor responda SIM ou Não conforme as seguintes afirmações se aplicam a essa pessoa. Essa pessoa...

Idade da pessoa responsável: (anos)

Sim

Não

Não sabe

Recusa responder

1. Vive consigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tem uma relação conflituosa consigo desde há muitos anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tem problemas de saúde mental (por ex: esquizofrenia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foi sujeito(a) a situações de violência na infância ou enquanto adolescente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tem problemas de alcoolismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tem problemas de toxicodependência?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tem problemas de jogo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É uma pessoa que se isola (fechada e metida consigo), com pouco contacto com outros familiares e/ou amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Depende de si financeiramente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Já foi agressivo(a) ou violento(a) com outros familiares com idade igual ou superior a 60 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tem outros problemas familiares, económicos ou de saúde? Qual(ais)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A codificar pelo INSA



V- Caracterização das condições de ocorrência da negligência e violência (Continuação)

28. Ainda relativamente ao ato de violência, maus-tratos e/ou negligência mais grave e que mais o(a) afligiu, por favor indique qual o sentimento que mais o(a) marcou na altura (Por exemplo tristeza, medo, raiva, solidão ou vergonha).

Não sabe Recusa responder

A codificar pelo INSA

VI- Apresentação das situações de negligência e violência a terceiros

29. Tinha já anteriormente contactado alguma instituição ou serviço sobre a situação de violência, maus-tratos e/ou negligência porque passou nos últimos 12 meses?

1. Sim 2. Não 9. Não sabe 8. Recusa Responder
 ↳ Pergunta 30 ↳ Pergunta 30.1 ↳ Pergunta 31 ↳ Pergunta 31

30. Se sim, com que serviço ou instituição contactou? (pode seleccionar mais que uma opção)

No caso de o respondente ter contactado mais do que um serviço ou instituição por favor indique a ordem (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) com que o fez no número correspondente (por exemplo, qual o serviço/instituição que contactou em primeiro e segundo lugar; no caso de ter contactado mais que um serviço/instituição).

	Ordem com que contactou as instituições										NS	NR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
<input type="checkbox"/> 1. Profissional e/ou centro de saúde e/ou serviço de saúde (Caixa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2. Segurança social (casa do povo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3. Linha Nacional de Emergência Social (LNES, 144)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4. Outra linha telefónica de apoio (por exemplo o SIVVD 800 20 21 48)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5. Polícia de Segurança Pública (PSP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6. Guarda Nacional Republicana (GNR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7. Instituto Nacional de Medicina Legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8. Centro de dia/centro social/centro de convívio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10. Outro. Qual _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A codificar pelo INSA

99. Não sabe
 98. Recusa responder

Se respondeu à questão 30, passe para: → Pergunta 31.
 Não responda à questão 30.1.

VI- Apresentação das situações de negligência e violência a terceiros (Continuação)

30.1. Se nunca contactou nenhum serviço/instituição, qual a principal razão para não o fazer? (pode seleccionar mais que uma opção)

- 1. Não achei que os problemas fossem suficientemente graves
- 2. Não se faz queixa da família / laço familiar
- 3. Não quis que a pessoa responsável sofresse consequências / Acreditei que a situação ia melhorar e que a pessoa ia mudar
- 4. Tive medo de represálias ou de agravar a situação
- 5. Tive receio de ficar só e/ou de ir para um lar de idosos
- 6. Tive receio que ninguém acreditasse
- 7. Não sabia a quem recorrer / Ninguém (nenhum serviço/instituição) podia fazer nada para me ajudar
- 8. Outra. Qual? _____
- 99. Não sabe
- 98. Recusa responder

A codificar pelo INSA

VII. Caracterização do estado de saúde

As perguntas que lhe vamos fazer em seguida são sobre alguns aspectos relacionados com a sua saúde e com a apreciação que faz da sua vida.

31. Tem alguma doença crónica que lhe tenha sido diagnosticada pelo seu médico? (por ex., tensão arterial alta, diabetes, doença reumática, depressão, entre outras). **Refira no máximo 3 doenças crónicas diagnosticadas.**

- 1. Sim → Qual (ais)? _____
- 2. Não
- 9. Não sabe
- 8. Recusa Responder

A codificar pelo INSA (Doença Crónica 1)

A codificar pelo INSA (Doença Crónica 2)

A codificar pelo INSA (Doença Crónica 3)

32. Vou-lhe ler algumas frases sobre bem-estar psicológico. Por favor responda Sim ou Não a cada uma das seguintes frases quanto à forma como se tem sentido de há uma semana para cá.

Nos últimos sete dias sentiu-se...	Sim	Não	Não sabe	Recusa responder
1. Satisfeito(a) com a sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Muitas vezes aborrecido(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A sentir-se muitas vezes desamparado(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A preferir ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A sentir-se inútil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adaptação da "Geriatric Depression Scale - 5 itens" (Rinaldi, et. al., 2003)

VIII - Apoio Social

33. Tem pessoas suficientes em quem se apoiar ou pedir ajuda quando precisa ou tem problemas?

- 1. Sim, tenho muitas
- 2. Sim, tenho suficientes
- 3. Sim, tenho poucas
- 4. Não tenho a certeza se tenho pessoas disponíveis quando precisar
- 5. Não, não tenho ninguém
- 6. Não, não quero ninguém
- 9. Não sabe
- 8. Recusa responder



34. Costuma frequentar algum tipo de apoio social ou serviço? (pode selecionar mais que uma opção)

1. Frequenta um centro de dia/convívio/universidade de 3ª idade
2. Recebe serviços de apoio domiciliário
3. Faz parte de um grupo da paróquia
4. Outra. Qual? _____
5. Não frequenta nenhum tipo de apoio social ou serviço
9. Não sabe
8. Recusa responder

A codificar
pelo INSA

--	--	--

IX. Caracterização sócioeconómica**35. A casa em que vive atualmente é...**

1. Casa arrendada
2. Casa arrendada (habitação social)
3. Casa própria
4. Casa de familiares
5. Casa de outras pessoas
6. Quarto arrendado/pensão
9. Não sabe
8. Recusa responder

36. Atualmente, o seu rendimento mensal situa-se entre quais dos seguintes valores?

1. Até 250€
2. De 251€ a 500€
3. De 501€ a 1000€
4. De 1001€ a 1500€
5. Mais de 1500€
6. Não auferir qualquer rendimento
9. Não sabe
8. Recusa responder

X. Participação em estudos semelhantes**37. Já participou anteriormente neste estudo, tendo respondido às mesmas perguntas?**

1. Sim → Pergunta 38
2. Não → Fim!
9. Não sabe → Fim!
8. Recusa Responder → Fim!

38. Se já participou anteriormente neste estudo, respondeu a estas perguntas por...

1. Telefone → Pergunta 38.1
2. Presencialmente → Pergunta 38.1
9. Não sabe → Fim!
8. Recusa Responder → Fim!

38.1. Qual a instituição ou serviço através do qual respondeu a estas perguntas?**38.1.a) Presencialmente**

1. Segurança social (Casa do povo)
2. Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.
3. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
4. Outro. Qual? _____
9. Não sabe
8. Recusa responder

A codificar
pelo INSA

--	--	--

38.1.b) Telefone

1. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
2. Linha Nacional de Emergência Social (LNES 144)
3. Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica (SIVVD 800 20 21 48)
4. Outro. Qual? _____
9. Não sabe
8. Recusa responder

A codificar
pelo INSA

--	--	--

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo D - Validação da GDS5

Estudo exploratório de validação da GDS5

Participantes

A amostra incluiu 71 sujeitos com 60 e mais anos residentes em Portugal. A amostra de conveniência foi obtida em diferentes contextos e momentos temporais.

Local	Instrumentos aplicados	Modo de aplicação
52 Focus Goup	11 GDS5 e BDI-II	7 Telefone
6 Vítimas	60 GDS5, GDS15 e BDI-II	64 Presencial
13 Rede informal		

Métodos

As variáveis avaliadas pela GDS5 são referenciadas como indicadores da presença de depressão na população idosa (aqui referenciada como tendo 60 ou mais anos). Trata-se de uma escalas cujos itens refletem sentimentos e comportamentos comuns nos casos de depressão geriátrica.

Seguir-se o procedimento de análise e os resultados que incluem:

- a) a análise da validade de constructo mediante o verificação da estrutura fatorial;
- b) o estudo sobre a validade dos itens (ou validade de critério) através do uso de medidas concorrentes como é o caso da GDS15 e da BDI-II e através do cálculo da sensibilidade e da especificidade e da área abaixo da curva de ROC (*receiver operating characteristics*) que permitiu estabelecer o ponto de corte mais favorável
- c) o exame da fidedignidade (precisão) através da análise da consistência interna dos itens e do grau de concordância após estabelecimento de um valor de corte.

Validade de constructo

Correlações tetracóricas

tetracórica	GDS_01	GDS_02	GDS_03	GDS_04	GDS_05
GDS5_01_R	1.0000				
GDS_02	0.7188	1.0000			
GDS_03	0.9007	0.7194	1.0000		
GDS_04	0.2024	0.4183	0.1396	1.0000	
GDS_05	0.7085	0.4431	0.7869	0.4643	1.0000

Resultados da análise factorial

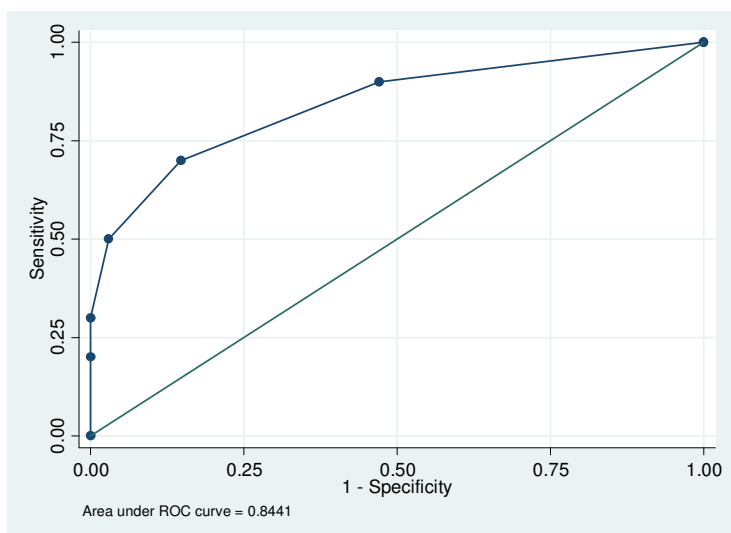
Factor	Eigenvalue	Difference	Proportion	Cumulative
Factor1	3.1833	2.41403	0.7430	0.7430

Factor2	0.76934	0.33902	0.1796	0.9226
Factor3	0.43032	0.45134	0.1004	10.230
Factor4	-0.02102	0.05655	-0.0049	10.181
Factor5	-0.07757	.	-0.0181	10.000

Variável	Factor1	Factor2	Factor3
GDS51	0.8878	-0.2227	0.0347
GDS52	0.7966	0.0655	0.4758
GDS53	0.9353	-0.3142	-0.0487
GDS54	0.4282	0.7748	0.0242
GDS55	0.8381	0.1285	-0.4470

Validade de critério

GDS5vs. BDI



Area ROC

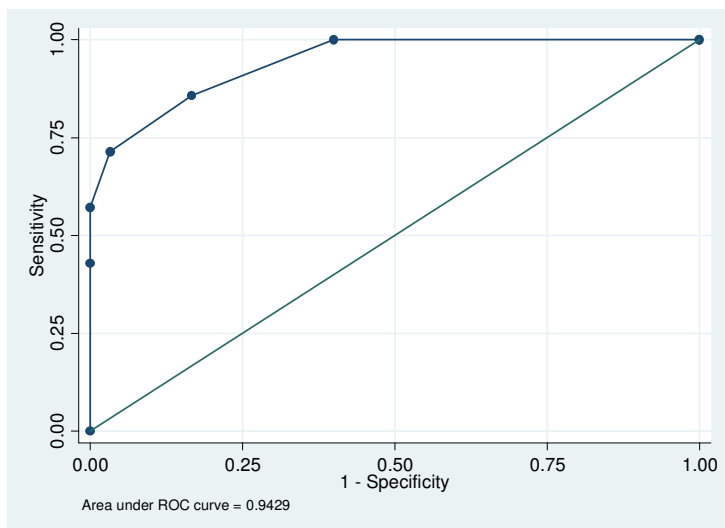
Obs	Area	Std. Err.	[95% Conf Interval]	
44	0.8441	0.0787	0.6993	0.93356

Cutoff

Cutpoint	Sensitivity	Specificity	Correctly Classified	LR+	LR-
(>= 0)	100.00%	0.00%	22.73%	1.0000	
(>= 1)	90.00%	52.94%	61.36%	1.9125	0.1889
(>= 2)	70.00%	85.29%	81.82%	4.7600	0.3517
(>= 3)	50.00%	97.06%	86.36%	17.0000	0.5152
(>= 4)	30.00%	100.00%	84.09%		0.7000

(>= 5)	20.00%	100.00%	81.82%		0.8000
(> 5)	0.00%	100.00%	77.27%		1.0000

GDS15 vs GDS5



Area ROC

Obs	Area	Std. Err.	[95% Conf Interval]	
37	0.9429	0.0436	0.81805	0.99339

Cutoff

Cutpoint	Sensitivity	Specificity	Correctly	LR+	LR-
			Classified		
(>= 0)	100.00%	0.00%	18.92%	1.0000	
(>= 1)	100.00%	60.00%	67.57%	2.5000	0.0000
(>= 2)	85.71%	83.33%	83.78%	5.1429	0.1714
(>= 3)	71.43%	96.67%	91.89%	21.4286	0.2956
(>= 4)	57.14%	100.00%	91.89%		0.4286
(>= 5)	42.86%	100.00%	89.19%		0.5714
(> 5)	0.00%	100.00%	81.08%		1.0000

Fidedignidade

Para a GDS5 o valor da consistência interna, avaliado pelo *Alpha de Cronbach*, é de 0.69, o que não vai ao encontro do valor de 0.70, usualmente utilizado para classificar a fiabilidade como adequada. Contudo, muitas vezes na investigação das ciências sociais e dada a mensuração de constructos complexos, um *Alpha de Cronbach* de 0.60 é considerado aceitável, ainda que requerendo uma interpretação cautelosa.

Anexo E - Definições normalizadas pela AAPOR para cálculo da taxa de resposta

Classificação dos contactos	Designação	Total
Entrevistas completas	I	Entrevistas que foram respondidas na sua totalidade
Entrevistas parciais	P	Entrevistas que foram completadas pelo menos até ao final do bloco das questões sobre a violência (VI. Experiências de violência).
Recusas (elegíveis)	R	Todos aqueles respondentes que sendo elegíveis não quiseram responder ao questionário ou que desistiram da entrevista antes de completar o bloco VI
Não contacto	NC	Todos os elementos elegíveis com quem não foi possível estabelecer o contacto
Outros não contactos	O	Todos aqueles respondentes que sendo elegíveis não recusarem a entrevista diretamente, mas não foi possível obter as respostas devido outros fatores (EX. morte após de agendamento da entrevista, problemas linguísticas)
Elegibilidade desconhecida	UH	Casos para os quais não foi possível verificar elegibilidade (EX: não atende, voice mail, contacto interrompido antes de verificar elegibilidade)
Elegibilidade desconhecida outro	UO	Outros casos quando não foi possível verificar elegibilidade
Não elegíveis		Indivíduos contactados que não cumprem os critérios de elegibilidade

Taxas de Resposta

$$RR1 = \frac{I}{I + P + R + NC + O + UH + UO}$$

$$RR2 = \frac{I + P}{I + P + R + NC + O + UH + UO}$$

$$RR3 = \frac{I}{I + P + R + NC + O + e(UH + UO)}$$

$$RR4 = \frac{I + P}{I + P + R + NC + O + e(UH + UO)}$$

$$RR5 = \frac{I}{I + P + R + NC + O}$$

$$RR6 = \frac{I + P}{I + P + R + NC + O}$$

Taxas de Cooperação

$$COOP1 = \frac{I}{I + P + R + O}$$

$$COOP2 = \frac{I + P}{I + P + R + O}$$

Taxas de Recusa

$$REF1 = \frac{R}{I + P + R + NC + O + UH + UO}$$

$$REF2 = \frac{R}{I + P + R + NC + O + e(UH + UO)}$$

$$REF3 = \frac{R}{I + P + R + NC + O}$$

Taxa de contacto

$$CON1 = \frac{I + P + R + O}{I + P + R + NC + O + UH + UO}$$

$$CON2 = \frac{I + P + R + O}{I + P + R + NC + O + e(UH + UO)}$$

$$CON3 = \frac{I + P + R + O}{I + P + R + NC + O}$$

Nota: resultado dos contactos NC=0; O=0; UO=0.

Anexo F - Recodificação de variáveis

Recodificação de variáveis

A categorização das doenças foi feita com base na Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Morte, 9ª Revisão, 1975 (CID-9). A CID-9 é utilizada em Portugal desde 1989 ao nível hospitalar e ao nível de sistemas de apoio ao médico. Na sua versão menos desagregada a CID-9 agrupa doenças e problemas de saúde em 17 grandes categorias. Destes 17 grandes grupos, no caso do presente estudo, quatro não são aplicáveis. No quadro que segue constam alguns exemplos das repostas mais frequentes e da categorização que foi utilizada nos diferentes grupos da CID-9.

Quadro 1. Classificação das doenças reportadas de acordo com CID9

CID-9	Exemplo das principais repostas
I. Doenças Infecciosas e Parasitárias	<i>"hepatite c"</i>
II. Neoplasias	<i>"angioma"; "cancro: mama"; "cancro: próstata"</i>
III. Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários	<i>"diabetes"; "colesterol"; "hipertiroidismo"; "hipotiroidismo"</i>
IV. Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos	<i>"anemia"</i>
V. Transtornos Mentais	<i>"depressão"</i>
VI. Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos	<p>Sistema Nervoso <i>"Parkinson"; "alzheimer"; "epilepsia"</i></p> <p>Órgãos dos Sentidos <i>"cataratas"; "miopia toxoplasmose"; "ocular"</i></p>
VII. Doenças do Aparelho Circulatório	<i>"acidente vascular cerebral"; "doença isquémica cardíaca"; "hipertensão arterial"</i>
VIII. Doenças do Aparelho Respiratório	<i>"doença pulmonar obstrutiva crónica"; "asma"; "rinite alérgica"</i>
IX. Doenças do Aparelho Digestivo	<i>"doença no fígado"; "gastrite"; "hérnia"</i>
X. Doenças do Aparelho Geniturinário	<i>"doença nos rins"; "próstata"</i>
XI. Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério	(não aplicável)
XII. Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo	<i>"doenças alérgicas: urticaria", "psoríase"</i>
XIII. Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	<i>"osteoporose"; "doença osteoarticular"; "coluna"; "artite reumatoide"</i>
XIV. Anomalias Congénitas	(não aplicável)
XV. Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal	(não aplicável)

XVI. Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas	<i>“apneia do sono”; “tonturas”, “falta de equilíbrio”</i>
XVII. Lesões e Envenenamentos	(não aplicável)
Doenças alérgicas outros problemas não classificados*	<i>“doenças alérgicas”, “prótese”, “operada a barriga”, “operada as pernas”, “não consegue andar”, “acidente do trabalho, lesão física”</i>

* Não foi classificado de acordo com a CID-9 devido ao facto das “doenças” referidas não serem específicas e/ou poderem ser categorizadas em diferentes grupos de acordo com a sua etiologia

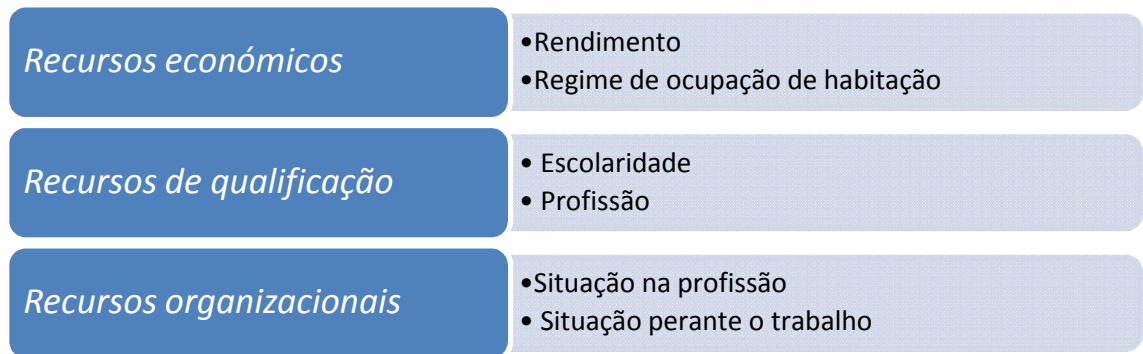
Anexo G - Agregação de variáveis e construção de indicadores

Agregação de variáveis e construção de indicadores

O indicador socioprofissional individual de classe (ISPI) decorre da combinação de duas variáveis: profissão (classificação do Instituto do Emprego e Formação Profissional) e situação perante a profissão, conforme a proposta de Almeida, Firmino da Costa, Machado (1988), para a tipologia de classe.

De acordo com estes autores as variáveis que caracterizam os aspetos socioeconómicos e profissionais da população agrupam-se em três dimensões constitutivas da tipologia de classe: os *recursos económicos* (rendimento e regime de ocupação da habitação), os *recursos de qualificação* (habilitações literárias e a profissão) e os *recursos organizacionais* (enquadramento e a situação na profissão).

Figura 1. Dimensões constitutivas da tipologia de classe



No presente estudo, para definir a tipologia socioeconómica e profissional recorreu-se à análise de correspondências múltiplas (ACM). A ACM é uma técnica estatística multivariada de caráter exploratório adequada para a análise de variáveis categóricas, que tem como objetivo encontrar o espaço de menor dimensão, onde a amostra possa ser bem representada e identificar a existência de algum padrão na distribuição das características amostrais. Com base nesta técnica procurou-se compreender se as características socioeconómicas e profissionais da população em análise poderiam ser agregadas ou agrupadas num conjunto mais reduzido de variáveis (ou dimensões), com significado similar ao proposto pelos autores acima referidos.

Dos 6 determinantes socioeconómicos incluídos no inquérito as variáveis regime de ocupação de habitação e situação atual perante o trabalho revelaram uma contribuição bastante reduzida para a discriminação dos grupos socioeconómicos e profissionais. Assim, com base nas quatro variáveis que revelaram o maior poder discriminatório: profissão, situação na profissão, escolaridade e rendimento, foi obtida uma solução a 2 dimensões através da aplicação da ACM. A contribuição relativa das variáveis segundo cada uma das dimensões para definição dos grupos é representada no quadro que segue.

Quadro 1. Discriminação e importância relativa das variáveis nas dimensões

Variável	Dimensão1		Dimensão2	
	Medida de discriminação	Importância relativa (%)	Medida de discriminação	Importância relativa (%)
Rendimento	0.661	25.2	0.329	16.3
Escolaridade	0.653	24.8	0.229	11.3
Situação na profissão	0.445	16.9	0.575	28.5
Profissão	0.870	33.1	0.887	43.9
Valores próprios	2.628		2.020	

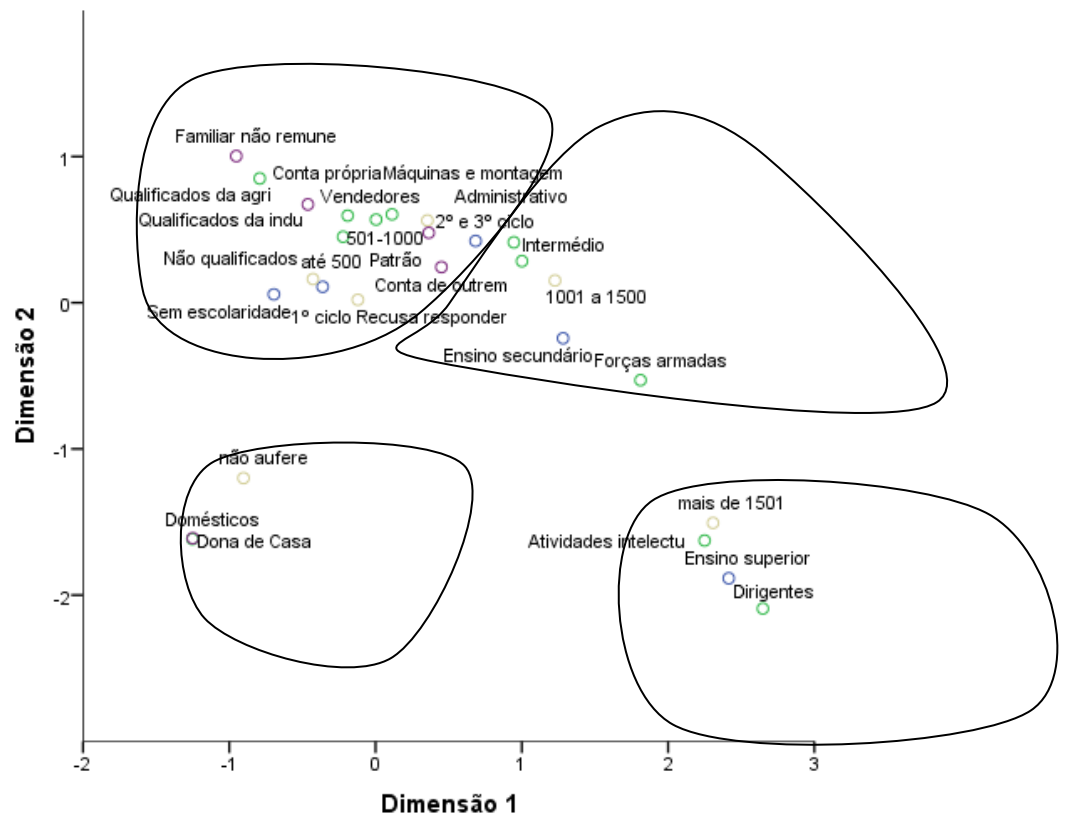
Na solução bidimensional, o eixo 1 (dimensão 1) diferencia os respondentes a partir da profissão, escalão do rendimento e nível de escolaridade. A variável situação na profissão apresenta uma menor contribuição relativa para a discriminação dos respondentes nesta dimensão. O eixo 2 (dimensão 2) separa os respondentes a partir das variáveis profissão e situação na profissão.

O algoritmo ACM permite também representar graficamente os sujeitos que compõem a amostra, a partir das coordenadas em relação aos eixos/dimensões obtidas na análise, criadas com base nas respostas a cada uma das variáveis iniciais/originais. Utilizando novas coordenadas torna-se possível determinar as distâncias entre os sujeitos e identificar agrupamentos de sujeitos relacionados com as categorias de resposta envolvidas na análise. Este tipo de representação apontou para a existência de quatro agrupamentos de sujeitos.

No gráfico apresentado podemos distinguir 4 segmentos. Desta forma, verifica-se, por exemplo, que as categorias “ensino superior”, “dirigentes”, “profissões intelectuais” e “rendimento acima de 1500” encontram-se situadas no 2 quadrante e são bastante próximas, o que evidencia uma associação bastante forte entre elas¹. Em oposição, as domésticas, não auferem rendimento e revelam possuir uma baixa escolaridade.

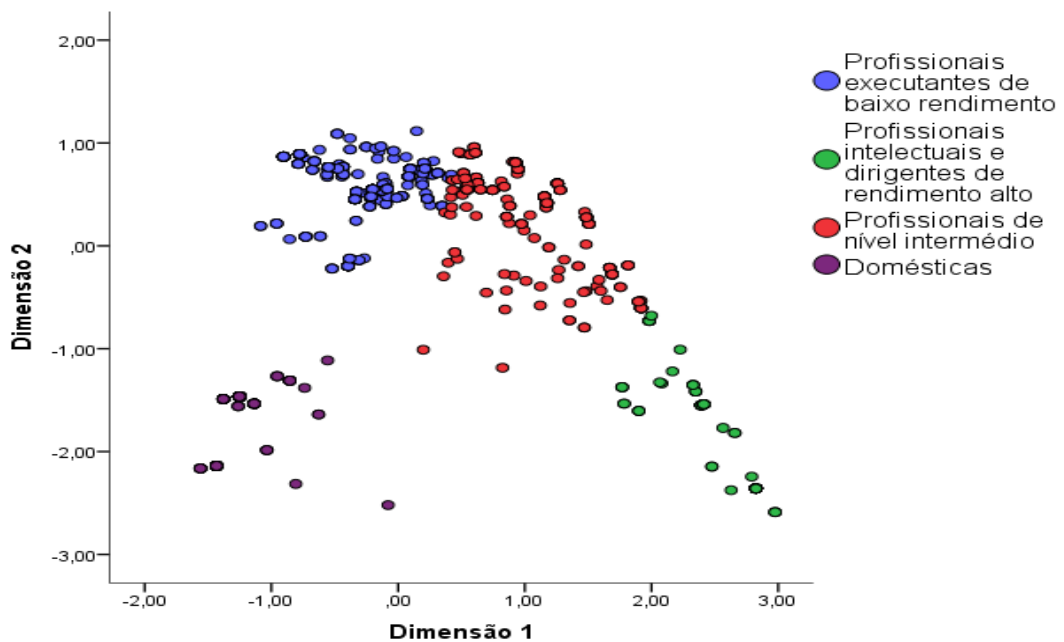
¹ As posições das categorias de cada variável no plano bidimensional podem ser interpretadas como associações, mais precisamente, quanto menor for a distância entre as categorias mais forte é a associação entre elas.

Gráfico 1. Configuração da tipologia socioeconómica e profissional



O gráfico 5 apresenta as posições de 1102 observações (sujeitos) com indicação do agrupamento a que pertencem, cuja caracterização é disponibilizada adicionalmente.

Gráfico 2. Distribuição dos indivíduos segundo tipologia socioeconómica e profissional



Os perfis/grupos de sujeitos identificados revelaram os seguintes traços socioeconómicos:

1) Profissionais executantes de baixo rendimento

inclui indivíduos de profissões pouco qualificadas, que trabalham ou trabalharam por conta de outrem e por conta própria, cuja escolaridade é reduzida e que auferem de um baixo rendimento.

2) Profissionais de nível intermédio de rendimento médio e médio alto

inclui indivíduos de profissões administrativas e intermédias, que trabalham ou trabalharam por conta de outrem, que apresentam uma escolaridade média e que auferem de um rendimento médio e médio-alto.

3) Profissionais intelectuais e dirigentes de rendimento alto

inclui indivíduos de profissões intelectuais, que trabalham ou trabalharam por conta de outrem, muito escolarizados e que auferem de um rendimento alto.

4) Domésticas

inclui indivíduos cuja escolaridade é reduzida e que auferem de um baixo rendimento.

Anexo H - Fichas de denúncia

Fichas de denúncia APAV

Ficha de denúncia
“Violência e crime contra pessoas com 60 e mais anos”

Data __ (Mm)/____ (AAAA) Código INSA _____

O estudo tem como objectivo compreender melhor alguns aspectos da vida das pessoas com 60 e mais anos vítimas de crime e violência em contexto familiar (a residir em domicílios particulares). Preencha esta ficha quando receber denúncias por telefone, do próprio ou outro(s), sobre situações de violência contra pessoas com 60 e mais anos por parte de familiares ou outros cuidadores.

I. Caracterização da denúncia

1. Pessoa com mais de 60 anos vítima de violência e crime nos últimos 12 meses?

Sim Não (Terminado!) Data (em que o recebeu o telefonema): __/____(Mês/ Ano)

2. Quem fez o contacto?

Próprio	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____
Familiar	<input type="checkbox"/>	
Amigo/Conhecido/Vizinho	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____
Técnico/instituição	<input type="checkbox"/>	
Outro	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____
Anónimo	<input type="checkbox"/>	

II. Caracterização da vítima

3. Sexo

Feminino	Masculino
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Data de nascimento

__/____/____
 Sem informação

5. Idade

____ anos
 Sem informação

6. Concelho de residência

 Sem informação

7. Estado civil

Solteiro(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Separado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Viúvo(a) <input type="checkbox"/>	União de facto <input type="checkbox"/>	Sem informação <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	---	---	--------------------------------------	--	--

8. Agregado familiar (Com quem vive)

Indicar o número de pessoas. No caso da pessoa habitar com mais que um filho(a), neto(a), irmão(ã) ou outros, registar o número exacto de pessoas.

Sozinho Filha(s) ____ Neta(s)/Neto(s) ____ Outros
 Especifique: _____

Cônjuge/companheiro Filho(s) ____ Irmã(s)/Irmão(s) ____ Sem informação

9. Nível de ensino

Sem escolaridade <input type="checkbox"/>
1º ciclo do ensino básico <input type="checkbox"/>
2º e 3º ciclo do ensino básico (5º ao 9º ano actuais; antigo 1º ao 5º ano do liceu; curso comercial) <input type="checkbox"/>
Ensino secundário e médio (actual 10º ao 12º ano; antigo 6º e 7º ano do liceu/ ano propedêutico; cursos profissionais; cursos de especialização tecnológica, nível IV; cursos médios; bacharelato) <input type="checkbox"/>
Ensino superior <input type="checkbox"/>
Sem informação <input type="checkbox"/>

10. Situação perante o trabalho

Trabalho remunerado <input type="checkbox"/>
Desempregado <input type="checkbox"/>
Reformado <input type="checkbox"/>
Incapacitado permanentemente (reformado por invalidez) <input type="checkbox"/>
Doméstica (o) <input type="checkbox"/>
Sem informação <input type="checkbox"/>

11. Qual é/era a profissão principal: _____

Sem informação

12. Tem algum problema de saúde ou doença crónica (p. ex., tensão arterial alta, diabetes, doença reumática, depressão, entre outras).

Sim

Qual(ais)? _____

Não

Sem informação

III. Caracterização da violência e crime

13. <u>Denúncia de violência e crime nos últimos 12 meses.</u>		<u>Quantas vezes aconteceu</u>			<u>Agressor</u> Identifique o tipo de relação com o agressor a partir das categorias fornecidas (por ex: 2 para filha ou 8 para amigo)	
		1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
1. Roubar ou utilizar objectos e/ou bens sem a sua autorização	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	<p>Tipo de relação: agressor</p> <p>1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro</p> <p>2. Filha/enteada</p> <p>3. Filho/enteado</p> <p>4. Neto</p> <p>5. Neta</p> <p>6. Nora/Genro</p> <p>7. Outro familiar</p> <p>8. Amigo/Vizinho</p> <p>9. Tutor</p> <p>10. Profissional remunerado a prestar serviço no domicílio</p> <p>11. Voluntário que preste serviço no domicílio</p> <p>12. Nenhuma relação/desconhecido</p>	
2. Ser forçado ou obrigado a assinar um documento ou um papel a dar direitos legais	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
3. Apropriação da casa (Por exemplo, modificar mobília e decoração, colocar objectos pessoais e/ou ocupar divisões da sua casa sem autorização)	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
4. Não contribuir para as despesas da casa depois de ter sido acordado fazê-lo e tendo capacidade económica para o fazer	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
5. Recusar a falar, ignorar e/ou desprezar	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
6. Gritar, ofender, insultar ou humilhar	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
7. Ameaçar	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
8. Agredir (por exemplo: empurrar, puxar, agarrar, amarrar, cortar, bater, atirar objecto, etc.)	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
9. Trancar num quarto/compartimento ou impedir o acesso a toda a casa	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
10. Impedir de falar ou estar com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
11. Sujeitar, sem consentimento a algum contacto do tipo sexual	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
12. Viver num espaço sem condições de higiene ou segurança (A pessoa que cuida, por exemplo, mantém a pessoa com 60 e mais anos num anexo, garagem, pombal e/ou num espaço insalubre)	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
13. Não receber os cuidados de vestuário, higiene e alimentação necessários (P. ex: não mudar a fralda, dar banho, alimentar adequadamente, dar água, etc.)	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
14. Não ter acompanhamento médico e/ou medicamentoso necessário	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
15. Ter uma incapacidade (por exemplo, dificuldades de locomoção ou défice cognitivo) e ser deixado(a) sozinho(a) por longos períodos de tempo, pondo em risco a sua segurança	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>		
16. Outras condutas. Especifique:						

14. Caracterização do agressor

Pense na pessoa (s) responsável (eis) pelo (s) acto (s) de violência/maus tratos/negligência. Tente caracterizar a pessoa e o contexto em que ocorreu a vitimação, colocando uma cruz nas afirmações seguintes.

No caso de existir mais que um agressor, escreva na 2ª coluna o tipo de relação (filho, neto, etc.). Considere o exemplo de uma pessoa vítima de um filho com quem coabita e de um irmão toxicodependente com quem não coabita:

- assinalar “sim ” para o item “1. Vive com a vítima” e escrever “filho” à frente
- assinalar “sim ” no item “6. Tem problemas de toxicod dependência” e escrever “irmão” à frente

Que idade tem essa pessoa?___ (anos)	Sim	Não	Agressor (escrever se mais que 1 agressor)	Sem informação
1. Vive com a vítima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2. Tem uma relação conflituosa com a vítima desde há muitos anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Tem problemas de saúde mental (por exemplo: esquizofrenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Foi sujeito(a) a situações de violência na infância ou enquanto adolescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Tem problemas de alcoolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Tem problemas de toxicod dependência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7. Tem problemas de jogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8. É uma pessoa que se isola (fechada e metida consigo), com pouco contacto com outros familiares e/ou amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9. Depende da vítima financeiramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10. Já foi agressivo(a) ou violento(a) com outros familiares com idade igual ou superior a 60 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11. Tem outros problemas familiares ou económicos. Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

IV. Observações

Outras informações relevantes:

Aspectos/ temas a incluir nas informações relevantes:

Estatuto socioeconómico	Situação na profissão (P. ex: patrão; trabalhador por conta própria, etc.)
	Tipo de habitação (P. ex: casa habitação social; casa própria)
	Rendimento
Capacidade funcional	Necessidade de apoio e ajuda para a realização das actividades de vida diária
	Pessoa que costuma apoiar e ajudar
Suporte social	Percepção de apoio fornecido pelos amigos, familiares, etc.
	Utilização de serviços de apoio como, por exemplo, utilização do serviço de apoio domiciliário ou frequência do centro de dia
Vitimação	Contacto ou denúncia a outro serviço ou instituição
	Apresentação de queixa/denúncia nas autoridades competentes
	Procedimentos/respostas desenvolvidas por esses serviços/instituições
	Razão para não contactar nenhuma instituição ou apresentar queixa junto das autoridades competentes

Obrigado pela sua colaboração.

Fichas de denúncia ISS, IP

Nº de Boletim: _____

Crise Emergência

Data (do telefonema): ___/___(Mês/ Ano)

Rede fixa Rede móvel Nº não identificado

1. Quem fez o contacto?

- Próprio
- Técnico/instituição
- Especifique: _____
- Outro. Especifique: _____

- Amigo/Conhecido/Vizinho
- Familiar
- Especifique: _____
- Anónimo

2. Concelho de residência _____

3. Caraterização da vítima

Idade: _____

Sexo Feminino Masculino

Com quem vive: _____
(ex.: filha e marido; filha e neto)

4. Caraterização do agressor

Idade: _____

Sexo Feminino Masculino

¹Relação com pessoa idosa: _____
(ex.: irmã, marido)

Problema de saúde da vítima _____ (especifique qual?)
(ex: Demência, Depressão, AVC, dificuldades de locomoção, etc)

5. Tipos de violência: alguém que é próximo da pessoa idosa, nos últimos 12 meses, cometeu/praticou algum dos seguintes atos/conduas?

Violência financeira
<input type="checkbox"/> Roubar ou utilizar objetos e/ou bens sem autorização
<input type="checkbox"/> Ser forçado ou obrigado a assinar um documento ou um papel a dar direitos legais sobre um bem que lhe pertencia
<input type="checkbox"/> Apropriação da casa (modificar mobília e decoração, colocar objetos pessoais e/ou ocupar divisões da sua casa sem autorização; etc.)
<input type="checkbox"/> Não contribuir para as despesas da casa depois de acordado e tendo capacidade económica para o fazer

Violência física
<input type="checkbox"/> Agredir (empurrar, puxar, agarrar, amarrar, cortar, bater, atirar objeto, etc.)
<input type="checkbox"/> Trancar num quarto/compartimento ou impedir o acesso a toda a casa
<input type="checkbox"/> Impedir de falar ou estar com outras pessoas

Violência sexual
<input type="checkbox"/> Sujeitar, sem consentimento, a algum contacto do tipo sexual

Violência psicológica
<input type="checkbox"/> Recusar a falar, ignorar e/ou desprezar
<input type="checkbox"/> Gritar, ofender, insultar ou humilhar

Negligência: a pessoa idosa, nos últimos 12 meses, alguma vez...
<input type="checkbox"/> Viveu num espaço sem condições de higiene ou segurança (A pessoa que cuida, por exemplo, mantém a pessoa num anexo, garagem, pombal e/ou num espaço insalubre)
<input type="checkbox"/> Não recebeu os cuidados de vestuário, higiene e alimentação necessários (não mudar a fralda, dar banho, alimentar adequadamente, dar água, etc.)
<input type="checkbox"/> Não teve acompanhamento médico e/ou medicamentoso necessário
<input type="checkbox"/> Tem uma incapacidade (por exemplo, dificuldades de locomoção ou défice cognitivo) e é deixado(a) sozinho(a) por longos períodos de tempo, pondo em risco a sua segurança

<input type="checkbox"/> Outros atos/conduas ou situações. Especifique:.....
--

¹Preencha a relação do agressor com a pessoa idosa de acordo com as seguintes categorias:

- (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro
- Nora/Genro
- Profissional remunerado a prestar serviço no domicílio
- Filha/enteada
- Outro familiar
- Voluntário que preste serviço no domicílio
- Filho/enteado
- Amigo/Vizinho
- Nenhuma relação/desconhecido
- Neto/neta
- Tutor

Questionário SCMLX

Nº de Boletim: _____

Crise Emergência

Código INSA _____

Data (em que o recebeu o telefonema): ____ / ____ (Mês/ Ano)

Rede fixa Rede móvel Não identificado

Pessoa com mais de 60 anos vítima de violência e crime nos últimos 12 meses?

Sim Não (Terminado!)

1. Quem fez o contacto?

- Próprio Amigo/Conhecido/Vizinho
- Técnico/instituição Familiar
- Especifique: _____ Especifique: _____
- Outro. Especifique: _____ Anónimo

I. Caracterização da vítima

Coloque uma cruz X na quadrícula da respetiva opção de resposta

2. Sexo

Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---------------------------------------

3. Data de nascimento

__/__/__

Não sabe

Não responde

Sem informação

ou

4. Idade

__ anos

Não sabe

Não responde

Sem informação

5. Concelho de residência

Não sabe

Não responde

Sem informação

6. Estado civil

Solteiro(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Separado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Viúvo(a) <input type="checkbox"/>	União de facto <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>	Não responde <input type="checkbox"/>	Sem informação <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	---	---	--------------------------------------	--	-----------------------------------	---------------------------------------	---

7. Com quem vive (pode seleccionar mais que uma opção)

Assinalar com uma cruz X na quadrícula todos os elementos que fazem parte do agregado doméstico. No caso de a pessoa residir com mais que um filho(a), neto(a), irmão (ã) ou outros, registre o número exato de pessoas.

Sozinho Cónjuge/companheiro Neta(s)/ Neto(s) Outros Especifique: _____

Filha(s) Filho(s) Irmã(s)/Irmão(s) Não sabe Não responde Sem informação

8. Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou.

Coloque uma cruz X na quadrícula da respetiva opção de resposta

<input type="checkbox"/> Sem escolaridade
<input type="checkbox"/> 1º ciclo do ensino básico
<input type="checkbox"/> 2º e 3º ciclo do ensino básico (5º ao 9º ano atuais; antigo 1º ao 5º ano do liceu; curso comercial)
<input type="checkbox"/> Ensino secundário e médio (atual 10º ao 12º ano; antigo 6º e 7º ano do liceu/ ano propedêutico; cursos profissionais; cursos de especialização tecnológica, nível IV; cursos médios; bacharelato)
<input type="checkbox"/> Ensino superior
<input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não responde
<input type="checkbox"/> Sem informação

9. Hoje, qual a situação perante o trabalho.

<input type="checkbox"/> Trabalho remunerado
<input type="checkbox"/> Desempregado
<input type="checkbox"/> Reformado
<input type="checkbox"/> Incapacitado permanentemente (reformado por invalidez)
<input type="checkbox"/> Doméstica (o)
<input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não responde
<input type="checkbox"/> Sem informação

10. Qual é/era a profissão principal:

- Não sabe
- Não responde
- Sem informação

11. Problema de saúde e/ou doença crónica diagnosticada pelo médico (p. ex., tensão arterial alta, diabetes, doença reumática, depressão, entre outras).

Sim Qual(ais)? (máximo três) _____

- Não
- Não sabe/Não responde
- Não responde
- Sem informação

Legenda - Tipo de agressor (12.2.)

- | | | |
|---|-------------------|--|
| 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro | 5. Neta | 9. Tutor |
| 2. Filha/enteada | 6. Nora/Genro | 10. Profissional remunerado a prestar serviço no domicílio |
| 3. Filho/enteado | 7. Outro familiar | 11. Voluntário que preste serviço no domicílio |
| 4. Neto | 8. Amigo/Vizinho | 12. Nenhuma relação/desconhecido |

II. Caracterização da violência e crime

Só no caso de existir mais de um agressor. Aplica-se os critérios que se seguem, se a pessoa idosa for vítima de violência perpetrada por mais de um agressor. Neste caso indique:

1. A pessoa que mais vezes cometeu o incidente
2. No caso de o respondente continuar a indicar mais que um agressor, seleccionar a **pessoa responsável pelo último incidente** (sobre a qual está a apresentar denúncia)

12. Denúncia de violência e crime nos últimos 12 meses.	12.1. Quantas vezes aconteceu				12.2. Agressor Identifique o tipo de relação com o agressor a partir da legenda no cabeçalho. Coloque o número.
	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
1. Roubar ou utilizar objetos e/ou bens sem a sua autorização	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
2. Ser forçado ou obrigado a assinar um documento ou um papel a dar direitos legais	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
3. Apropriação da casa (Por exemplo, modificar mobília e decoração, colocar objetos pessoais e/ou ocupar divisões da sua casa sem autorização)	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
4. Não contribuir para as despesas da casa depois de ter sido acordado fazê-lo e tendo capacidade económica para o fazer	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
5. Recusar a falar, ignorar e/ou desprezar	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
6. Gritar, ofender, insultar ou humilhar	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
7. Ameaçar	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
8. Agredir (por exemplo: empurrar, puxar, agarrar, amarrar, cortar, bater, atirar objeto, etc.)	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
9. Trancar num quarto/compartimento ou impedir o acesso a toda a casa	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
10. Impedir de falar ou estar com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
11. Sujeitar, sem consentimento a algum contacto do tipo sexual	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
12. Viver num espaço sem condições de higiene ou segurança (A pessoa que cuida, por exemplo, mantém a pessoa com 60 e mais anos num anexo, garagem, pombal e/ou num espaço insalubre)	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
13. Não receber os cuidados de vestuário, higiene e alimentação necessários (P. ex: não mudar a fralda, dar banho, alimentar adequadamente, dar água, etc.)	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
14. Não ter acompanhamento médico e/ou medicamentoso necessário	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
15. Ter uma incapacidade (por exemplo, dificuldades de locomoção ou défice cognitivo) e ser deixado(a) sozinho(a) por longos períodos de tempo, pondo em risco a sua segurança	<input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	2 a 10 vezes <input type="checkbox"/>	Mais de 10 vezes <input type="checkbox"/>	
16. Outras condutas. Especifique: _____					

Fichas de denúncia GNR

“Envelhecimento e violência contra as pessoas com 60 e mais anos”



Ficha de denúncia por terceiros

Critérios de Inclusão:

1. Indivíduos com idade superior ou igual a 60 anos de idade;
2. A residir em domicílios particulares;
3. Vítimas de alegada violência perpetrada por familiares ou por cuidadores em contexto familiar;
4. Se a vítima for estrangeira, incluir no estudo, caso resida em Portugal há mais de 12 meses.

A. Comando territorial: CTer. Especifique qual: _____
 NIAVE. Especifique qual: _____
 EII. Especifique qual: _____

I. Caraterização da denúncia

1. Data em que a denúncia foi realizada: ___/___(Mês/ Ano)
2. Quem fez o contacto?
 Amigo/Conhecido/Vizinho Técnico/instituição
 Familiar Especifique: _____
 Anónimo Outro. Especifique: _____

II. Caraterização da vítima

Coloque uma cruz na quadrícula da respetiva opção de resposta

3. Sexo		4. Data de nascimento		5. Idade		6. Concelho de residência	
Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	___/___/___ Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>	ou	___anos Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>	_____ Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>	_____ Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>	_____ Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>

7. Estado civil

Solteiro(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Separado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Viúvo(a) <input type="checkbox"/>	União de facto <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	---	---	--------------------------------------	--	--

8. Com quem vive (pode seleccionar mais que uma opção)
Assinale com uma cruz na quadrícula os elementos que fazem parte do agregado doméstico. No caso de a pessoa residir com mais que um filho(a), neto(a), irmão (ã) ou outros, registre o número exato de pessoas.

Sozinho Cônjuge/companheiro Neta(s)/ Neto(s) _____ Outros Especifique: _____

Filha(s) _____ Filho(s) _____ Irmã(s)/Irmão(s) _____ Não sabe Não responde

9. Qual o nível de ensino mais elevado que frequentou.

Coloque uma cruz X na quadrícula da respetiva opção de resposta

<input type="checkbox"/> Sem escolaridade
<input type="checkbox"/> 1º ciclo do ensino básico
<input type="checkbox"/> 2º e 3º ciclo do ensino básico (5º ao 9º ano atuais; antigo 1º ao 5º ano do liceu; curso comercial)
<input type="checkbox"/> Ensino secundário e médio (atual 10º ao 12º ano; antigo 6º e 7º ano do liceu/ ano propedêutico; cursos profissionais; cursos de especialização tecnológica, nível IV; cursos médios; bacharelato)
<input type="checkbox"/> Ensino superior
<input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não responde

10. Hoje, qual a situação perante o trabalho.

<input type="checkbox"/> Trabalho remunerado
<input type="checkbox"/> Desempregado
<input type="checkbox"/> Reformado
<input type="checkbox"/> Incapacitado permanentemente (reformado por invalidez)
<input type="checkbox"/> Doméstica (o)
<input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não responde

11. Qual é/era a profissão principal: _____

Não sabe
 Não responde

12. Problema(s) de saúde e/ou doença(s) crónica diagnosticada(s) pelo médico (p. ex., tensão arterial alta, diabetes, doença reumática, depressão, entre outras).

Sim Não Não sabe Não responde

Qual(ais)? (máximo três) _____

Legenda - Tipo de agressor (13.2.)

- | | | |
|---|-------------------|--|
| 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro | 5. Neta | 9. Tutor |
| 2. Filha/enteada | 6. Nora/Genro | 10. Profissional remunerado a prestar serviço no domicílio |
| 3. Filho/enteado | 7. Outro familiar | 11. Voluntário que preste serviço no domicílio |
| 4. Neto | 8. Amigo/Vizinho | 12. Nenhuma relação/desconhecido |

III. Caracterização da violência e crime

Só no caso de existir mais de um agressor. Aplica-se os critérios que se seguem, se a pessoa idosa for vítima de violência perpetrada por mais de um agressor. Neste caso indique:

- A pessoa que mais vezes cometeu o incidente.
- No caso de o respondente continuar a indicar mais que um agressor, seleccionar a **pessoa responsável pelo último incidente** (sobre a qual se está a apresentar a denúncia/queixa)

Não sabe	Não responde	13. <u>Denúncia de violência e crime nos últimos 12 meses.</u>	13.1. <u>Quantas vezes aconteceu</u>			NS	NR	13.2. <u>Agressor</u> Identifique o tipo de relação com o agressor a partir da legenda no cabeçalho. Coloque o número.
			1 vez	2 a 10 vezes	Mais de 10 vezes			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. Roubar ou utilizar objetos e/ou bens sem a sua autorização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2. Ser forçado ou obrigado a assinar um documento ou um papel a dar direitos legais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3. Apropriação da casa (Por exemplo, modificar mobília e decoração, colocar objetos pessoais e/ou ocupar divisões da casa sem autorização)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4. Não contribuir para as despesas da casa depois de ter sido acordado fazê-lo e tendo capacidade económica para o fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5. Recusar a falar, ignorar e/ou desprezar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6. Gritar, ofender, insultar ou humilhar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7. Ameaçar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8. Agredir (por exemplo: empurrar, puxar, agarrar, amarrar, cortar, bater, atirar objeto, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9. Trancar num quarto/compartimento ou impedir o acesso a toda a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10. Impedir de falar ou estar com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 11. Sujeitar, sem consentimento a algum contacto do tipo sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 12. Viver num espaço sem condições de higiene ou segurança (a pessoa que cuida, por exemplo, mantém a pessoa com 60 e mais anos num anexo, garagem, pombal e/ou num espaço insalubre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13. Não receber os cuidados de vestuário, higiene e alimentação necessários (por exemplo: não mudar a fralda, dar banho, alimentar adequadamente, dar água, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>

Legenda - Tipo de agressor (13.2.)

- | | | |
|---|-------------------|--|
| 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro | 5. Neta | 9. Tutor |
| 2. Filha/enteada | 6. Nora/Genro | 10. Profissional remunerado a prestar serviço no domicílio |
| 3. Filho/enteado | 7. Outro familiar | 11. Voluntário que preste serviço no domicílio |
| 4. Neto | 8. Amigo/Vizinho | 12. Nenhuma relação/desconhecido |

Não sabe	Não responde	13. <u>Denúncia de violência e crime nos últimos 12 meses.</u>	13.1. <u>Quantas vezes aconteceu</u>			NS	NR	13.2. <u>Agressor</u> Identifique o tipo de relação com o agressor a partir da legenda no cabeçalho. Coloque o número.
			1 vez	2 a 10 vezes	Mais de 10 vezes			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 14. Não ter acompanhamento médico e/ou medicamentoso necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15. Ter uma incapacidade (por exemplo, dificuldades de locomoção ou défice cognitivo) e ser deixado(a) sozinho(a) por longos períodos de tempo, pondo em risco a sua segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16. Outras condutas. Especifique: _____						Não sabe <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/>

14. Caraterize o agressor relativamente às seguintes afirmações.

No caso de a pessoa ser vítima de violência por parte de vários agressores **selecione o ato/conduita mais grave e a pessoa responsável por esse ato/conduita.**

Qual a relação que essa pessoa mantém com a pessoa idosa? _____ (especificar a relação com o agressor).

Idade do agressor _____ (anos) Não sabe Não responde

Por favor responda SIM ou Não conforme as seguintes afirmações se aplicam à pessoa responsável pelo ato/conduita. Essa pessoa...

	Sim	Não	Não sabe	Não responde
1. Vive com a pessoa idosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tem uma relação conflituosa com a pessoa idosa desde há muitos anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tem problemas de saúde mental (por exemplo: esquizofrenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foi sujeito(a) a situações de violência na infância ou enquanto adolescente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tem problemas de alcoolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tem problemas de toxicod dependência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tem problemas de jogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É uma pessoa que se isola (fechada e metida consigo), com pouco contacto com outros familiares e/ou amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Depende da pessoa idosa financeiramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Já foi agressivo(a) ou violento(a) com outros familiares com idade igual ou superior a 60 anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tem outros problemas familiares, económicos ou de saúde. Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Observações

Outras informações relevantes:

Como por exemplo informações sobre:

Estatuto socioeconómico	Situação na profissão (P. ex: patrão; trabalhador por conta própria, etc.)
	Tipo de habitação (P. ex: casa habitação social; casa própria)
	Rendimento
Capacidade funcional	Necessidade de apoio e ajuda para a realização das atividades de vida diária (dificuldades no andar, nas atividades pessoais (banho/vestir), tarefas domésticas, outras)
	Pessoa que o costuma apoiar e ajudar
Suporte social	A pessoa sente-se apoiada por familiares, amigos, vizinhos etc.
	Utiliza alguma resposta social por exemplo, serviço de apoio domiciliário ou frequência do centro de dia, ou outro
Contacto com as entidades competentes	Tinha ou não já contactado com outros serviços/instituições (APAV, Segurança social, Centro de saúde ou outro)
	Nunca apresentou queixa junto das autoridades competentes e razões para nunca ter apresentado queixa ou contactado um serviço/instituição.

Muito obrigado pela sua colaboração!

Anexo I - Formulários INMLCF, IP

Código _____

No âmbito da colaboração do INML, IP com o projecto “Envelhecimento e Violência”, coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde (INSA), devem os campos do presente formulário ser preenchido nos exames periciais realizados no âmbito do Direito Penal e efetuados a:

- Examinandos com idade \geq 60 anos de idade
- A residir em domicílios particulares
- Vítimas de alegada violência perpetrada por familiares ou por cuidadores em contexto familiar
- Se a vítima for estrangeira, incluir no estudo, caso resida em Portugal há > 12 meses

Exame pericial enquadrável nos:
Crimes contra a integridade física <input type="checkbox"/>
Crimes contra a liberdade e auto-determinação sexuais ... <input type="checkbox"/>

I - CARACTERIZAÇÃO DO EPISÓDIO DE VIOLÊNCIA

1. O agressor relativamente à vítima é _____ (escolher a opção(ões) adequadas)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. (ex) Marido/mulher ou (ex) companheiro(a) | <input type="checkbox"/> 4. Nora/Genro |
| <input type="checkbox"/> 2. Filho/enteado | <input type="checkbox"/> 5. Cuidador |
| <input type="checkbox"/> 3. Neto/Neta | <input type="checkbox"/> 6. Outro. Especificar: _____ |

2.1. Idade do agressor _____

2.2. Idade da vítima _____

3.1. Sexo do agressor: 1. Masculino 2. Feminino

3.2. Sexo da vítima: 1. Masculino 2. Feminino

4. Tipo de instrumento(s) utilizado(s) na agressão

Contundente	<input type="checkbox"/> Apertão	<input type="checkbox"/> Cabeçada	<input type="checkbox"/> Empurrão	<input type="checkbox"/> Murros
	<input type="checkbox"/> Pontapés	<input type="checkbox"/> Queda no solo	<input type="checkbox"/> Outro(s): _____	
Cortante	<input type="checkbox"/> Navalha	<input type="checkbox"/> Faca	<input type="checkbox"/> Outro(s): _____	
Corto-Perfurante	<input type="checkbox"/> Navalha	<input type="checkbox"/> Faca	<input type="checkbox"/> Outro(s): _____	
Corto-Contundente	<input type="checkbox"/> Machado		<input type="checkbox"/> Outro(s): _____	
Perfuro-contundente	<input type="checkbox"/> Projétil de arma de arma de fogo		<input type="checkbox"/> Outro(s): _____	
Outros				

5. Relação tipo de lesões / áreas corporais afectadas (se necessário acrescentar outros tipos de lesões nos espaços em branco na coluna 1)

	Cabeça	Face	Tronco	Abdómen	Dorso	Membros superiores	Membros inferiores
Escoriação							
Equimose							
Hematoma							
Fractura							
Queimadura							
Ferida cortante							
Ferida corto-perfurante							

6. No caso de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual indique o tipo de acto(s) aplicável(eis):

- Coito vaginal Coito oral Coito anal
 Beijos ou carícias na região genital Introdução de objectos nas cavidades corporais
 Outro(s). Especificar: _____

7. No caso de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual, indique, se aplicável, os meios de coação usados pelo agressor:

- Administração de drogas Ameaças com instrumento ou armas
 Uso de força física para imobilizar Outro(s). Especificar: _____

8. Assistência médica: 1. Sim 2. Não

9. Internamento hospitalar: 1. Sim 2. Não

10. Vários episódios de internamento hospitalar: 1. Sim 2. Não

11. Indicar período de internamento (total de dias ou indicar datas): _____

12. Indicar antecedentes patológicos da vítima: _____

13. Indicar período de tempo entre a data da alegada agressão e o exame pericial (total de dias ou indicar datas):

II – CONCLUSÕES DO RELATÓRIO PERICIAL

14. Sem elementos para valorizar consequências da alegada agressão física: 1. Sim 2. Não

15. Sem elementos para valorizar consequências da alegada agressão sexual (*se aplicável*): 1. Sim 2. Não

16. Nexó de causalidade: 1. Sim 2. Não

17. No caso de alegados crimes de natureza sexuais, relativamente à compatibilidade entre a informação prestada e o resultado dos exames realizados, indique a opção que considera mais adequada:

1. Sem elementos 2. Duvidosa 3. Possível, mas não demonstrável 4. Provável 5. Demonstrável

18. Período de doença (*indicar dias ou especificar datas*): _____

19. Período de afetação do trabalho geral (*indicar dias ou especificar datas*): _____

20. Período de afetação do trabalho profissional/outras atividades (*indicar dias ou especificar datas*): _____

21. Consequências permanentes: 1. Sim 2. Não

22. Se sim, especificar quais: _____

23. Perigo concreto para a vida: 1. Sim 2. Não

24. Necessidade de acompanhamento psicológico: 1. Sim 2. Não

25. Necessidade de medidas psicossociais: 1. Sim 2. Não

Anexo J - Síntese das entrevistas em profundidade

Síntese das vítimas e suas histórias

Violência filial

Vítima	Agressor	Tipos de violência	Fatores de risco		
			Vítima	Agressor	Contextuais
Manuel, 71 anos	Filho, 42 anos	Psicológica, física e financeira	Casal (pais)	Dependência de substâncias Dependência financeira das vítimas	Coabitação
Cristina, 65 anos (Tb vítima de violência conjugal por parte do marido)	Filho, x anos	Psicológica e física	Mãe	Dependência de substâncias Conflituoso e agressivo com outros familiares e companheiras	Coabitação Parte da infância passada com os avós
Carmina 80 anos e Fausto 83 anos	Filho, 44 anos	Psicológica, física e financeira (pouco verbalizada)	Casal (pais)	Dependência de álcool Dependência financeira das vítimas	Coabitação Situação resolvida - apoio das filhas/irmãs do agressor
António 74 anos	Filho, 43 anos (esquizofrenia)	Psicológica Física e financeira (destruição propriedade)	Pai	Doença mental - esquizofrenia	Coabitação
Augusta	Filho, 34 anos	Física e financeira	Mãe	Toxicodependência, desemprego	Coabitação
Margarida (Tb vítima de violência conjugal por parte do marido)	Filha	Física, financeira e psicológica	Mãe	Dificuldades financeiras - dependência financeira dos pais (e vítima)	Coabitação
Miguel, 80 anos	Filho, 49 anos	Filho - física, psicológica e financeira	Pai	Filho (toxicodependência e dependência financeira dos pais)	Coabitação
	Esposa	Esposa - psicológica (Apresentação de queixas falsas, difamação, insultos, humilhação)	Marido	Esposa - Problemas de saúde e limitações funcionais - filho (agressor) acaba por se tornar o principal cuidador	Coabitação Mãe do agressor e esposa da vítima acaba por ficar do lado do filho originando a separação do casal

Vítima	Agressor	Tipos de violência	Vítima	Agressor	Contextuais
Angélica, 78 anos	Filha, 48 anos	Psicológica e física	Mãe	Filha - instabilidade nas relações interpessoais e no percurso profissional	Coabitação
Júlia, 76 anos	Filho, 35 anos	Física (descreve 1 episódio), psicológica e física	Mãe	Toxicodependência Vários processos judiciais	Coabitação

Manuel tinha **71 anos** quando foi entrevistado. Foi vítima, **juntamente com a sua esposa**, de violência doméstica sob a forma de **agressões físicas, psicológicas e financeiras** por parte do seu **filho**, com quem residiam na altura. A relação entre os pais e o filho foi sempre pautada por alguns conflitos também decorrente de um percurso na toxicodependência, entretanto ultrapassado. A situação torna-se mais grave quando este vai, há cerca de 2 anos, residir com os pais, juntamente com a sua companheira e enteados. Após uma agressão física que conduziu Manuel ao hospital, este mais a esposa vão habitar a casa de uma senhora a quem a esposa prestava apoio nos cuidados do dia-a-dia. A polícia foi chamada ao local e existe um registo da ocorrência, contudo Manuel encontra-se como agressor no auto. Entretanto, decide pedir apoio à APAV. Não satisfeito com este apoio, contrata um advogado com o qual pede o estatuto de vítima de violência doméstica e inicia o processo para reapropriação da sua casa, entretanto habitada pelo filho, companheira e seus dois filhos. Já se encontra na posse da sua habitação e aguarda julgamento decorrente da agressão de que foi vítima.

Cristina tinha **65 anos** quando foi entrevistada. É vítima de violência doméstica sob a forma de **agressões físicas e psicológicas por parte do seu filho** com quem reside. As agressões iniciaram-se logo após este ter ido residir com a vítima e foram anteriormente também dirigidas à avó, com quem chegou a habitar anteriormente. O filho após um tratamento de toxicodependência vai residir com a mãe e a irmã, a qual sai de casa devido aos conflitos relacionais com o irmão. Após uma situação de agressão física decide procurar ajuda na APAV e apresentar uma queixa-crime por violência doméstica. Apesar de aconselhada a sair da sua residência mantêm-se a coabitar com o filho, enquanto aguarda o processo de investigação.

Carminda e Fausto tinham **80 e 83 anos**, respetivamente, quando foram entrevistados. Foram vítimas de violência doméstica sob a forma de **agressões físicas, psicológicas e financeiras** por parte do seu **filho** com quem residem. As agressões ocorriam desde há dois anos, altura em que se mudou de casa da irmã para a residência dos pais. As filhas e genros decidem pedir apoio à APAV e conseguem integrar o irmão num programa de tratamento e recuperação de alcoolismo. Desde então não ocorreram nenhuma outras agressões, as quais os pais atribuem exclusivamente ao consumo excessivo de álcool.

António tinha **74 anos** quando foi entrevistado. Foi vítima de violência doméstica sob a forma de **agressões físicas, psicológicas e financeiras** por parte do seu **filho**, diagnosticado com esquizofrenia. O filho residiu com António e esposa (invisível e que atualmente se encontra num lar) há cerca de 20 anos. Ao longo desta coabitação, regista-se desde sempre momentos de conflitos que resultavam em agressões ou tentativas de agressões e destruição de propriedade. O filho durante muito tempo recusou-se a seguir medicação ou tratamentos após os internamentos em urgência ou hospital de psiquiatria. António pede apoio à APAV há cerca de 3 anos e inicia um processo de internamento compulsivo e de interdição. O filho encontra-se atualmente em hospital de dia, a fazer a medicação, não tendo, desde então, ocorrido nenhum tipo de agressão. O processo de interdição foi arquivado.

Augusta foi entrevistada no âmbito de um processo-crime, iniciado na GNR, por violência doméstica sob a forma de **agressões financeiras e físicas** por parte do seu **filho**. O filho, que sempre residiu com Augusta, é toxicodependente e exerce sobretudo violência financeira, ainda que a vítima tenha também relatado um episódio de violência física. Após lhe ter

retirado toda a sua reforma, Augusta decide apresentar uma queixa para “assustar” o filho. Quando é pedido o depoimento para dar continuidade ao processo judicial, Augusta pede para não continuar. Mantêm-se atualmente a residir com o filho, relatando que desde então não surgiram mais agressões de nenhuma forma.

Margarida tinha **71 anos** quando foi entrevistada. É vítima de violência doméstica sob a forma de **agressões físicas, psicológicas e financeiras** por parte da sua **filha**, que residiu consigo e com o seu marido, intervalarmente, nos últimos 8 anos. Quando a filha lhe rouba as chaves de casa, chama a GNR pelo roubo. Já se encontrava, entretanto, a ser acompanhada na APAV após uma agressão física, a partir da qual saiu da casa e foi habitar a cave. Apesar da queixa pelo roubo das chaves e de uma queixa apresentada nas finanças por a filha estar a utilizar os seus recibos verdes, decide não apresentar nenhuma queixa-crime por violência doméstica. Procura apoio financeiro para arranjar uma habitação que consiga pagar com a sua reforma, pois a cave onde se encontra atualmente não tem condições de habitabilidade.

Miguel tinha **80 anos** quando foi entrevistado. Foi vítima de violência doméstica sob a forma de **agressões físicas, psicológicas e financeiras** por parte do seu **filho**, que residiu consigo e que se mantêm a residir com a sua esposa. O filho reside com o casal há cerca de 8 anos, não tem emprego, também devido a um percurso na toxicoddependência, para o qual fez um programa de desintoxicação e recuperação, encontrando-se atualmente e receber tratamento com metadona. O primeiro episódio de violência física ocorre há cerca de 2 anos. Contudo, a violência intensifica-se com uma doença da esposa e incapacidade daí decorrente. Esta por proteção e apoio ao filho acaba por se incompatibilizar com a filha (na altura a principal cuidadora), as duas netas e com o marido, os quais saem da habitação. Após uma agressão física por parte do seu filho, Miguel vai à APAV. Aí é aconselhado a ir ao hospital, onde apresenta uma queixa-crime de violência doméstica, faz uma providência cautelar de medida de afastamento em relação ao filho. Encontra-se a aguardar o julgamento.

Angélica tinha **78 anos** quando foi entrevistada. Foi vítima de violência doméstica sob a forma de **agressões físicas e psicológicas** por parte da sua **filha**, quando esta residiu consigo. Há cerca de 3 anos Angélica descobre um problema de saúde e a filha propõe acompanhá-la durante o tratamento. Passa algum tempo acaba por ir residir com a mãe, iniciando-se então os conflitos. A agressão física surge no último ano descrito, tendo a filha chamado a polícia que se desloca à habitação. Há o registo da ocorrência e a polícia indica-lhe a APAV, onde, entretanto, teve acompanhamento a nível psicológico. Decide “não ir para tribunal”, mas dá um prazo para a filha sair de casa, o que efetivamente aconteceu.

Júlia tinha **76 anos** quando foi entrevistada. Foi vítima de violência doméstica sob a forma de **agressões físicas, psicológicas e financeiras** por parte do seu **filho**, que residiu consigo. O filho, que sempre residiu com Júlia, é toxicoddependente e exerce sobretudo violência financeira e psicológica com o intuito de obter dinheiro da mãe, ainda que a vítima tenha também relatado um episódio de violência física. Durante um episódio de violência, as vizinhas chamam a GNR que regista a ocorrência. Quando é chamada ao tribunal Júlia diz que não quer continuar e que não quer que o filho seja preso. O processo é arquivado, contudo, decorria paralelamente outro processo-crime, tendo o filho sido preso pouco tempo depois.

A informação sobre **Américo, 89 anos**, decorre do processo de investigação no âmbito de um processo-crime, iniciado na GNR, por violência doméstica sob a forma de **agressões físicas, psicológicas e financeiras** por parte do seu **filho**. O agressor reside coma vítima há 17 anos e desde que veio de Angola, onde residiu durante algum tempo, iniciaram-se as agressões. Já pediu e conseguiu, através do delegado de saúde pública, um internamento compulsivo. No entanto após o filho regressar do internamento psiquiátrico, a violência voltou a ocorrer. Num último episódio e após a destruição de propriedade na casa comum (além de agressões físicas ocorridas uns dias antes) decide chamar a GNR e apresenta uma queixa-crime por violência doméstica. O processo judicial já se iniciou e aguarda o resultado.

Hélia tinha **75 anos** quando foi entrevistada. Foi vítima de **violência conjugal** sob a forma de **agressões físicas, sexuais e verbais** por parte do seu marido durante os mais de 40 anos que esteve casada. Com cerca de 74 anos e após uma agressão física e verbal não só contra si, mas dirigida também à sua neta (que na altura habitava com os avós), foge de casa para uma amiga (onde se refugia) e decide procurar a APAV. Durante o processo de acompanhamento na APAV decide apresentar queixa-crime e requerer o divórcio. Mantêm-se durante uns meses a residir em casa de amigas, tendo atualmente já requerido habitação própria. Voltou apenas, mais uma vez a casa com a polícia, para ir buscar pertences pessoais (produtos de higiene pessoal e roupa). Por pressão de um dos filhos acaba por pedir o arquivamento da queixa-crime de violência doméstica. Mantinha-se há mais de um ano à espera do início do processo judicial de divórcio, que aguarda, para poder voltar a sua casa.

Violência conjugal e por parte de outros familiares

Vítima	Agressor	Tipos de violência	Fatores de risco		
			Vítima	Agressor	Contextuais
Hélia, 75 anos	Marido (aguarda audiência divórcio)	Violência física, sexual e psicológica		Utilização de estratégias de controlo e poder	Papel de género tradicionais
Orlando, 65 anos	Ex-mulher (2º casamento)	Violência psicológica	Stress pós-traumático (guerra colonial)		Coabitação (após o divórcio juiz decretou a habitação partilhada)
Lucília, 67 anos	Ex-Marido	Violência física, sexual e psicológica (e financeira?)	Dependência financeira	Utilização de estratégias de controlo e poder	Coabitação Papel de género tradicionais
Ricardo, 65 anos	Irmã e cunhado	Violência física (1 episódio) e psicológica		Dificuldades financeiras	
Isaura, 66 anos	Marido (70 anos) e enteada	Violência financeira e psicológica			Coabitação
Isabel, 63 anos	Marido	Violência física, psicológica e financeira			Coabitação
Fernando, 60+ anos	Cunhado, 50 anos	Violência física e psicológica		Problemas psíquicos, relatados pela vítima Desemprego e dependência financeira da vítima	Coabitação

Orlando tinha **65 anos** quando foi entrevistado. É vítima de **violência conjugal** sob a forma de **agressões psicológicas** por parte da ex-mulher com quem reside. Orlando teve um primeiro casamento do qual teve dois filhos. Já viúvo conhece, há cerca de 10 anos, a sua ex-mulher, com a qual decide casar e que se muda para a residência deste. A casa é a residência de Orlando há 48 anos, tendo-se mudado ainda com os seus pais, residindo posteriormente com a sua 1ª mulher e os seus dois filhos, os quais já saíram de casa. A casa camarária do tipo T2 é decretada como residência de ambos, pelo tribunal no processo de divórcio, concluído há cerca de 4 anos. Entretanto a ex-mulher inicia um processo judicial para poder ficar com a casa, mas “perde” o processo. Orlando decide apresentar uma queixa por violência doméstica (há cerca de 1 ano), tendo já sido ouvido pela procuradora e aguardando continuação do processo judicial.

Lucília tinha **67 anos** quando foi entrevistada. Foi vítima de vítima de **violência conjugal** sob a forma de **agressões físicas, sexuais e psicológicas** por parte do seu ex-marido durante toda a vida em comum (desde os 17 anos até há cerca de 10 anos). Quando decide pedir ajuda desloca-se à APAV, onde após algum tempo em acompanhamento decide apresentar uma queixa-crime por violência doméstica. O processo demora cerca de 3 anos e ao mesmo tempo o marido pede o divórcio. Encontra-se divorciada há cerca de 5 anos.

Ricardo tinha **65 anos** quando foi entrevistado. É vítima de **violência por parte da irmã e cunhado** sob a forma de **agressões psicológicas e físicas**, sobretudo há cerca de 1 ano e meio. Contudo, as relações familiares são reportadas como conflituosas e difíceis há mais tempo (20 anos), sobretudo derivadas de questões financeiras. Pediu apoio na APAV tendo posteriormente apresentado uma queixa por difamação, calúnia, tentativa de agressão física e agressão física de menor importância. Já prestou depoimento e aguarda processo de investigação.

Isaura tinha **67 anos**, quando foi entrevistada. Foi vítima de **violência conjugal** sob a forma de **agressões psicológicas e financeiras** por parte do seu marido em coautoria com a enteada. Isaura era viúva quando conheceu o seu atual marido na igreja que frequentava. Casaram-se há cerca de 6 anos e a pedido deste aceita ser fiadora de um empréstimo para o negócio da enteada. Contudo, percebe mais tarde, quando o banco retira da sua conta a prestação do empréstimo e que tinha, de facto, assinado os papeis como credora e não fiadora. É acusada por este e pela enteada de ser “gastadeira” uma vez que a sua reforma é toda para pagar o empréstimo bancário. O marido, que estava como fiador, passa entretanto a casa, que está em seu nome, para o nome da filha (sua enteada). Ainda assim mantêm-se na relação até que o marido adoece é hospitalizado e integra os cuidados continuados. Descobre, entretanto, que este tinha iniciado um processo de divórcio e quando o marido sai do hospital vai habitar com a filha. Entretanto um dia chega a casa e tem o gás, a luz e a água cortadas. É-lhe dito pelo marido e filha deste, que tem de sair de casa, que pertence à enteada. Quando um dia chega a casa tem a fechadura mudada e todos os seus bens trancados dentro da mesma. Pede ajuda a uma amiga, que depois a encaminha para a APAV. Apresenta uma queixa-crime de violência doméstica, que é entretanto arquivada e aguarda nomeação de advogado oficioso para o processo judicial de divórcio.

Isabel tinha **63 anos** quando foi entrevistada. Foi vítima de **violência conjugal** sob a forma de **agressões físicas, psicológicas e financeiras** por parte do seu marido durante todo o casamento. Já estava se encontrava a ser apoiada a nível psicológico na APAV quando após uma agressão física a GNR é chamada ao local, Isabel é reencaminhada para o hospital e após o registo da ocorrência o processo-crime por violência doméstica se inicia. Contudo, quando vai prestar depoimento decide “retirar” a queixa com medo. Entretanto o marido requer o divórcio. Encontra-se a aguardar o início do processo judicial de divórcio. Atualmente ainda habita com o marido, dado que foi proibida por este de trabalhar, pelo que, não possui qualquer tipo de rendimentos. Além disso ao mesmo tempo que pediu o divórcio, o marido retirou todo o dinheiro das contas em comum do banco.

Fernando foi entrevistado no âmbito de um processo-crime por violência doméstica iniciado na GNR sob a forma de **agressões físicas e psicológicas por parte do seu cunhado**. Apesar de uma relação difícil e conflituosa foi desde que sofreu um AVC que as agressões se iniciaram. Já prestou depoimento e encontra-se a aguardar o processo de investigação. Os cunhados mantêm-se a coabitação, contudo, segundo a vítima desde a apresentação da queixa não ocorreram mais agressões.