

VIOLÊNCIA SOBRE A PESSOA MAIS VELHA

João Redondo, Horácio Firmino, Sandra Pereira, Ana Teresa Correia

INTRODUÇÃO

Na sequência das recomendações da 49.^a Assembleia Mundial da Saúde (Forty-Ninth World Health Assembly, 1996), que assinava a violência como um problema de saúde pública prioritário que urgia ser prevenido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou o *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde* (Krug *et al.*, 2002). Neste documento, a OMS define a violência como o “uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de ato ou de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, perturbações do desenvolvimento ou privação.” (Krug *et al.*, 2002, p. 5). Relativamente à sua tipologia (**Figura 30.1**), classifica a violência como autoinfligida¹, interpessoal² e coletiva³. Tal classificação procura captar o cenário subjacente à ação, à relação entre agressor e vítima e, no caso da violência coletiva, às possíveis motivações para a violência.

Pensamos que esta terminologia e as subcategorias associadas, pela sua abrangência,

contribuem para uma melhor perceção da complexidade do problema e, entre outros aspetos, permitem à investigação uma caracterização mais precisa da população em estudo (Redondo, 2012).

O abuso contra a pessoa idosa foi descrito inicialmente em 1975, no Reino Unido, com o termo *granny battering* (Baker, 1975). O problema foi abordado pela primeira vez como uma questão social e política no Congresso dos Estados Unidos da América (EUA). Na década de 80 do século XX, pesquisas científicas e ações governamentais foram relatadas em vários países desenvolvidos (Krug *et al.*, 2002), registando-se, desde então, um aumento da atenção dada a esta problemática, associada a preocupações crescentes a nível social, médico e judicial.

Tal mudança não é alheia ao facto de se prever (Krug *et al.*, 2002) que, no Mundo, as pessoas com idades superiores aos 60 anos irão, relativamente a 1995, duplicar em 2025 (de 542 milhões para cerca de 1,2 mil milhões) (**Figura 30.2**). Em Portugal, segundo Santos *et al.* (2013), em 2009, a população residente estimada com 65 ou mais anos representava 17,9% da

¹ A violência autoinfligida inclui o comportamento suicida (tentativas de suicídio e suicídio) e a autoagressão (automutilação).

² A violência interpessoal inclui duas subcategorias: (i) a violência familiar/por parceiro íntimo, que ocorre, principalmente, entre os membros da família ou entre parceiros íntimos e, usualmente, dentro de casa, e inclui os maus-tratos a menores, a violência por parceiro íntimo e os maus-tratos a idosos; (ii) a violência na comunidade, que ocorre entre pessoas que não têm parentesco e que podem conhecer-se, ou não, e que acontece, normalmente, fora de casa, e inclui a violência entre os jovens, o estupro ou a agressão sexual por desconhecidos e a violência em estabelecimentos como escolas, locais de trabalho, prisões e lares de terceira idade.

³ Relativamente à violência coletiva, as subcategorias associadas (social, política e económica) sugerem as possíveis motivações para a violência cometida por grandes grupos de indivíduos ou por países.

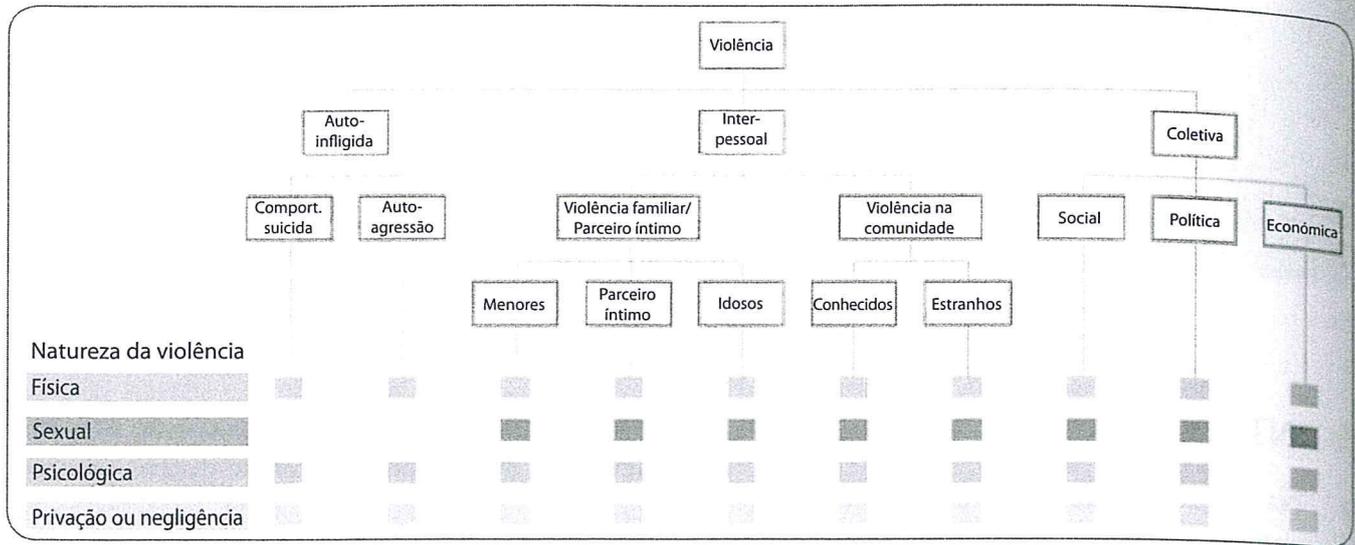


Figura 30.1 – Tipologia da violência.
 Fonte: Adaptado de Krug *et al.* (2002).

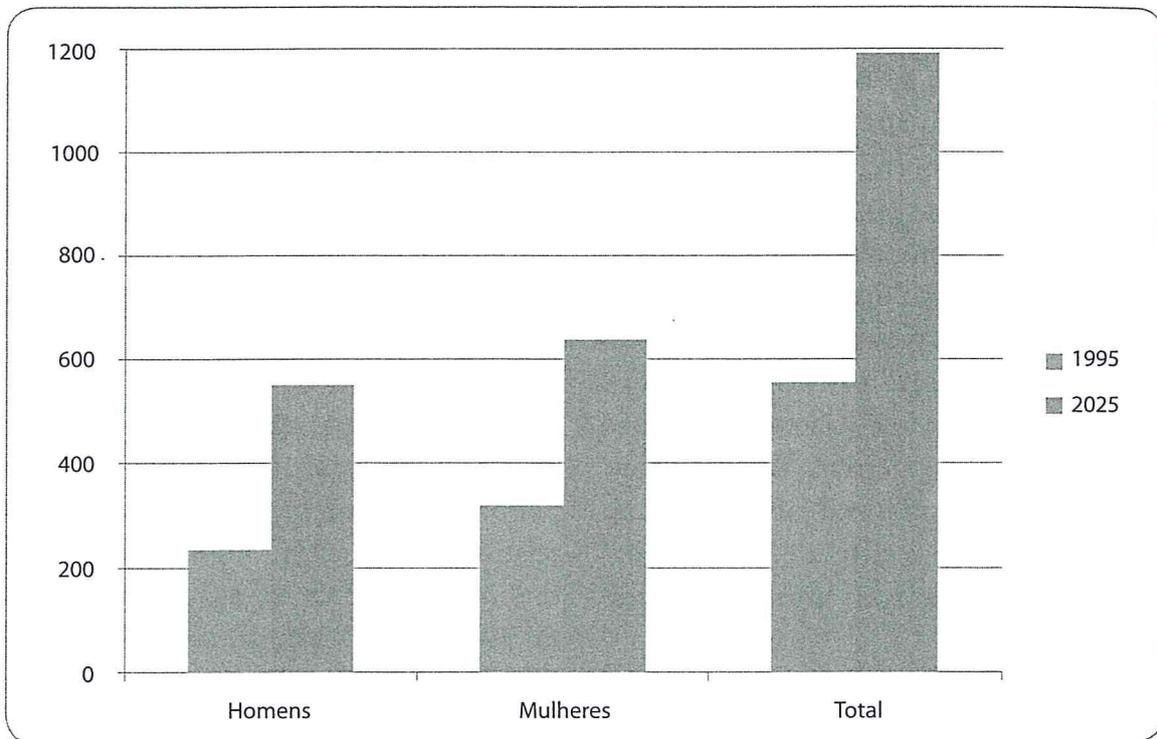


Figura 30.2 – Projeção do crescimento populacional com idade igual ou superior a 60 anos entre 1995-2025.
 Fonte: Adaptado de Krug *et al.* (2002).

população portuguesa⁴. De acordo com as projeções demográficas do Instituto Nacional de Estatística (INE), até 2060, a percentagem de jovens no total da população diminuirá para 11,9%, aumentando para 32,3% a proporção de idosos.

Devido à idade e à diminuição das capacidades física e cognitiva, os idosos são alvos fáceis para todo o tipo de abuso, sendo que, a maioria das vezes, os responsáveis são os próprios familiares ou os cuidadores próximos. A desresponsabilização familiar pelos cuidados de saúde que mantêm e preservam a sua sobrevivência, o autoritarismo e a apropriação abusiva dos seus bens são exemplos de uma violência que, embora mais simbólica e psicológica do que física, é marcante e “destrutiva”.

Com base em estudos norte-americanos e europeus, poderemos situar a prevalência do fenómeno dos maus-tratos contra o idoso entre os 3,5% e os 5,4% (Kivela *et al.*, 1992; Ogg & Bennett, 1992; Acierno *et al.*, 2010).

Sobre o abuso institucional existem poucos dados. De acordo com o relatório apresentado por uma comissão da Organização das Nações Unidas (ONU), relativamente a um estudo realizado nos EUA, encontrou-se que 36% do *staff* de Enfermagem testemunharam um incidente de abuso físico, 10% admitiram que cometeram, pelo menos, um ato de abuso físico, 81% observaram um incidente de abuso psicológico e 40% admitiram ter abusado verbalmente de um residente nos últimos 12 meses.

De registar que a inexistência de um consenso sobre a idade de início da terceira idade dificulta a comparação dos dados internacionais realizados sobre o tema.

Apesar da existência de vários estudos, o abuso continua a ser um problema subdiagnosticado e subnotificado. Em Portugal, entre 2000 e 2012 (Figura 30.3), a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) registou um total de

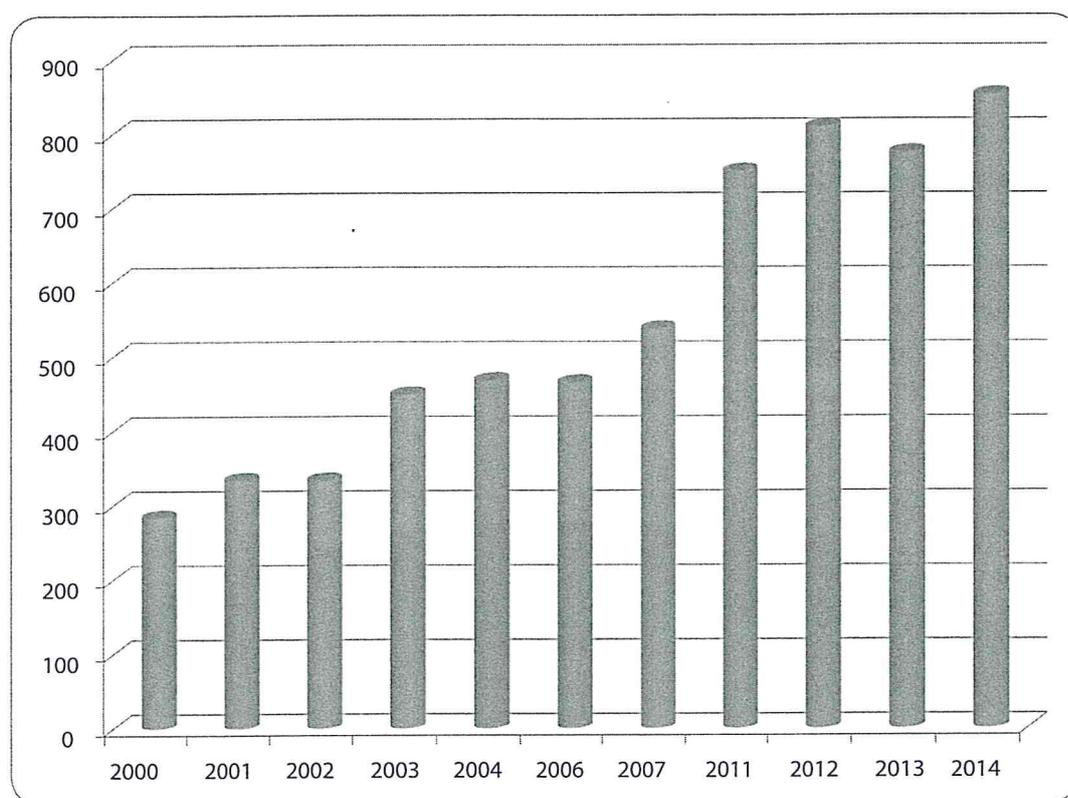


Figura 30.3 – Pessoas mais velhas (com idade igual ou superior a 65 anos) vítimas de abuso – dados estatísticos da APAV.

Fonte: Adaptado de APAV (2012).

⁴ Entre 2004 e 2009, a proporção de jovens decresceu de 15,6% para 15,2% da população residente total, constata-se um aumento do número de idosos de 17,0% para 17,9% (Carrilho & Patrício, 2010).

7058 processos de apoio de pessoas idosas vítimas de crime e de violência. Mais recentemente, a APAV refere que, relativamente às pessoas idosas, de 774 casos em 2013, passou-se para 852 em 2014 – mais 10,1%. Houve um aumento de cerca de 179% de 2000 para 2012 (mais 519 processos de apoio). Para o mesmo período, a APAV assinalou 14139 factos criminosos.

No global, falamos de uma perturbação multidimensional, associada a uma interação complexa entre múltiplos fatores, onde, sem dúvida, a violência, a exclusão e a solidão representam problemáticas a ter em conta na leitura e na compreensão destes números. Entender como esses fatores estão relacionados e geram violência é um dos passos importantes na abordagem de saúde pública para prevenir a violência. O modelo ecológico (Figura 30.4), inicialmente, aplicado aos maus-tratos da criança (final da década de 70 do século XX) e, posteriormente, à violência juvenil, foi mais recentemente aplicado à problemática da violência entre parceiros íntimos e aos maus-tratos a idosos.

Explorando a relação entre os fatores individuais e contextuais e considerando a violência como produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento, retroagindo entre si, este modelo ajuda-nos a organizar o pensamento quando procuramos definir a estratégia a implementar no caso a caso. Desde o nível

microsistémico, do indivíduo e da família, até ao nível macrosistémico, da ideologia e da cultura dominantes, passando pelos contextos mais ou menos proximais nos quais a violência se mantém, em cada um destes níveis poderemos encontrar pistas de compreensão para a violência familiar/por parceiro íntimo, sabendo que nenhuma constitui, isoladamente, a explicação universal da violência (Redondo, Pimentel & Correia, 2012). Conforme refere a OMS (Krug *et al.*, 2002), “a proposta ecológica enfatiza as múltiplas causas da violência e a interação dos fatores de risco que operam no interior da família e dos contextos mais amplos da comunidade, como os contextos social, cultural e económico”.

■ CONCEITO

A *American Medical Association* (AMA) (1994) definiu “abuso contra a pessoa idosa” como “qualquer ato ou omissão que resulte em lesão ou ameaça de lesão à saúde e bem-estar da pessoa idosa.” Em 1995, a *Action on Elder Abuse* (AEA) (Reino Unido) reformulou o conceito e definiu “abuso contra a pessoa idosa” 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 pessoa mais velha.” Esta definição foi, posteriormente, adotada pela *International Network*

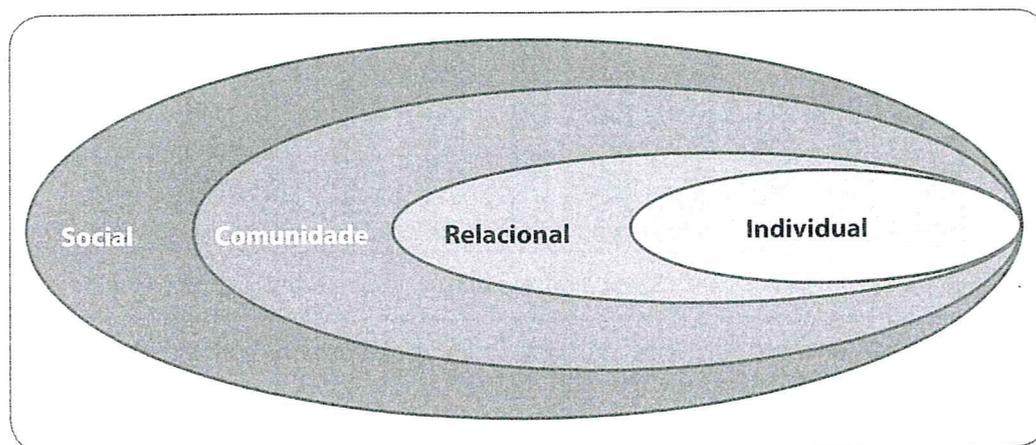


Figura 30.4 – Modelo ecológico para a compreensão da violência.
Fonte: Adaptado de Krug *et al.* (2002).

for the Prevention of Elder Abuse (INPEA), pela OMS (Krug *et al.*, 2002), e assumida na Declaração de Toronto, assinada pelos países membros da ONU, em 2002.

Nesta definição adotada pela AEA, a relação de confiança (formal ou informal), de forma voluntária ou imposta (entre abusado e abusador) representa o cerne da questão. O abuso traduz uma “traição” à confiança inicialmente depositada (Bonnie & Wallace, 2003). Apesar de ter alcançado uma grande popularidade por englobar várias dimensões do problema, alguns aspectos desta definição são alvo de crítica, nomeadamente, a sua difícil operacionalização, devido à inclusão de elementos subjetivos, como, por exemplo, “expectativa de confiança” e “aflição” (Santos *et al.*, 2013). De registar também que nesta definição⁵ não é salientada a intencionalidade associada ao ato propriamente dito, independentemente do resultado produzido, evidenciando-se aqui uma das diferenças face ao conceito de violência (Krug *et al.*, 2002), diferença essa que se traduz na admissibilidade de ausência de intenção (Fonseca *et al.*, 2012). Ao não realçar o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, com vista a exercer controlo e poder sobre a vítima, isso pode resultar em vítimas de abuso “que se situam entre o abuso de idosos e a violência doméstica” (Robyn, 2001).

A literatura sobre abuso de idosos tende a considerar a violência doméstica exercida sobre as mulheres mais velhas como sendo um dos subtipos de abuso, ou ignora-a completamente, em que a vítima é vista como uma pessoa vulnerável e que necessita de apoio médico e social e ao agressor não lhe é exigida responsabilidade, podendo ser considerada inadequada a submissão à justiça/julgamento criminal (Scott *et al.*, 2004). O termo “abuso de idosos” assume conotações paternalistas e ageístas e pode resul-

tar em respostas inadequadas ou inapropriadas pelos profissionais e outros prestadores de cuidados (Wright, 2003).

■ TIPOLOGIA DO ABUSO

Embora não haja consenso sobre a tipificação, muita da literatura atribui ao abuso contra pessoas mais velhas cinco categorias, como mostra a **Tabela 30.1** (Perel-Levin, 2008): físicas; psicológicas/emocionais; financeiras; sexuais; e negligência (Anetzberger, 2005; WHO & INPEA, 2002). Cada tipo de abuso pode ocorrer isoladamente ou em combinação, com várias configurações possíveis: em casa, onde a grande maioria das pessoas mais velhas vive; nos Centros de Dia; em Hospitais; e em Lares.

Refere Ferreira-Alves (2005) que o National Center on Elder Abuse (NCEA, 1998), com base numa análise e numa revisão das definições já existentes, propôs, em 1998, sete tipos de abuso para idosos não institucionalizados:

- Abuso físico: o uso não acidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade. As punições físicas de qualquer tipo são exemplos de abuso físico. A submedicação ou a sobremedicação também se incluem nesta categoria;
- Abuso sexual: contacto sexual não consensualizado, de qualquer, tipo com uma pessoa idosa;
- Abuso emocional ou psicológico: a infligência de angústia, dor ou aflição, por meios verbais ou não verbais, a humilhação, a infantilização e ameaças de qualquer tipo incluem-se nesta categoria;
- Exploração material ou financeira: uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens do idoso;

⁵ Assente nos seguintes vetores: ato ou conduta, variável de acordo com a sua natureza e tipo; relação interpessoal de confiança; consequência que provoca um efeito, obrigatoriamente traduzido num dano físico e/ou mental.

Tabela 30.1 – Tipologias do abuso.

TIPO DE ABUSO	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
Abuso físico	Provocar dor ou lesão.	Agredir, dar palmadas, pontapear, forçar a alimentação, contenção, agredir com objetos.
Abuso psicológico/ /emocional	Induzir angústia mental.	Ameaça ou agressão verbal, ameaças, ameaças de institucionalização, isolamento social, humilhações verbais.
Abuso financeiro/ /material	A exploração imprópria ou ilegal e/ou o uso de recursos ou dinheiro.	Roubo de cheques ou dinheiro, coerção para privar a pessoa mais velha dos seus bens, tais como transferência forçada de propriedade.
Abuso sexual	Contacto não consensual de qualquer tipo com uma pessoa mais velha.	Conversa sugestiva, forçar a atividade sexual, toques e/ou carícias não consensuais.
Negligência	Recusa intencional ou não, ou a falha do cuidador em dar resposta às necessidades exigidas para o bem-estar da pessoa idosa.	Incapacidade de fornecer alimentação adequada, vestuário, alojamento, cuidados médicos, higiene ou contactos sociais.

Adaptado de Perel-Levin (2008).

- **Abandono:** a deserção de ao pé de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido responsabilidade de lhe prestar cuidados;
- **Negligência:** recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso;
- **Autonegligência:** comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. Esta definição exclui situações em que uma pessoa idosa mentalmente capaz (que compreende as consequências das suas decisões) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em atos que ameaçam a sua saúde ou segurança.

É importante salientar que os maus-tratos a idosos não devem ser entendidos fora do contexto da violência social/estrutural em que os indivíduos e as comunidades estão inseridos. A forma como os maus-tratos e a violência contra os idosos são percebidos varia entre culturas e sociedades.

Relativamente ao abuso no contexto institucional, é feita uma distinção entre atos individuais⁶ e atos institucionais⁷ (Krug *et al.*, 2002), embora, na prática, nem sempre seja fácil especificar quem é o agressor, uma vez que ambos os atos se encontram frequentemente associados.

⁶ Onde vários tipos de atores sociais podem ser, individualmente, responsáveis pelo abuso de pessoas idosas (e.g., um elemento da equipa, outro residente, um visitante, familiares, amigos). Importa registar que um relacionamento abusivo anterior não termina necessariamente quando o idoso entra na instituição, pois a mesma relação abusiva pode continuar no cenário institucional.

⁷ Quando o clima organizacional é promotor de dinâmicas interacionais potenciadoras do abuso.

■ EPIDEMIOLOGIA E IDENTIDADE DO ABUSADOR

Os estudos de prevalência sobre a violência contra as pessoas idosas, em contexto familiar, são muito heterogêneos e não são suficientemente esclarecedores, por insuficiências na definição dos modelos teóricos e dos conceitos operatórios (Santos *et al.*, 2013).

As pesquisas realizadas no âmbito da investigação europeia sobre a prevalência da violência interpessoal e o seu impacto na saúde e direitos humanos mostram que os maus-tratos contra idosos perpetrados por familiares e parentes próximos é inferior a 11% (Martinez & Schröttle, 2006).

Segundo o *National Elder Abuse Incidence Study* (1998) e a secção de estatísticas do Departamento de Justiça norte-americano, a negligência é o tipo mais frequente de maus-tratos aos idosos (48,7%), seguido de abuso emocional/psicológico (35,5%), abuso financeiro ou material (30,2%) e abuso físico (25,6%). Os filhos são os principais perpetradores (47,3%), seguidos dos cônjuges (19,3%), outros familiares (8,8%) e netos (8,6%). Como indicam os resultados da investigação, em 85% das situações de abuso, o perpetrador é um familiar, sendo que, destes, dois terços são filhos ou cônjuges (Ferreira-Alves, 2005).

Num estudo realizado em Portugal, de Martins-Gil *et al.* (2015), estima-se que a prevalência de abuso em meio familiar corresponde a 12,3%, sendo os mais frequentes o psicológico (6,3%), o financeiro (6,3%), o físico (2,3%), a negligência (0,4%) e o sexual (0,2%). Neste estudo, as mulheres idosas são as maiores vítimas em idades mais precoces do envelhecimento, existindo um risco maior com o avançar da idade para ambos os sexos, surgindo os homens nas idades mais avançadas como o grupo mais vulnerável. Também se verificou que aqueles que apresentavam sintomatologia depressiva (17,5%) eram mais vulneráveis do que os que apresentavam uma boa saúde

mental (8,3%), tal como a existência de uma doença crónica (15,3%), comparativamente com os que não sofriam deste tipo de quadros clínicos (6,3%). Os níveis altos de dependência (24,3%) mostraram ser um fator de risco comparativamente com a situação das pessoas que mantinham autonomia (10,1%). Relativamente aos agressores, 13,5% correspondiam ao cônjuge ou companheiro, 16,1% aos filhos, 2,5% aos netos e cerca de um terço (27%) a outros familiares (e.g., sobrinho, cunhado/a, irmão/ã). Também em 5,5% foram indicados os cuidadores formais e em 11,6% os amigos e/ou vizinhos. Importa registar que, neste estudo (Martins-Gil *et al.*, 2015), 13,5% dos respondentes recusaram identificar o agressor.

■ “INVISIBILIDADE” DO ABUSO E FATORES DE RISCO

O modelo ecológico, enfatizando as múltiplas causas da violência que operam do nível microssistémico ao macrosistémico, ajuda-nos a encontrar pistas de compreensão para a violência familiar/por parceiro íntimo. Considerando a violência como produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento, retroagindo entre si, este esquema permite-nos pensar nos múltiplos fatores de risco associados a cada situação e nas múltiplas áreas de intervenção, necessárias para fazer face à violência (Redondo, Pimentel & Correia, 2012).

Partindo do modelo ecológico, alguns exemplos de fatores de risco do micro ao macro (Krug *et al.*, 2002) que importa ter em conta na avaliação:

- **Fatores individuais:** alguns exemplos relativamente ao agressor:
 - Os que são fisicamente agressivos, comparativamente à população, em geral, são mais propensos a apresentar distúrbios de personalidade e problemas relacionados com alcoolismo (Reay & Browne, 2001);

- Sofrem de mais problemas de saúde mental e de abuso de substâncias comparativamente aos membros da família ou a cuidadores de idosos que não são violentos (Jogerst, Daily & Galloway, 2012);
- As dificuldades financeiras representam um importante fator de risco.
- **Relativamente à vítima**, alguns exemplos de fatores de risco individuais (**Quadro 30.1**):
 - A debilidade cognitiva e física dos idosos vítimas de abuso. De registar que alguns estudos com doentes que sofriam de doença de Alzheimer (DA) demonstraram que o grau de debilidade não representa, só por si, um fator de risco para se ser vítima (Paveza *et al.*, 1992), mas pode emergir quando associado ao *stress* do cuidar (Cooper, Selwood & Blanchard, 2009);
 - Cooney & Mortimer (1995a) constataram uma prevalência de abuso de pessoas com demência na ordem dos 55%, facto confirmado por Keene *et al.* (1999) e Lyketsos *et al.* (2000);
 - Segundo um estudo de Dyer *et al.* (2000), as pessoas mais velhas que foram abusadas ou negligenciadas so-
- frem, para além da demência (51%), de depressão (62%);
- O género tem sido proposto por alguns autores como um fator de risco no que diz respeito ao abuso de idosos, colocando o enfoque na mulher vítima de violência, por vezes, ao longo de toda a sua vida (Aitken & Griffin, 1996). Segundo outros estudos, os homens idosos correm risco de abuso a nível familiar na mesma proporção que mulheres (Podnieks, 1992).
- **Fatores de relacionamento**: relativamente aos fatores associados ao relacionamento, refere a OMS (Krug *et al.*, 2002):
 - Nos primeiros modelos teóricos, o nível de *stress* das pessoas que cuidam dos idosos era visto como um fator de risco, que associava o abuso de idosos com os cuidados a um parente idoso (Eastman, 1994). Embora, atualmente, o *stress* não seja negado pelos investigadores enquanto fator de risco, estes tendem a “lê-lo” num contexto mais amplo, em que a qualidade do relacionamento é um fator causal (Reis & Nahamish, 1998). Alguns dos estudos relativos ao *stress* do cuidador indicam que a natureza do relacionamento entre cuidador

Quadro 30.1 – Alterações psiquiátricas associadas a maus-tratos.

Demência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Declínio da memória; ▪ Raciocínio prejudicado; ▪ Despersonalização; ▪ Isolamento social; ▪ Diminuição da capacidade em comunicar; ▪ Autocuidado diminuído; ▪ Vulnerabilidade; ▪ Dependência.
Depressão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autoestima e autoconfiança diminuída; ▪ Diminuição da motivação.
Alteração de comportamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resistência e recusa aos cuidados; ▪ Relacionamento deteriorado com o cuidador; ▪ Agressões.

Adaptado de Cooper & Livingston (2014).

- e idoso, antes de o abuso começar, pode representar um importante indício da futura emergência de uma situação de *stress*/abuso (Hamel *et al.*, 1990).
- De acordo com Jones, Holstege & Holstege (1997) e Hirsch & Loewy (2001), os principais fatores de risco para o abuso são a excessiva dependência do idoso de outrém, para as suas atividades de vida diária (AVD), e o *stress* do cuidador – podendo este ser visível através de uma baixa qualidade da relação, devido a stressores externos como o emprego, a família ou as finanças pessoais, a falta de suporte social, o esgotamento emocional, a depressão ou o aumento das necessidades de cuidados de um familiar demente;
 - Para além destes dois aspetos que lideram como fatores de risco, Jones, Holstege & Holstege (1997) e Hirsch & Loewy (2001) consideram a existência de uma história de violência familiar, de psicopatologia no cuidador (e.g., abuso de substâncias, personalidade sociopática, hostilidade dirigida à pessoa mais velha, ser autoritário/rígido com os outros), a dependência que o cuidador tenha do idoso para habitação ou para ter suporte financeiro, o ambiente sociocultural, uma habitação inadequada, a personalidade exigente do idoso e a existência de sanções culturais contra a procura de ajuda fora da família (Ferreira-Alves, 2004);
 - Embora inicialmente tenha sido enfatizada a dependência da vítima em relação ao cuidador como um potencial fator de risco, trabalhos posteriores identificaram agressores que eram dependentes do idoso – comumente, jovens que dependem de pais idosos para ter casa e assistência financeira (Pillemer, 1989);
 - Investigação com idosos demenciados tem demonstrado que atos violentos praticados pelas pessoas que recebem cuidados podem funcionar como “gatilho” para a violência recíproca por parte da pessoa que cuida do idoso;
 - Para alguns autores, a violência representa o resultado da interação de vários fatores (*stress*, nível relacional entre o cuidador e o próprio idoso, existência de comportamento violento e agressividade por parte da pessoa que recebe os cuidados, depressão da pessoa que cuida) (O’Loughlin & Duggan, 1998);
 - Aspetos relacionados com a habitação, como a superlotação e a falta de privacidade, têm sido associados a conflitos dentro da família;
 - Ressalta, assim, como fator de risco, uma “teia da interdependência” traduzida numa forte ligação emocional entre vítima e o agressor, contexto, por vezes, potenciador da “invisibilidade” da violência/rejeição da intervenção.
- **Fatores comunitários e sociais:** alguns fatores de risco comunitários e sociais associados ao abuso de idosos (Krug *et al.*, 2002):
- O isolamento social surge como um fator significativo associado aos maus-tratos de idosos (Grafstrom, Nordberg & Winblad, 1994). Assim como ocorre com as mulheres que são constantemente maltratadas, o isolamento de idosos pode tanto ser uma causa como uma consequência do abuso. Muitos idosos estão isolados atendendo a doenças físicas ou mentais. Além disso, a perda de amigos e membros da família reduz as oportunidades de interação social;
 - Fatores associados às mudanças políticas são também responsáveis por afetar o bem-estar geral da saúde e psicossocial, e incluem o crescente empobrecimento de partes significativas da sociedade, o

alto índice de desemprego, a falta de estabilidade e de apoio da segurança social, a maior visibilidade da agressividade, especialmente, entre os jovens;

- Normas culturais e tradições, tais como discriminação etária, discriminação sexual e uma cultura de violência, assumem um papel importante no desencadear/manutenção do abuso.

Conhecer os fatores de risco (**Quadro 30.2**) representa uma importante ajuda para orientar e aprofundar a avaliação da existência ou não de abuso. Reis (2000) propõe uma medida de des-
piste do abuso com base em 29 indicadores que incluem variáveis relacionadas com o cuidador e variáveis associadas com o idoso.

- **Relativamente ao cuidador:** apresentar problemas de comportamento, estar financeiramente dependente, sofrer de problemas mentais/emocionais, abusar de álcool ou outras substâncias, apresentar expectativas irrealistas, não compreender a condição médica do idoso, apresentar relutância nos cuidados, ter conflitos conjugais ou familiares, ter uma relação atual de baixa qualidade com o idoso, inexperiência na prestação de cuidados, atitude acusadora derivada de uma relação passada com o idoso de baixa qualidade;

- **Relativamente ao idoso:** ter sido abusado no passado, ter conflitos conjugais/familiares, pouca compreensão da sua condição médica, sofrer de isolamento social, falta de suporte social, apresentar problemas de comportamento e acusador, sofrer de problemas emocionais/mentais, estar financeiramente dependente, abuso de álcool ou de medicações, relação atual com o cuidador de baixa qualidade, sofrer de ferimentos ou sequelas suspeitas, estar emocionalmente dependente e não ter acompanhamento médico regular.

Dentro das **Instituições**, o espectro do abuso e da negligência tem uma amplitude considerável (Bennet & Kingston, 2014):

- **Na prestação de cuidados:** resistência do idoso em aceitar a mudança da medicação prescrita, desqualificação pelo cuidador da individualidade do utente, alimentação inadequada e negligência na prestação de cuidados;
- **Problemas com os elementos do staff:** stress relacionado com o trabalho/*burnout*, condições (físicas) de trabalho precárias, formação insuficiente dos profissionais e problemas de saúde mental;
- **Problemas na interação entre elementos do staff e residentes:** agressividade

Quadro 30.2 – Fatores de risco associados a maus-tratos de pessoas mais velhas.

- Idade avançada;
- Nível socioeconómico reduzido com escassos recursos económicos e sociais do idoso e/ou do cuidador abusador (por ex. baixos rendimentos, condições de salubridade precárias);
- Psicopatologia do idoso (e.g., presença de demência, abuso de substâncias);
- Psicopatologia do cuidador (por abuso de substâncias, alterações psicológicas e personalidade patológica);
- História anterior de violência do cuidador abusador e/ou do idoso;
- Excessiva dependência do idoso para o cuidador com frustração ou exaustão do prestador de cuidados;
- Isolamento social do idoso;
- Relação atual e remota do idoso com cuidador de baixa qualidade.

Fonte: Adaptado de Swagerly, Takahashi & Evans (1999); Reis (2000); Hirsch & Loewy (2001); Ferreira-Alves (2004).

dos residentes dirigida aos elementos do *staff*, diferenças culturais e problemas ao nível da comunicação;

- **“Ambiente” institucional:** falta de privacidade, instalações degradadas, restrições e propensão a acidentes dentro da Instituição;
- **Políticas organizacionais:** impõem no dia a dia poucas hipóteses de escolha aos residentes em nome da rotina, da disciplina e da proteção, redução ou alta rotatividade de pessoal, fraudes envolvendo bens ou dinheiro dos residentes e inexistência na Instituição de um “conselho” de residentes e/ou de famílias.

De acordo com um estudo realizado pelo Governo dos EUA, em 1997 (Krug *et al.*, 2002), que envolveu 15 mil lares de idosos (Harrington *et al.*, 2000), as 10 principais insuficiências encontradas a nível institucional estavam associadas a:

- Preparação de alimentos (21,8%);
- Falta de uma avaliação abrangente e fundamentada das necessidades, incluindo assistência médica, de Enfermagem e apoio social (17,3%);
- Falta de um plano de cuidados especificando as necessidades diárias de cuidados no caso a caso e indicando quem é o responsável por elas, com comentários sobre a evolução e as mudanças requeridas (17,1%);
- Acidentes (16,6%);
- Escaras (16,1%);
- Qualidade ao nível dos cuidados (14,4%);
- Limitações físicas (13,3%);
- Trabalho doméstico (13,3%);
- Falta de dignidade (13,2%);
- Falta de investimento na prevenção de acidentes (11,9%).

A este propósito, não existem estudos que nos permitam um conhecimento da real situação em Portugal, mas não é de excluir que

o mesmo ocorra entre nós. Para isso, muito contribui o facto de a legislação existente não contemplar a obrigatoriedade de uma formação adequada dos profissionais que trabalham nessas instituições, e muito menos exige um quadro mínimo de profissionais especializados (enfermeiros, psicólogos e médicos especialistas) que pudessem dar a resposta às necessidades dos utentes que aí se encontram.

■ MODELOS TEÓRICOS PARA A COMPREENSÃO DO ABUSO

A maioria das situações de abuso acontece em casa, pois é aqui que a maioria dos idosos reside. Conforme refere Ferreira-Alves (2005), muitas vezes, o abuso é a continuação de um longo padrão de abuso físico ou emocional na família. A forma mais comum de abuso será, talvez, derivada de mudanças relacionais e de situações de vida, advindas da progressiva fragilidade e dependência que o idoso fica dos seus familiares.

Várias teorias foram identificadas para explicar a origem dos casos de abuso, nomeadamente, teorias sociodemográficas e explicativas que, na nossa opinião, se completam e poderão ajudar a compreender de uma forma integradora a problemática do abuso nas pessoas mais velhas.

As teorias sociodemográficas salientam o aumento da esperança média de vida e os avanços na tecnologia médica e farmacêutica, que permitem o prolongamento dos anos de vida em doentes com patologias crónicas.

Quanto às **teorias explicativas** (Ferreira-Alves, 2005):

- O **modelo do stress situacional** defende que os maus-tratos são um fenómeno situacional que ocorre quando se gera *stress* no cuidador, especialmente, por incapacidade física ou mental da vítima, por condições socioeconómicas desfavoráveis ou por falta de competências de *coping* do cuidador. O *stress* experienciado pelo cuidador levá-lo-ia a praticar maus-tratos

ao idoso. Tendo em conta esta leitura e compreensão do “problema”, surgem vários programas dirigidos ao cuidador, visando aumentar-lhe as competências de *coping* com a situação de *stress* do complexo ato de cuidar (McDonald & Collins, 2000);

- A **teoria da troca social** defende que cada relação é caracterizada pela expectativa dos benefícios ou das recompensas que oferece, comportando, igualmente, responsabilidades, numa dinâmica interacional onde cada um dos intervenientes procura retirar o maior número de recompensas e o menor número de prejuízos. Na relação idoso-cuidador, uma maior dependência do primeiro pode conduzir a desequilíbrios nas trocas sociais, levando o cuidador a sentir maior poder e, em simultâneo, menor recompensa na relação, podendo tal dinâmica potenciar uma situação de violência associada a qualquer tipo de maus-tratos;
- No **modelo da violência transgeracional**, as crianças expostas a situações de violência (direta e/ou indireta) aprenderiam, desde cedo, que a violência é uma resposta aceitável ao *stress*. Assim, o papel de abusadores na vida adulta dever-se-ia a uma aprendizagem ao longo do desenvolvimento, associada à observação e/ou à experiência de abuso ou maus-tratos, que se perpetuaria de geração em geração;
- Segundo o **modelo de violência bidirecional**, a violência e o abuso são um fenómeno bidirecional assumido tanto pela vítima como pelo cuidador. Parece ser um fenómeno típico de famílias que, ao longo do seu ciclo de desenvolvimento, exercem controlo uns sobre os outros, gritando, batendo ou ameaçando (Steinmetz, 1988);
- No **modelo de psicopatologia do perpetrador**, o risco de abuso está relacionado com as características do abusador,

sobretudo, relativamente à sua saúde mental. Num estudo realizado, nos EUA, por Wolf & Pillemer (1989), 38% dos abusadores tinham um histórico de doença mental e 46% relataram um recente declínio no seu estado de saúde mental. O abuso de substâncias/dependência de cuidadores adultos foi significativamente correlacionada com temperamento violento, aumentando, assim, a probabilidade de maus-tratos ao idoso (Browne & Hamilton, 1998; Kratcoski, 1984);

- O **modelo triangular** enfatiza que o abuso é perpetuado pelo indivíduo que apresenta traços de personalidade disfuncionais, associados a motivação (na nossa opinião, poderá, ainda, contribuir a existência de psicopatologia), num contexto sociocultural destruturado, sobre uma pessoa vulnerável (Galtung, 1990; Hirsch, 2000) (**Figura 30.5**).

■ SINAIS E SINTOMAS DE ABUSO

Alguns sinais e sintomas são sugestivos de maus-tratos, sendo primordial saber reconhecê-los para poder detetar e referenciar as situações de abuso frequentemente subnotificadas.

Enumeram-se, de seguida, vários exemplos de sinais e sintomas sugestivos de abuso:

- **Sinais e sintomas sugestivos de abuso psicológico/emocional:**
 - Idoso pouco comunicativo e com tendência ao isolamento sociofamiliar;
 - Pesadelos repetidos, ansiedade, raiva;
 - Agitação psicomotora com comportamento não usual, normalmente, atribuído a demência (e.g., oscilar, bater, etc.);
 - Relato de uma pessoa idosa sobre ter sido abusada verbal ou emocionalmente.
- **Sinais e sintomas sugestivos de abuso material/financeiro:**
 - Mudanças repentinas nas contas ou nas práticas bancárias;
 - Inclusão de nomes adicionais na conta bancária da pessoa idosa;

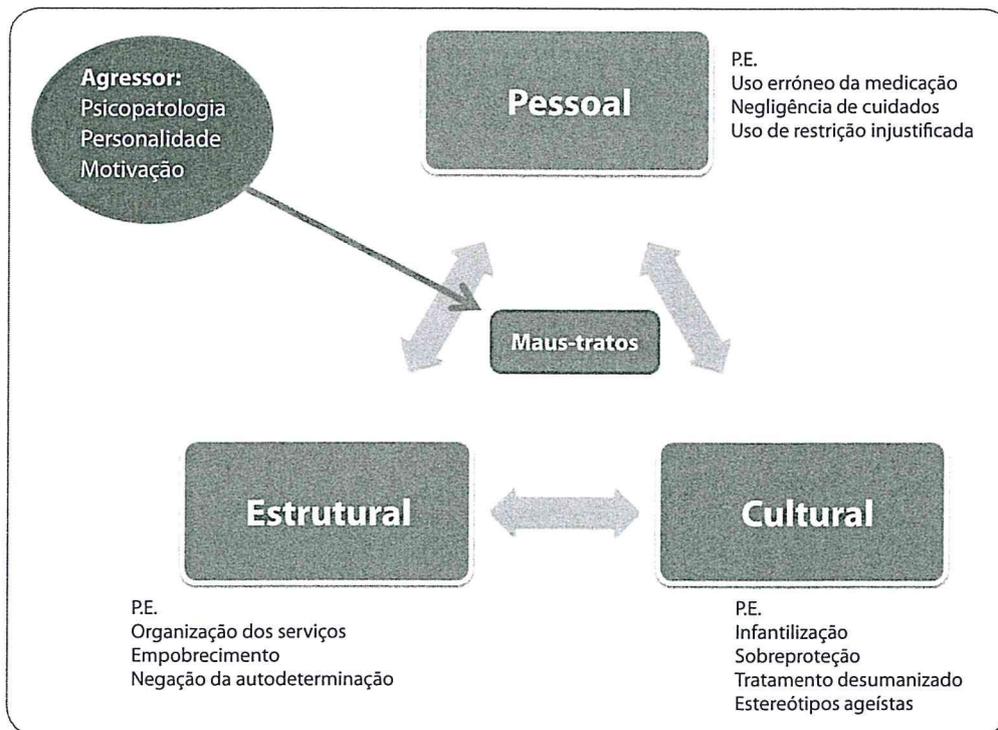


Figura 30.5 – Modelo triangular de maus-tratos.
Fonte: Adaptado de Galtung (1990); Hirsch (2000).

- Retirada não autorizada de fundos do idoso usando cartões bancários;
- Mudança abrupta no testamento ou noutros documentos financeiros;
- Desaparecimento inexplicado de fundos ou valores valiosos;
- Faturas não pagas, apesar de haver dinheiro;
- Descoberta de falsificação de assinatura da pessoa idosa;
- Transferência súbita inexplicada de valores para alguém dentro ou fora da família;
- Relato de pessoa idosa que sofreu de abuso financeiro.
- **Sinais e sintomas sugestivos de abandono:**
 - Abandono de uma pessoa idosa no Hospital ou num Lar ou outra Instituição;
 - Abandono duma pessoa idosa num centro comercial ou noutro lugar público;
- Relato de uma pessoa idosa sobre ter sido abandonada.
- **Sinais e sintomas sugestivos de negligência e de auto/negligência:**
 - Desidratação, desnutrição;
 - Escaras não tratadas;
 - Má higiene pessoal;
 - Problemas de saúde sem vigilância e/ou sem tratamento;
 - Condições de habitabilidade de risco ou inseguras (e.g., sujidade, roupa de cama suja, cheiro).

Na **Tabela 30.2** (Krug *et al.*, 2002) apresentamos um conjunto de indicadores associados ao abuso da pessoa mais velha, incluindo indicadores relativos à vítima e ao cuidador.

O *National Committee for the Prevention of Elder Abuse* (NCPEA)⁸, colocando o enfoque na violência sobre o idoso por parceiro íntimo⁹, identifica duas situações, temporalmente associadas ao início da violência (NCPEA, 1999;

⁸ Para saber mais, consultar <http://www.preventelderabuse.org/index.html>.

⁹ Os perpetradores são cônjuges ou parceiros íntimos; a maioria são homens; alguns deles abusam de drogas ou álcool.

Tabela 30.2 – Indicadores de abuso nas pessoas mais velhas.

INDICADORES NA PESSOA MAIS VELHA
<p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reclamações de que são agredidos fisicamente; ▪ Quedas ou lesões inexplicadas; ▪ Múltiplas escoriações em diferentes fases de recuperação; ▪ Escoriações em locais não usuais; ▪ Ferimentos com um padrão (forma do objeto usado para os provocar); ▪ Evidência radiográfica de fraturas antigas desordenadas; ▪ Queimaduras e contusões em lugares incomuns ou de características bizarras; ▪ Cortes, marcas de dedo ou outra evidência de contenção física; ▪ Pedido excessivo de prescrições ou subdosagens de medicação; ▪ Desnutrição ou desidratação sem existência de doença; ▪ Cuidados de higiene ou limpeza deficitários; ▪ Procura excessiva de cuidados médicos e de centros médicos por parte do idoso.
<p>Comportamentais e Emocionais</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alterações do padrão alimentar ou perturbações do sono; ▪ Medo, confusão ou resignação; ▪ Passividade, isolamento ou agravamento da depressão; ▪ Desesperança ou ansiedade; ▪ Declarações contraditórias ou ambivalência não relacionadas com confusão mental; ▪ Relutância em falar abertamente; ▪ Evitamento do contacto físico, visual ou verbal com o cuidador; ▪ Idoso é isolado dos outros.
<p>Sexuais</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reclamações de ser sexualmente abusado; ▪ Comportamento sexual da pessoa mais velha diferente do dos seus relacionamentos prévios e contra as características da sua personalidade; ▪ Mudanças estranhas no comportamento, tais como agressão, isolamento ou automutilação; ▪ Queixas frequentes e inexplicadas de dores abdominais, vaginais ou sangramento anal; ▪ Infecções genitais recorrentes ou hematomas mamários ou na área genital; ▪ Roupas íntimas rasgadas, manchadas ou com sangue.
<p>Financeiros</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Levantamentos de dinheiro inesperados e não usuais dos hábitos da pessoa; ▪ Os levantamentos de dinheiro são inconsistentes com os seus recursos; ▪ Alterar o testamento para deixar a casa ou outros recursos a “novos amigos” ou familiares; ▪ Venda ou doações de imóveis inesperadas; ▪ O idoso “não consegue encontrar” joias ou pertences pessoais; ▪ Compras suspeitas no cartão de crédito; ▪ Falta de comodidades e bens, quando a pessoa mais velha tem capacidade para as adquirir; ▪ Doenças físicas ou de saúde mental não tratadas; ▪ Níveis de cuidados não estão de acordo com a capacidade financeira.
INDICADORES NO CUIDADOR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidador com aspeto stressado ou cansado; ▪ Cuidador excessivamente preocupado ou despreocupado; ▪ Cuidador culpa a pessoa mais velha por algumas situações, como, por exemplo, incontinência; ▪ Cuidador com atitudes agressivas; ▪ Cuidador trata a pessoa mais velha como uma criança ou de forma desumana; ▪ Cuidador com história prévia de abuso de substâncias ou de abusar dos outros; ▪ Cuidador procura impedir que a pessoa mais velha seja entrevistada sozinha; ▪ Cuidador responde defensivamente quando é questionado, podendo adotar comportamento hostil ou evasivo; ▪ Cuidador presta cuidados a uma pessoa mais velha durante um longo período de tempo.

Fonte: Adaptado de Krug *et al.* (2002).

Hightower, Smith & Hightower, 2001) que importa ter em atenção quando procuramos “ler” e compreender a violência sobre a pessoa mais velha:

- A violência doméstica começa em idades jovens e persiste até à terceira idade: “é um comportamento continuado de abuso ou ressentimento” (Philips, 2000);
- Algumas das pessoas mais velhas encontram-se numa relação abusiva tardia devido aos perpetradores serem novos cônjuges ou parceiros íntimos.

O NCPEA destaca, ainda, que quando o abuso começa ou é exacerbado nas pessoas mais velhas, o mesmo está usualmente ligado a uma das seguintes condições: reforma; incapacidade; alteração dos papéis familiares; ou mudanças da esfera sexual. Os indicadores que poderão indicar a existência de violência doméstica são similares aos já referenciados nas situações de abuso sobre o idoso, merecendo também atenção:

- A frequência e a severidade das agressões tendem a aumentar com o tempo;
- As vítimas experienciam, com frequência, estados dissociativos e confusionais;
- Episódios violentos são precedidos de períodos de tensão intensa, seguindo-se outros de relativa acalmia por parte dos agressores.

■ SUBNOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE ABUSO

ASPETOS GERAIS

Segundo a Associação Americana de Psicologia (APA, do inglês *American Psychological Association*), por cada caso reportado às autoridades ou agências de proteção, existem cinco casos não referenciados ou não identificados (fenómeno icebergue). De acordo com Quinn & Tomita (1997), o abuso de idosos é um assunto subreferenciado, sobretudo, pelas próprias vítimas, devido ao que temem, como refere Ferreira-Alves (2004):

- A perda do cuidador, mesmo sendo abusivo;
- Ficar só, sem ter ninguém que cuide de si;
- Ser colocado numa Instituição;
- Perda de privacidade e de relações familiares;
- Recriminações pelo alegado abusador;
- Exposição pública e intervenção exterior;
- Ninguém acreditar no abuso.

Existem também várias causas para a subnotificação inerentes ao médico (Swagerly, Takahashi & Evans, 1999):

- Declínio funcional/perda de qualidade de vida (QdV), vista como normal;
- “Pressão” do tempo das consultas;
- Escassez ou ausência de treino no reconhecimento de maus-tratos;
- Atitude desfavorável face a idosos;
- Relutância em atribuir sinais de maus-tratos (descrença);
- Isolamento das vítimas (idoso que não é observado regularmente por médico/outra profissional de saúde);
- Apresentação clínica inespecífica (e.g., má higiene ou desidratação);
- Relutância/medo do confronto com o agressor;
- Receio em notificar o abuso que ainda só constitui uma suspeita;
- Pedido por parte da vítima para não denunciar a situação de abuso;
- Falta de conhecimento dos procedimentos burocráticos para relatar a situação de abuso.

■ VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NUMA RELAÇÃO HETEROSEXUAL

Wright (2003), ao referenciar a violência sobre a mulher idosa, no contexto da violência por parceiro íntimo, salienta que as escolhas e as opções disponíveis no passado para as mulheres vítimas de violência eram muito mais limitadas

do que são hoje. As mulheres mais velhas não são, no entanto, um grupo homogêneo; avaliar a situação de uma mulher ou as suas necessidades com base unicamente na sua idade significa esquecer a história da sua vida. Segundo a mesma autora (Wright, 2003), a mulher idosa apresenta como principais dificuldades na identificação/divulgação da situação de violência vários fatores como:

- **Uma conceção de “abuso” diferente da atual**, pois, quando eram jovens, a violência doméstica não era considerada um crime. Neste enquadramento, poderão considerar os comportamentos abusivos que vivenciam nesta fase do ciclo vital como normais e aceitáveis (Phillips, 2000);
- **As mulheres mais velhas podem não se identificar como vítimas de abuso**: as imagens apresentadas na televisão, filmes e revistas mostram, habitualmente, as mulheres que são abusadas como sendo mulheres jovens com filhos, podendo, assim, transmitir a imagem de que a violência doméstica não ocorre na meia-idade ou na idade tardia (Brandl & Cook-Daniels, 2002; Scott *et al.*, 2004);
- **Estigma e vergonha**: as mulheres mais velhas podem sentir-se envergonhadas ou constrangidas quando sujeitas a comportamentos abusivos pelos seus parceiros (Morgan Disney, Cuppitt & Council on the Ageing, 2000; Scott *et al.*, 2004). Para elas, não é fácil assumir uma separação ou mesmo o divórcio (talvez porque, quando se casaram, o fizeram num tempo em que o casamento era tido como se fosse para toda a vida). A preocupação com a honra da família poderá também influenciar, em particular, as mulheres de minorias étnicas. As que iniciaram um novo relacionamento na terceira idade (e sofrem abuso) podem sentir-se constrangidas e com vergonha de admitirem que cometeram um erro;

além disso, podem ter sacrificado a independência anterior para um novo relacionamento e considerarem que é difícil, ou impossível, restabelecerem-se;

- **“Silêncio da violência”**: embora seja difícil para qualquer mulher revelar que é vítima de abuso por parte do seu parceiro, isso pode ser particularmente difícil para as mulheres mais velhas (Russo, 2000). No passado, esperava-se que as pessoas mantivessem o silêncio sobre os seus problemas, principalmente, se envolvessem membros da família. Algumas mulheres podem nunca ter divulgado que sofriam violência doméstica, ou podem ter desistido de o fazer, depois de terem recebido, durante vários anos, reações negativas quando abordavam o assunto (Blood, 2004). Um estudo de Wright (2003), nos Cuidados Paliativos, refere histórias de violência que só se tornaram “visíveis” quando as mulheres – ou os seus parceiros – estavam a morrer;
- **Falta de formação dos profissionais** que trabalham em serviços de saúde sobre a existência de violência doméstica em mulheres mais velhas leva a que, raramente, coloquem questões sobre esta problemática, podendo, por exemplo, relacionar, exclusivamente, com a idade uma lesão ou um estado confusional que observam. Podem, também, considerar que os homens mais velhos não são uma ameaça séria e/ou que a violência doméstica diminui com a idade (Mullender, 1996; Blood, 2004). Pritchard (2000) sugere que os profissionais podem evitar colocar questões sobre violência doméstica, por falta de conhecimentos sobre como agir;
- **Isolamento, geográfico e social**: afeta mais as mulheres idosas do que as mais jovens, particularmente, as mulheres de comunidades rurais ou de minorias étnicas;

nicas. O isolamento social pode também representar uma estratégia utilizada para autoproteção (Hightower, Smith & Hightower, 2001);

- **As resistências dos filhos e/ou da família alargada à mudança:**
 - Desistiram de propor à vítima que saia da relação, pois, após muitas vezes o terem feito, ela não assumiu a mudança;
 - Criam barreiras, encorajando a vítima a manter-se na relação, pois se ela sair poderão ter que vir a cuidar dela;
 - Colocam-se ao lado do agressor, por considerarem que o papel da mãe é manter a família unida¹⁰;
 - Os filhos adultos são os agressores.

Visando pôr cobro à violência por parceiro íntimo, Wright (2003) destaca como principais dificuldades para a mulher idosa:

- **Desconhecimento dos recursos disponíveis:** as mulheres mais velhas que experienciam violência doméstica, comparativamente às mais jovens, podem desconhecer a existência de serviços e outras opções disponíveis (Pritchard, 2000; Blood, 2004). Algumas podem considerar que esses recursos são apenas para as mulheres mais jovens, ou para as mulheres com filhos (Scott *et al.*, 2004);
- **Crises do ciclo vital:** a morte de familiares ou amigos, o nascimento dos netos e a reforma são exemplos de crises do ciclo vital que podem ter um papel importante na decisão de algumas mulheres em permanecer no relacionamento abusivo;
- **Mulheres mais velhas como prestadoras de cuidados** de parceiros íntimos abusadores, crianças e adultos deficientes ou outros podem sentir que o agressor está emocionalmente dependente delas e/ou sentir-se responsáveis por ele(s);

- **Incapacidade ou fragilidade física:** as mulheres mais velhas são mais propensas estatisticamente do que as mulheres mais jovens a ter problemas de saúde, mobilidade reduzida ou outras incapacidades. As mulheres com deficiência em todas as idades têm dificuldade em sair de relacionamentos abusivos e encontrar serviços apropriados à sua situação. Nalguns casos, as mulheres mais velhas podem estar dependentes do agressor para o seu cuidado. Noutros casos, o agressor pode estar incapacitado e dependente da vítima para o cuidado, o que dificulta que ela abandone o relacionamento. Algumas pesquisas sugerem uma forte associação entre o abuso físico e a dependência do agressor que maltrata a sua vítima;
- **Receio das consequências da intervenção:** as mulheres mais velhas podem ter medo de ir ao Tribunal, sair da sua casa, perder a independência financeira ou de serem colocadas em Lares de idosos. Algumas mulheres receiam perder os seus direitos e que a toma de decisões seja assumida por prestadores de cuidados;
- **Medo de insegurança financeira:** comparativamente às mais jovens, algumas das mulheres mais velhas vítimas de abuso apresentam níveis educacionais mais baixos, recursos económicos deficitários e são economicamente mais vulneráveis e mais propensas a ser financeiramente dependentes do abusador. Podem não estar cientes dos seus direitos e receosas de perder os seus direitos, nomeadamente, os da Segurança Social, seguro de saúde ou outros benefícios;
- **Abandonar a casa** e os seus bens, assim como os seus animais de estimação, etc., pode ser particularmente difícil para as mulheres mais velhas, que são mais agarradas à sua casa do que as mulheres mais

¹⁰ Outros filhos adultos podem solidarizar-se com as suas mães e ajudá-las de qualquer forma.

jovens. Se o agressor é o cônjuge com quem vive há muitos anos, acabar o relacionamento e “começar tudo de novo” pode ser quase impensável. Algumas mulheres viveram toda a sua vida na mesma comunidade e não estão dispostas a mudar de área de residência e a abandonar todos os seus amigos.

O impacto da violência na saúde e bem-estar das vítimas representa mais um conjunto de “fatores” limitadores da mudança:

- **Efeitos a longo prazo dos maus-tratos na saúde:** nesta população, os problemas de saúde, principalmente, a nível da mobilidade e da saúde mental, são predominantes. Tudo isto pode acontecer em mulheres mais jovens, mas nas mulheres mais velhas estes efeitos assumem maior gravidade, atendendo às suas vulnerabilidades e ao maior tempo de exposição à violência. Atendendo à experientiação do abuso ao longo de 30, 40, 50 anos, estas mulheres necessitam de ter um suporte prolongado, antes de se sentirem capacitadas para viverem sós;
- **Probabilidade de suicídio aumentada:** um estudo em Virgínia (EUA) encontrou uma ligação significativa entre risco de suicídio e história de abuso em mulheres com 55 anos ou mais velhas (Osgood & Manetta, 2001)¹¹;
- **O risco de homicídio-suicídio também está aumentado** (Cohen, 2000). Na maioria dos casos, o agressor, quase sempre um homem, tomou a decisão unilateral de matar os dois; em cerca de 30% dos casos, este ato traduz o culminar de anos de violência doméstica – “o assalto final”, muitas vezes, desencadeado pela decisão da vítima em terminar o relacionamento.

A atitude dos profissionais, a quem a mulher idosa vítima de violência recorre, tem também um papel importante na mudança/manutenção do “problema”:

- **Falta de formação dos profissionais** para lidarem adequadamente com situações de maus-tratos em pessoas mais velhas (Pritchard, 2000; Blood, 2004);
- **Estereótipos ageístas** (Blood, 2004; Scott *et al.*, 2004; Vinton, 1999), de que são exemplos: interpretações erradas do tipo “Pode não ser tão mau”, ou “Ela tê-lo-ia deixado antes”; e culpabilizar a vítima por ter vivido com o agressor durante um período tão longo (Seaver, 1996). Scott *et al.* (2004), no âmbito de um estudo realizado na Escócia, referem que nas entrevistas realizadas com mulheres mais velhas, estas consideraram frustrantes os contactos com os profissionais dos cuidados de saúde primários, que, embora tivessem conhecimento da temática do abuso, não conseguiram dar-lhes qualquer ajuda;
- **Adultos “vulneráveis”:** as pessoas mais velhas tendem, com frequência, a ser tratadas como “adultos-vulneráveis”, estereótipo, por vezes, reforçador da menorização/infantilização pelos profissionais dos serviços. Tendo em conta os riscos associados a esta “leitura”, importa realçar que só se a capacidade de alguém para tomar decisões estiver diminuída é que devem ser tomadas decisões em seu nome;
- **“Desencorajar” a sinalização da situação de violência:** Pritchard (2000) refere que alguns profissionais, devido aos seus preconceitos ou para evitarem pedidos de ajuda para os quais não estão preparados para responder, não estimulam a sinalização do problema.

¹¹ No entanto, não se confirmou que o suicídio fosse mais prevalente nas mulheres mais velhas comparativamente às mais jovens, por os dados não serem comparáveis e pela inexistência de um grupo de controlo.

Outras resistências a ter em conta na falta da sinalização da violência estão associadas à inadequação dos serviços para responder às necessidades das vítimas:

- **Serviços inadequados para as mulheres mais velhas:** a violência não poupa nenhuma faixa etária ao longo do ciclo vital, mas nem sempre os serviços necessários são adequados às reais necessidades das vítimas (Blood, 2004). A título de exemplo, as casas-abrigo podem ser desconfortáveis ou inadequadas para as mulheres mais velhas – muito barulhentas, com muitas crianças, muito stressantes. Algumas mulheres mais velhas podem, no momento da crise, estar a cuidar de netos adolescentes, o que lhes dificulta a integração em casa de abrigo;
- Flexibilidade e variedade de serviços: vários autores destacam a importância da multidisciplinaridade/multissetorialidade, assente numa visão comunitária, em rede, a nível da organização de cuidados, a par com um investimento a nível da formação dos profissionais.

■ VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO NUMA RELAÇÃO HOMOSSEXUAL¹²

Como refere Redondo, Pimentel & Correia (2012), apesar de a violência por parceiro íntimo entre casais homossexuais ser um problema tão sério e prevalente quanto a violência entre casais heterossexuais, a homofobia e o heterossexismo, a par com o “silêncio da violência”, têm condicionado uma maior “invisibilidade” da problemática, o acesso a serviços

especializados e o apoio a LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros), vítimas de violência. Neste contexto, ser vítima de violência poderá estar mais facilmente associado a dificuldades em encontrar apoio externo, tanto a nível da família quanto a nível institucional, situação agravada pela falta de treino e experiência por parte dos técnicos para lidar com a problemática da violência em contexto de intimidade entre casais homossexuais¹³. Tais dificuldades, associadas ao preconceito internalizado por parte da vítima relativamente à homossexualidade, condicionam, ainda mais, o isolamento e a vitimização, provocando, entre outras problemáticas, depressão, ansiedade, sentimentos de culpa, medo, desconfiança, insegurança, vergonha, isolamento social, dificuldades em estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais, hostilidade, abuso de álcool e/ou drogas, distúrbios alimentares e comportamento ou ideação suicida.

Segundo Redondo, Pimentel & Correia (2012), o preconceito sexual internalizado está associado a uma forma adicional de violência psicológica – a ameaça do(a) agressor(a) de revelar a orientação sexual do(a) seu/sua parceiro(a), junto de familiares, amigos e colegas, caso este(a) não ceda aos seus desejos de controlo e poder. Neste enquadramento – e a título de exemplo –, é importante não subestimar o medo da vítima de poder perder relacionamentos valiosos na sua vida, assim como de poder vir a ter outras perdas a nível sociofamiliar. Apesar dos avanços sociais e políticos, ainda existem discriminação, preconceito e violência contra LGBT:

- As pessoas mais velhas tendem a manter, muitas vezes, a sua identidade sexual em segredo, **por medo persistente de que**

¹² Para saber mais sobre este assunto, consultar Redondo, Pimentel & Correia (2012).

¹³ Contrariamente aos casais heterossexuais, gays e lésbicas tendem a estar mais afastados das suas famílias de origem devido ao preconceito e à estigmatização associados à sua orientação sexual. Não é incomum que alguns casais homossexuais descrevam os seus relacionamentos como tendo uma qualidade de “nós contra o Mundo”, o que, em contextos relacionais associados à violência, torna a eventual rutura da relação – a par com o facto de não terem sido capazes de refutar falsos estereótipos associados às relações homossexuais – um evento de vida altamente stressante.

o seu agressor possa denunciá-las (se não lhes der dinheiro, se não fizer sexo ou não corresponder às suas exigências). Avós LGBT poderão estar particularmente em risco, se o agressor os ameaça de contar aos seus filhos, para, assim, impedir que tenham contacto com os netos;

- Embora seja possível que um indivíduo LGBT mais jovem possa encontrar fontes de apoio para ultrapassar **mensagens sociais negativas** sobre a sua orientação sexual e identidade de género, as pessoas mais velhas têm maior dificuldade em as ultrapassar, muitas vezes, pelo isolamento e por décadas de homofobia internalizada de poder e controlo que o parceiro abusador exerce sobre elas;
- **Medo de não ser levado a sério:** se a vítima está com intenção de procurar ajuda e denunciar que é vítima de abuso, pode não o fazer, com medo da resposta social e da reação das autoridades;
- **Controlo das finanças e das propriedades por parte dos agressores:** muitas das pessoas mais velhas LGBT não são protegidas pelo casamento e/ou leis de património comum¹⁴. Isso faz com que seja muito mais fácil o agressor controlar as finanças de um casal. Esta situação pode significar, por exemplo, que uma vítima de abuso possa ficar sem dinheiro ou sem casa, se abandonar o agressor ou se tentar procurar ajuda;
- **Isolamento:** representa uma tática comum de poder e controlo sobre as vítimas, por ficarem totalmente dependentes dos seus agressores, pois ninguém se apercebe e não pode intervir em sua defesa. O risco aumenta quando a vítima fica afastada dos amigos, dos familiares e das comunidades culturais e religiosas,

que não aceitam que a pessoa se identifique como fazendo parte da comunidade LGBT. Por outro lado, para evitar a discriminação e/ou preconceito de alguns profissionais de saúde, podem eles próprios fazer os curativos das suas lesões ou doenças e evitar as vigilâncias periódicas do estado de saúde (exames médicos). O agressor, por outro lado, pode usar o medo da discriminação para manter a vítima idosa sem cuidados médicos, na sequência de um acidente doméstico. Com o tempo, esses comportamentos abusivos podem resultar em autonegligência, quando as vítimas se tornam mais velhas e frágeis e as suas capacidades físicas e/ou mentais não são suficientes para manter a sua própria saúde e segurança pessoal.

■ AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE ABUSO: ABUSADO E ABUSADOR

De realçar que o abuso emocional/psicológico é o tipo de abuso com diagnóstico mais difícil. Quanto ao abuso financeiro, à negligência e ao abuso sexual, estes são, geralmente, subdiagnosticados e subnotificados. Por fim, como era de esperar, o abuso físico é o mais facilmente reconhecível.

Sempre que suspeitemos de que podemos estar perante um caso de abuso, devemos proceder a perguntas gerais de despiste, e, por vezes, o uso de escalas e/ou questionários (**Tabela 30.3**) pode revelar-se útil, contudo, estes instrumentos nunca devem substituir a entrevista e a observação clínica.

Na observação da pessoa mais velha, devemos estar atentos à descrição que a família e o próprio nos transmitem, mas é extremamente importante estarmos atentos à forma como o idoso se apresenta na consulta, ao facto de o acompanhante evitar que fiquemos a sós com a

¹⁴ Embora as leis que legalizam o casamento homossexual e as uniões civis estejam a progredir, muitos dos idosos LGBT não estão cientes dessas mudanças e podem não se sentir confortáveis com elas, porque têm ainda crenças convencionais sobre o casamento.

Tabela 30.3 – Escalas de despiste de abuso.

	FÍSICO	PSICOLÓGICO	FINANCEIRO	NEGLIGÊNCIA	ABANDONO	SEXUAL
<i>Conflict Tactics Scale (CTS-1)</i> Straus MA, 1979	x	x				
<i>Health Attitudes Towards Aging, Living in Arrangements and Finances (HALF)</i> Ferguson D, 1983	x	x	x			
<i>Elder Abuse Assessment Tool (EAI)</i> Fulmer T, 1984	x		x	x	x	
<i>Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)</i> Hwalek MA, 1986	x	x	x	x		
<i>High Risk Placement Worksheet (HRPW-KOSBERG)</i> Kosberg JI, 1988				x		
<i>QUALCARE Scale (QUALCARE)</i> Phillips LR, 1990	x	x	x			
<i>Health Status Risk Assessment (Johnson)</i> Johnson TF, 1991	x	x	x	x	x	x
<i>Caregiver Abuse Screen (CASE)</i> Reis M, 1995	x	x	x	x		
<i>Fulmer Restriction Scale (FRS)</i> Fulmer T, 1996	x			x		
<i>Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)</i> Reis M, 1997	x	x	x	x		
<i>Indicators of Abuse Screen (IOA)</i> Reis M, 1998	x	x	x	x		
<i>Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)</i> Schofield MJ, 2002	x	x	x	x		

Fonte: Baseado em Cohen (2011) e Phelar & Treacy (2011).

pessoa mais velha e à forma como esta se veste (pois, muitas vezes, trazem roupa em demasia que parece querer ocultar algo), como se desloca, como se senta e como reage.

A avaliação de um idoso com suspeita de abuso é composta por vários passos:

1. História do doente.
2. História do (potencial) abusador.
3. Exame físico do doente.
4. Testes confirmatórios.

A recolha da informação para a elaboração da **história clínica da vítima de abuso**¹⁵ (Quadro 30.3) deve incluir as seguintes características:

- A consulta deve ocorrer com privacidade;
- O fator tempo da consulta é importante, devendo ocorrer “sem pressa”;
- Evitar julgamentos precipitados;
- Ter em conta as diferenças culturais;
- Estar atento à linguagem corporal;

¹⁵ Para saber mais sobre este assunto, consultar o capítulo “Atitudes a adotar relativamente à vítima, perante a confirmação de uma situação de violência” (Redondo, Pimentel & Correia, 2012, pp. 187 e seguintes).

- Avaliar os recursos financeiros (o que pode ser útil para planificação futura);
- Iniciar a entrevista com questões gerais e evoluir, progressivamente, para perguntas mais específicas:
 - Alguma vez alguém em casa o ameaçou/magouou?
 - Tem medo de alguém em casa?
 - Está muitas vezes sozinho?
 - Alguém alguma vez o tocou sem o seu consentimento?
 - Alguém lhe fez coisas que você não quisesse?
 - Alguma vez alguém falhou nos cuidados quando necessitou de ajuda?
 - Já lhe tiraram alguma coisa sem lhe pedir autorização?
 - Já assinou documentos sem saber para o que é que eram?

O exame físico do idoso deve integrar:

- Uma avaliação cuidada à procura de eventuais lesões;
- Uma pesquisa da capacidade funcional e da mobilidade para detetar fraturas;
- Uma atenção redobrada a inconsistentes explicações para determinados achados físicos (e.g., perda de peso, fraturas, hematomas);

- Uma avaliação do estado cognitivo do idoso [e.g., *Mini Mental State Examination* (MMSE), *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) e (GPcog)];
- Uma avaliação da capacidade crítica e entendimento das possíveis decisões – crucial para futuras intervenções.

Testes confirmatórios:

- De realçar que os registos médicos devem ser datados e compreensíveis, incluindo as próprias palavras do paciente, as fotografias e o desenho, que se revelam fundamentais para um eventual procedimento legal;
- Os exames devem ser feitos em função das suspeitas e dos achados (desidratação, má nutrição, alterações hidroelectrolíticas, etc.).

Relativamente ao potencial abusador, deve ser recolhida uma história clínica que tenha em atenção as características do relacionamento, as características da personalidade, os hábitos de consumo de substâncias, a psicopatologia, a motivação subjacente (mormente, os ganhos e os proventos que advêm desses comportamentos) e a medicação que está a fazer.

Quadro 30.3 – História clínica para avaliação de maus-tratos em idosos.

- Lista de problemas médicos/diagnósticos;
- Descrição detalhada do ambiente familiar;
- Descrição exata de acontecimentos relacionados com a lesão ou trauma (exemplos de tratamento rude, clausura, abuso verbal e emocional);
- História de violência anterior;
- Descrição de lesões anteriores e respetivos motivos;
- Descrição de ameaças ou abuso emocional;
- Cuidado inadequado de problemas médicos, lesões não tratadas, fraca higiene e período prolongado até observação médica;
- Depressão ou outras doenças mentais;
- Agravamento do estado confusional ou demência;
- Abuso de álcool ou drogas;
- Qualidade/natureza das relações com os cuidadores.

Fonte: Adaptado de AMA (1994).

■ CONSEQUÊNCIAS DO ABUSO

São poucos os estudos sobre as consequências do abuso sobre pessoas mais velhas, pois, muitas vezes, são difíceis de distinguir estes efeitos do próprio processo do envelhecimento (National Research Council, 2003; Wolf, 1997; Wolf, Daichman & Bennett, 2002). Mowlam *et al.* (2007) referem que as pessoas mais velhas não fazem uma associação explícita entre as experiências traumáticas de serem abusadas e o impacto dessas experiências negativas na sua saúde e bem-estar. Todavia, as possíveis consequências físicas e psicossociais dos maus-tratos são numerosas e variadas (**Figura 30.6**).

Passamos a descrever as principais consequências do abuso nas pessoas mais velhas:

- **Saúde física** (Lachs *et al.*, 1998; Anetzberger, 2004; Lindbloom *et al.*, 2007; Hightower, Smith & Hightower, 2006; Mowlam *et al.*, 2007). Derivado do tipo de abuso, o idoso poderá apresentar :
 - Equimoses, ferimentos e lesões (e.g.,

contusões, lacerações, problemas dentários, ferimentos na cabeça, fraturas ósseas, úlceras de pressão);

- Dor física persistente;
- Desnutrição e desidratação;
- Suscetibilidade aumentada a novas doenças (incluindo as doenças sexualmente transmissíveis);
- Exacerbação das condições de saúde preexistentes;
- Incremento do risco de morte prematura.

- **Emoções negativas:** experiências de abuso podem resultar numa série de resultados psicológicos adversos para as vítimas, incluindo medo, preocupação, dor, perturbação emocional e ansiedade (Mowlam *et al.*, 2007; McGarry & Simpson, 2011). Os vários estudos mostram diferentes reações psicológicas (Pillemer, 1989; Booth, Bruno & Marin, 1996; Goldstein, 1996; Lachs *et al.*, 1998; Comijs *et al.*, 1999; Hi-

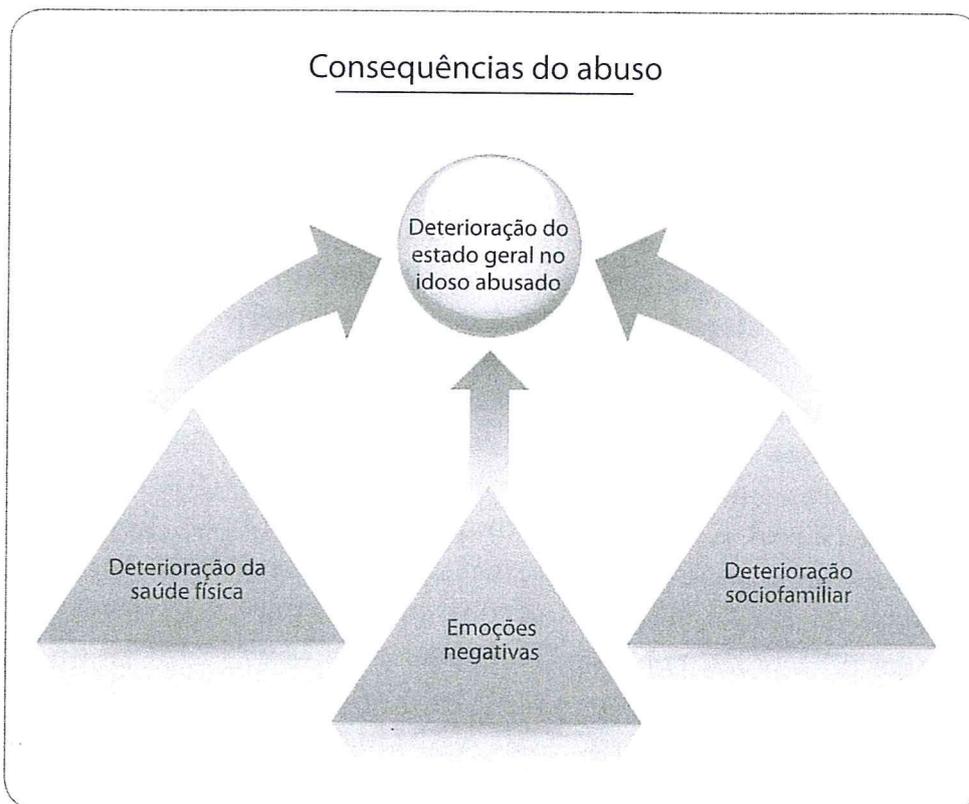


Figura 30.6 – Impacto do abuso na saúde e na QdV do idoso.

ghtower, Smith & Hightower, 2006; Mowlam *et al.*, 2007):

- Níveis altos de angústia e depressão;
 - Perturbações do sono;
 - Maiores riscos para o desenvolvimento de insegurança, ansiedade e medo;
 - Desesperança;
 - Perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT?);
 - Sentimentos de desamparo, alienação, culpa e vergonha;
 - *Stress* interpessoal extremo pode representar um risco adicional de morte.
- **Deterioração da rede sociofamiliar** (Hightower, Smith & Hightower, 2006; Mowlan *et al.*, 2007):
 - Hightower, Smith & Hightower (2006) referem que muitos idosos tiveram de abandonar as suas casas devido ao abuso exercido sobre eles, mormente, financeiro. Este facto contribuiu para um maior isolamento provocado pela perda de vizinhos e dos locais que frequentavam (e.g., mercearia, padaria e outros serviços locais) e de terem de se adaptar a novos locais;
 - **Dificuldades financeiras:** uma significativa percentagem das pessoas mais velhas sujeitas a abuso refere-se ao abuso financeiro, que faz com que estas pessoas tenham dificuldade em pagar as contas, em adquirir os medicamentos de que necessitem e/ou em se alimentarem adequadamente;
 - **Relações interpessoais tensas:** regra geral, o perpetrador dos maus-tratos sobre o idoso é um familiar próximo, pelo que o relacionamento interpessoal, no seio familiar, fica prejudicado. Os maus-tratos conduzem à deterioração da relação entre abusador e abusado, potenciada, por vezes, pela atitude do agressor que, ao procurar isolar a vítima da sua rede primária de suporte, estimula, ainda mais, o constrangimento sentido pelo idoso.

■ MAUS-TRATOS E A JUSTIÇA PENAL PORTUGUESA

Como é referido no *Manual Sarar* (Redondo, Pimentel & Correia 2012), em Portugal, o termo mais comumente utilizado para denominar a violência associada ao contexto familiar e às relações de intimidade é o de “violência doméstica”. Este é um termo importado dos movimentos feministas dos anos 70 do século XX, e é através dele que a violência ganha a atenção dos *media*, da política e da justiça. Também é sob a epígrafe “violência doméstica” que, com as alterações introduzidas ao Código Penal, pela Lei n.º 59/2007, de 04 de setembro, é autonomizado o anterior ilícito “Maus-tratos e infração de regras de segurança”. Temporalmente associado à passagem da violência doméstica de crime semipúblico para crime público (Lei n.º 7/2000, de 27 de maio), surge, em Portugal, o *I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2000-2003)*. A Comissão de Peritos para o Acompanhamento da Execução do Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2000), começou por definir este problema, baseando-se na definição do Conselho da Europa (1999), citado pela Presidência do Conselho de Ministros (Resolução n.º 55/1999): “Qualquer conduta ou omissão que inflija, reiteradamente, sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo direto ou indireto (por meio de ameaças, enganos, coação ou qualquer outro meio), a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico ou que, não habitando, seja cônjuge ou companheiro ou ex-cônjuge ou ex-companheiro, bem como ascendentes ou descendentes.”. Inclui “todas as formas de violência, física, psicológica, verbal, sexual, que atravessam todas as classes sociais, grupos etários, etnias e nacionalidades e que têm sérias repercussões ao nível da intimidade e das relações”. O crime de violência doméstica está enquadrado no Código Penal Português – Artigo 152.º, com alterações introduzidas pela Lei n.º 59/2007, publicada em Diário da Repú-

blica (Série I), de 04 de setembro, não exigindo este dispositivo legal, para a configuração do ilícito, uma atuação reiterada:

“1. Quem, de modo reiterado, ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações de liberdade e ofensas sexuais a cônjuge ou ex-cônjuge e pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação, progenitor de descendente comum em primeiro grau, pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite. É punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2. No caso previsto no número anterior, se o agente praticar facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3. Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:

a) Ofensa à integridade física grave: o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;

b) A morte: o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

4. Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.

5. A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.

6. Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos.”

Em relação à violência que ocorre em contextos familiares¹⁶, outros tipos de crime poderão, também, tutelar, em alternativa ou em concurso, a ilicitude que a mesma configura, nomeadamente:

- Homicídio qualificado (Artigos 132.º, n.º 2, alíneas a) e b), do Código Penal;
- Ofensas à integridade física qualificadas (Artigo 145.º do Código Penal);
- Ameaça (Artigo 153.º do Código Penal);
- Coação (Artigo 154.º, n.º4, do Código Penal);
- Sequestro (Artigo 158.º do Código Penal);
- Violação (Artigo 164.º do Código Penal);
- Crimes sexuais contra menores (Artigos 171.º a 176.º do Código Penal);
- Agravação em função da qualidade do agente (Artigo 177.º do Código Penal).

De acordo com Magalhães (2010), a noção de crime coincide com a transgressão das normas jurídico – legais (sociais), num determinado momento histórico de uma sociedade, manifestando um comportamento antissocial. Estas normas estão regulamentadas no Direito Penal, bem como as consequências previsíveis para quem desrespeitar os valores sociais fundamentais na comunidade. Para que um determinado facto seja considerado crime, a presença de determinados pressupostos tem de ser esclarecida: “o facto (ação ou omissão); o dano ou prejuízo; o nexo de causalidade entre o facto e o dano; a ilicitude; a culpa (só é punível o facto praticado

¹⁶ Sobre as “Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública” ver artigo de Fonseca *et al.*, 2012. Disponível em <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/perspetivas-atuais-sobre-protecao-juridica-da-pessoa-idosa-90195499> (acedido em 3 de abril de 2016).

com intenção, ou, nos casos especialmente previstos na lei, com negligência). (...) A culpa deriva do juízo segundo o qual a pessoa deveria agir de acordo com a norma, porque podia atuar de acordo com ela, o que pressupõe a liberdade de decisão (pois só assim se poderá considerar responsável a pessoa por ter praticado o ato, em vez de o evitar) e uma decisão correta (a liberdade de querer associa-se à capacidade para ajuizar os valores, uma vez que sem ela as decisões humanas não poderão ser determinadas por normas de dever).” (Magalhães, 2010, pp. 18-19).

Recentemente, foi aprovada em Conselho de Ministros a Estratégia Para o Idoso (Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015, de 25 de agosto), que prevê a repressão de todas as formas de violência, abuso, exploração ou

discriminação e a criminalização do abandono de idosos, aguardando, agora, que a legislação vigente seja revista¹⁷.

■ INTERVENÇÃO

FLUXOGRAMA

O organigrama da **Figura 30.7**, adaptado de Ferreira, Vieira & Firmino (2006), ilustra os diferentes passos da intervenção que um profissional de saúde pode seguir perante uma suspeita de abuso. Trata-se de uma intervenção multidisciplinar e multissetorial, daí a importância de trabalhar em rede, envolvendo vários profissionais, nomeadamente, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e auxiliares.

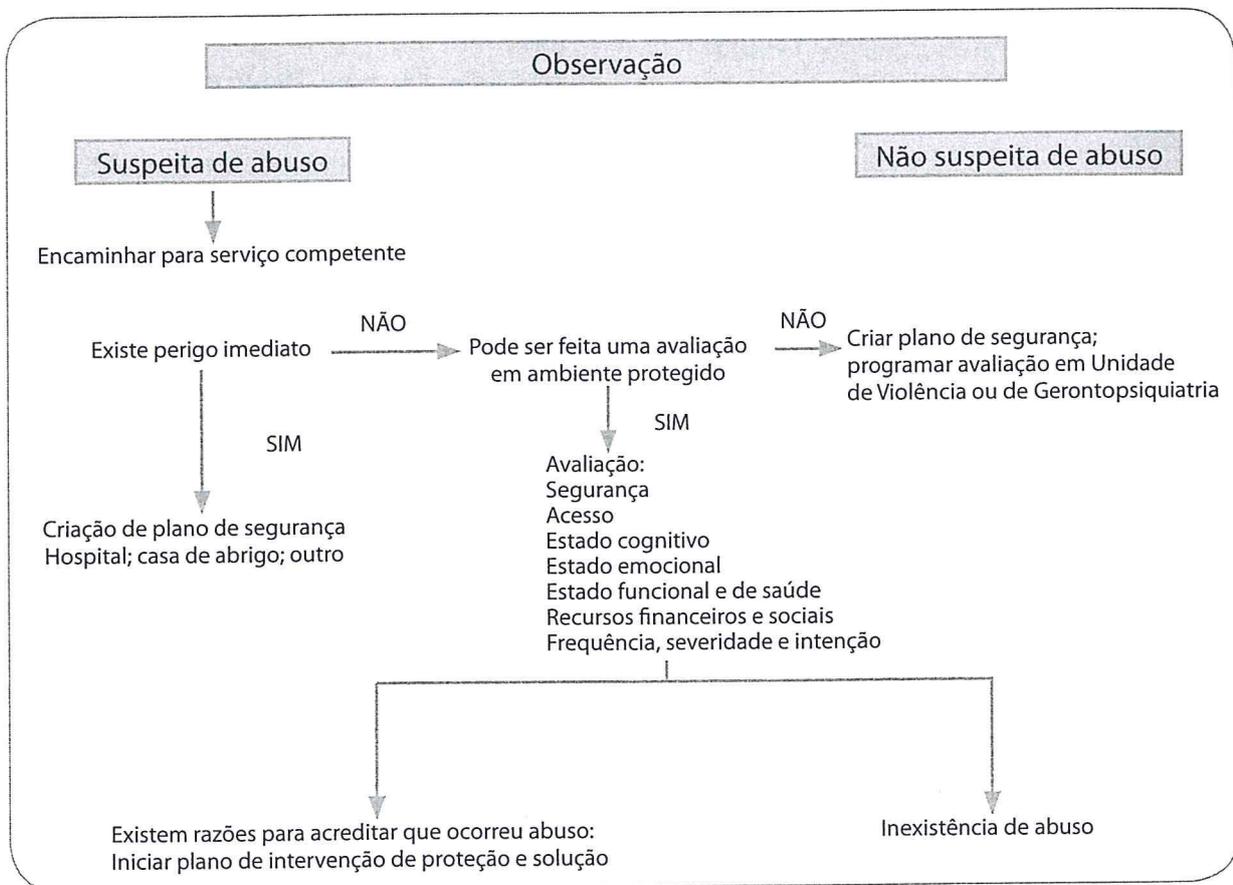


Figura 30.7 – Organigrama de despiste.

Fonte: Adaptado de Ferreira, Vieira & Firmino (2006).

¹⁷ Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015. Disponível em <http://www.sg.mj.pt/sections/noticias/estrategia-de-protecao> (acedido em 3 de abril de 2016).

Perante uma suspeita de abuso, é, primeiro, necessário avaliar se existe um perigo imediato. Caso exista, será necessário retirar o idoso do seu meio, através, por exemplo, de uma hospitalização ou colocação numa casa de abrigo. Se não houver perigo imediato, a presença de abuso deverá ser confirmada ou descartada com uma avaliação rigorosa, tal como descrito anteriormente. Na presença de abuso, deverá planear-se uma estratégia de intervenção, articulando-se com os meios explorados da comunidade para a proteção do idoso, e oferecer suporte social para a família do idoso vitimizado (educação dos familiares/cuidadores para minimizar os maus-tratos).

Por outro lado, deve-se proceder à entrevista não apenas da vítima, mas também do possível perpetrador, registar todas as informações e, se possível, documentar e fotografar as lesões e, posteriormente, fazer a notificação, ao mesmo tempo que se inicia o programa terapêutico e ocupacional, com o intuito de recuperar a vítima física e psicologicamente (**Figura 30.8**).

Também o perpetrador, muitas vezes, o principal cuidador, pode e deve ser orientado de forma a mudar os seus comportamentos e a passar a lidar adequadamente como seu familiar. Nos casos em que os maus-tratos se devem a não saber lidar com a situação que o idoso apresenta, sessões de educação sobre a doença e o ensino de estratégias de modificação de procedimentos revelam-se úteis. Se foi a situação clínica que conduziu a um estado de exaustão, poderão ser estabelecidos períodos de descanso do cuidador e contactos regulares com o terapeuta de referência, de modo a avaliar, periodicamente, as necessidades do doente e do cuidador. Também se deverá avaliar a existência da psicopatologia existente na vítima e no cuidador e estabelecer uma estratégia terapêutica farmacológica e não farmacológica, por exemplo, com o ensino de estratégias para lidar melhor com o doente e com outras circunstâncias stressantes, ou, mesmo, a necessidade de suporte pela Segurança Social (e.g., dificuldades económicas e alimentares) (**Figura 30.9**).

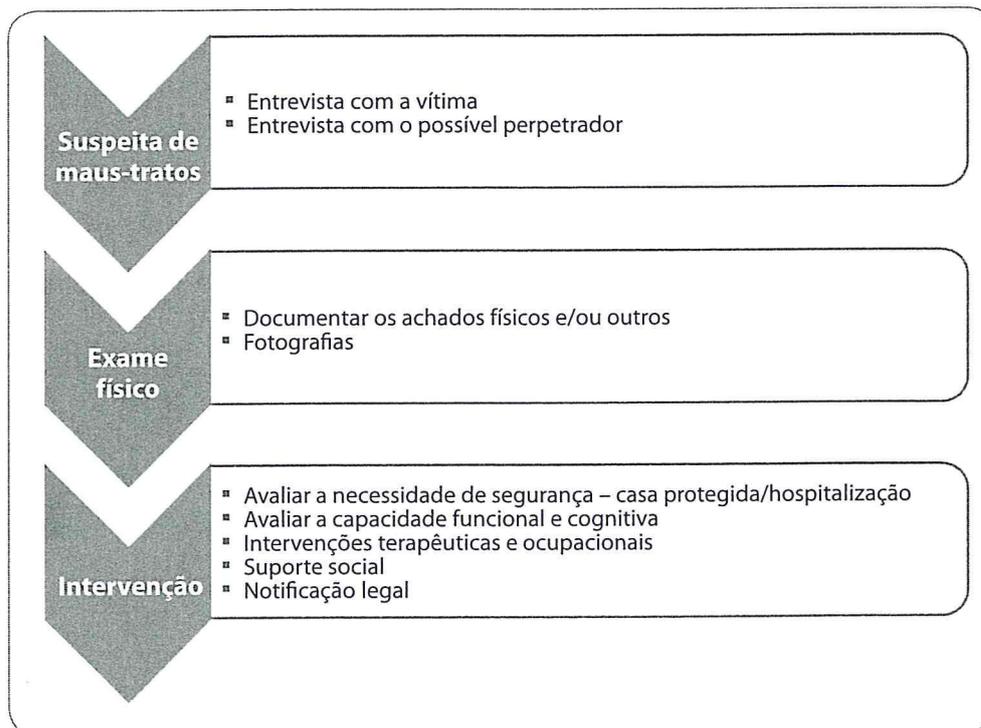


Figura 30.8 – Plano de avaliação e intervenção¹⁸.

¹⁸ Consultar, também, a secção “Registo das lesões traumáticas da situação de violência que motivou a vinda ao serviço de saúde”, constante do *Manual Sarar* (Redondo, Pimentel & Correia, 2012, p. 203).

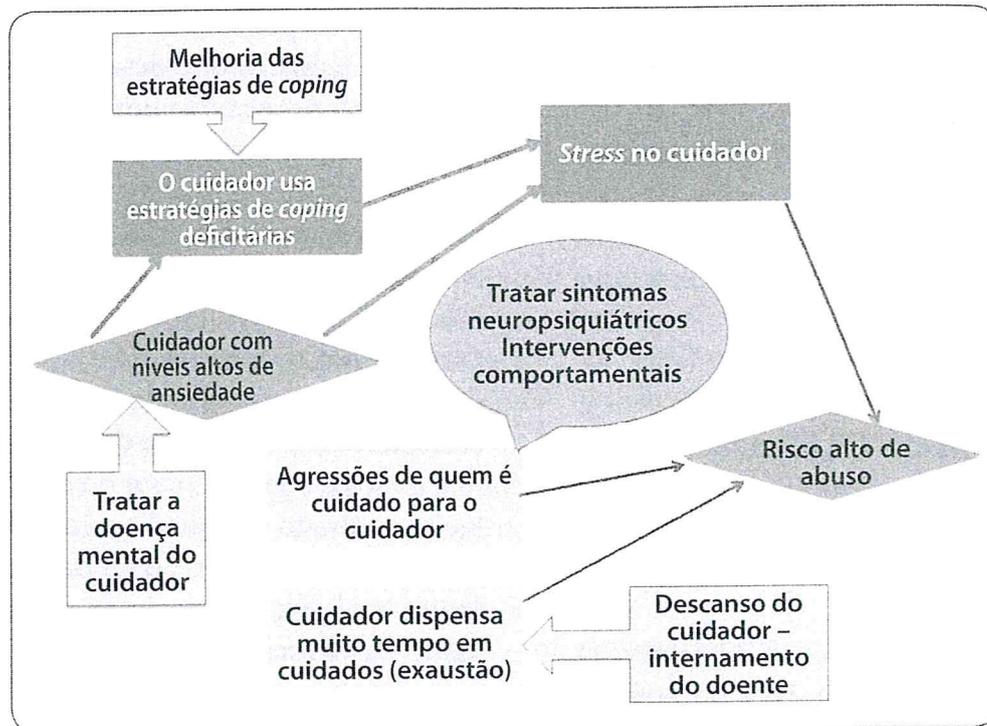


Figura 30.9 – Redução dos riscos em maus-tratos no idoso dependente/com demência.

Fonte: Adaptado de Cooper & Livingston (2014).

INSTITUIÇÕES

A **Unidade de Violência Familiar (UVF)**, criada em 2004, integra o Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico (CPT-TP) – Centro de Responsabilidade Integrado de Psiquiatria e Saúde Mental (CRI-PSM), do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) (**Figura 30.10**).

A UVF dirige a sua atividade a vítimas, agressores e respetivas redes de suporte (primárias e secundárias). Visando a implementação de estratégias mais adequadas às reais necessidades dos cidadãos a nível da prevenção/intervenção nesta área e perspetivando violência como um problema de saúde pública, esta Unidade: investe na produção de conhecimento e saber na área da violência familiar/por parceiro íntimo; defende a importância de uma atitude eclética relativamente aos modelos a adotar na leitura, na compreensão e na intervenção

da/na) situação-problema; privilegia uma visão ecológico-sistémica e o reconhecimento do trabalho em rede a nível da organização multidisciplinar/multissetorial dos cuidados¹⁹.

Para além do trabalho desenvolvido pela UVF, é importante salientar que têm vindo a diversificar-se outras intervenções, das quais salientamos:

- **Projeto Terceira Idade Online (TIO):**
 - Surgiu em 1999, no âmbito do Ano Internacional das Pessoas Idosas;
 - Atualmente, o TIO é gerido pela Associação VIDA – Valorização Intergeneracional e Desenvolvimento Ativo;
 - Os principais objetivos desse projeto são o reforço da participação ativa dos idosos na sociedade e da informação, a promoção da saúde e da QdV dos idosos e o fomento do relacionamento e do conhecimento intergeracionais;

¹⁹ Conta com o apoio do Grupo Violência: Informação, Investigação, Intervenção (<http://www.violencia.online.pt/>).

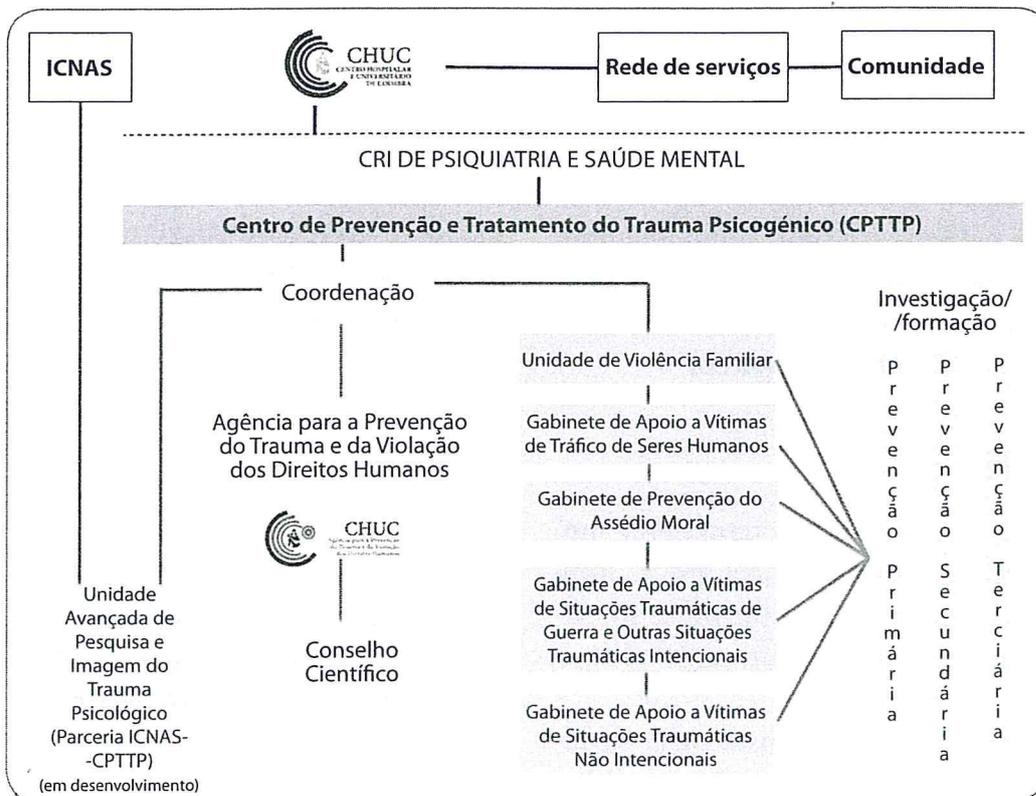


Figura 30.10 – CPTTP (UVF).

ICNAS – Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde.

- Este projeto tem por base uma plataforma, na qual se pretende chegar à criação de uma comunidade virtual de cidadãos seniores, seus familiares ou cuidadores, onde estes podem trocar experiências e colocar dúvidas;
- O TIO disponibiliza ainda informações sobre saúde, direitos e instituições de acolhimento e promove atividades entre jovens e idosos (intergeracionais), bem como a aprendizagem de novas tecnologias.
- **Linha SOS Pessoa Idosa:**
 - A Fundação Bissaya Barreto disponibiliza, desde maio de 2014, uma linha de atendimento telefónico que tem como objetivo sinalizar casos de pessoas idosas que se encontrem em situação de violência física, emocional e sexual, exploração material ou abandono, bem como prestar esclarecimentos a estes sobre os seus direitos, obrigações

familiares, ação social, equipamentos e serviços;

- O Programa SOS Pessoa Idosa da Fundação Bissaya Barreto, Instituição sediada em Coimbra, visa apoiar as pessoas com mais de 65 anos, prestando-lhes um serviço através de três valências: linha de atendimento telefónico, serviço de atendimento direto e personalizado e gabinete de mediação familiar;
- Entre as 10:00 horas e as 17:00 horas dos dias úteis, existe um técnico devidamente preparado no atendimento da linha telefónica. No entanto, nos restantes períodos, está disponível um gravador para as pessoas deixarem o contacto, se assim o entenderem. Assim que possível, o técnico devolve a chamada;
- O atendimento telefónico poderá ser feito através do número 800 990 100 e o contacto pela Internet poderá ser feito através do seguinte e-mail: sospesoidosa@fbb.pt.

▪ **Outra Instituição de apoio à vítima mais abrangente e não específica do idoso:**

– **APAV**²⁰: Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), pessoa coletiva de utilidade pública, que tem como objetivos estatutários promover e contribuir para a informação, a proteção e o apoio aos cidadãos vítimas de infrações penais.

▪ **CONCLUSÕES**

A violência contra o idoso representa um problema de saúde pública e social grave, com tendência crescente, que importa prevenir, visando promover o envelhecimento satisfatório e ativo da nossa população.

A proposta ecológica, proposta pela OMS (Krug *et al.*, 2002), enfatiza a multicausalidade demarcada pela influência de fatores sociais, culturais, familiares e individuais, que originarão múltiplas consequências, com sinais e sintomas, por vezes, difíceis de avaliar.

Nem sempre fácil de detetar, o fenómeno permanece, muitas das vezes, “escondido” pelos próprios protagonistas – falamos dos idosos, das suas famílias, dos cuidadores e profissionais que com eles interagem e, até mesmo, da sociedade, em geral, que nem sempre validam os maus-tratos contra o idoso como um problema de violência. Como salienta Beauvoir (1976), existe uma “conspiração do silêncio” contra a velhice, potenciadora da emergência das diferentes formas de violência contra o idoso.

Representando a violência uma problemática que, aos mais diversos níveis de “leitura” e da compreensão, é “multifacetada”, defende-se a importância de abordar a situação privilegiando uma intervenção multidisciplinar, multisetorial e em rede (envolvendo redes primárias e secundárias), que, a par com a proteção e o apoio às vítimas e com a intervenção junto do

agressor, promova a não violência, com consequências nas políticas sociais e de saúde, na educação, nos valores e que nos implica a todos (Redondo, Pimentel & Correia, 2012²¹).

Tendo em conta uma atitude de despiste, no que se refere à avaliação da existência ou não de violência no contexto familiar sobre o idoso – seja em Cuidados de Saúde Primários, integrando as valências de cuidados domiciliários, ou cuidados de saúde diferenciados, abarcando serviços hospitalares variados, como internamentos e Serviços de Urgência, e, ainda, Instituições de Cuidados Continuados e Lares de pessoas idosas –, esta deverá incluir, sempre que possível, a participação de elementos das redes sociais de suporte (primárias e de serviços).

Sinalizada uma situação de violência, importa encaminhar o caso para a rede multidisciplinar/multissetorial (médicos, enfermeiros, profissionais do serviço social, psicólogos, autoridades policiais e judiciais). Caberá aos membros integrantes desta equipa: facilitar e dar apoio na exposição de queixas às instâncias judiciais; documentar e validar as declarações da pessoa, o comportamento e a aparência; realizar visitas domiciliárias (de surpresa); informar o adulto idoso sobre os seus direitos legais; ensinar medidas de proteção e/ou fornecer contactos de serviços de apoio no caso da ocorrência de abuso; e encaminhar ou tratar o cuidador, minimizando com estas medidas os riscos de nova vitimização.

A OMS (Krug *et al.*, 2002) afirma que o impacto que a violência, física e psicológica, tem na saúde de um idoso é exacerbado pelo processo de envelhecimento e pelas doenças da velhice. Em consequência da deterioração física e cognitiva que, geralmente, acompanha a velhice, é mais difícil para os idosos deixar um relacionamento abusivo ou tomar decisões corretas. Frequentemente, o agressor pode ser a única companhia da pessoa que é vítima de abuso. Por causa des-

²⁰ Para obter mais informações, consultar http://www.apav.pt/apav_v3/index.php/pt/.

²¹ Consultar também Redondo (2015).

sa e de outras considerações, prevenir o abuso de idosos apresenta inúmeros problemas para os profissionais que trabalham nesta área. Na maioria dos casos, o maior dilema é encontrar o equilíbrio entre o direito do idoso à autodeterminação e a necessidade de adotar medidas para acabar com o abuso.

A OMS (Krug *et al.*, 2002) refere que a violência sobre o idoso não pode ser solucionada adequadamente, se as necessidades essenciais dos idosos – de alimentação, abrigo, segurança e acesso à assistência e à saúde – não forem atendidas. Colocando o enfoque a nível mundial, a mesma organização afirma que as nações do Mundo devem criar um ambiente em que envelhecer seja aceite como uma parte natural do ciclo da vida, em que atitudes antienvelhecimento sejam desencorajadas, em que os idosos tenham o direito de viver com dignidade, livres de abusos e exploração, e em que lhes seja dada a oportunidade de participar plenamente das atividades educacionais, culturais, espirituais e económicas.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W. & Kilpatrick, D. J. (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*, 100(2), 292-297.
- Action on Elder Abuse (1995). "What is elder abuse?" *Action on Elder Abuse Bulletin*, 11.
- Aitken, L. & Griffin, G. (1996). *Gender issues in elder abuse*. London: Sage Publications.
- AMA - American Medical Association. (1994). *Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect*. Chicago: American Medical Association.
- Anetzberger, G. (2004). *The clinical management of elder abuse*. New York: Hawthorne Press.
- Anetzberger, G. (2005). "The reality of elder abuse". In G. Anetzberger. (Ed.). *The clinical management of elder abuse*, pp. 1-26. New York, NY: Haworth Press.
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima de Crime. (2012). *Pessoas idosas vítimas de crime e de violência (2000-2012)*. Disponível em http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas_Idosas_2000-2012.pdf, acessado em outubro de 2015.
- Baker, A. A. (1975). "Granny battering". *Mod Geriatr*, 8, 20-4.
- Beauvoir, S. (1976). *A velhice: Realidade incómoda*, 2.ª Edição. São Paulo: Difusão Editorial.
- Bennett, G. & Kingston, P. (2014). *Elder abuse: Concepts, theories and interventions*. Springer.
- Blood, I. (2004). *Older women and domestic violence: A report for Help the Aged/hact*. Disponível em http://www.ageuk.org.uk/documents/en-gb/for-professionals/communities-and-inclusion/id2382_2_older_women_and_domestic_violence_summary_2004_pro.pdf?dtrk=true, acessado em 22 de março de 2016.
- Bonnie, R. J. & Wallace, R. (Eds.). (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America. Panel to review risk and prevalence of elder abuse and neglect*. Washington, DC: The National Academy Press.
- Booth, B. K., Bruno, A. A. & Marin, R. (1996). "Psychological therapy with abused and neglected patients". In L. A. Baumhover & S. C. Beall. (Eds.). *Abuse, neglect, and exploitation of older persons: Strategies for assessment and intervention*, pp. 185-206. Baltimore, MD: Health Professions Press.
- Brandl, B. & Cook-Daniels, L. (2002). *Domestic Abuse in Later Life*. Harrisburg, PA: VAWnet, a project of the National Resource Center on Domestic Violence/Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence. Disponível em http://www.vawnet.org/applied-research-papers/print-document.php?doc_id=376, acessado em 22 de março de 2016.
- Browne, K. D. & Hamilton, C. E. (1998). "Physical violence between young adults and their parents: Associations with a history of child maltreatment". *Journal of Family Violence*, 13(1), 59-79.
- Carrilho, M. J. & Patrício, L. (2010). "A situação demográfica recente em Portugal". *Revista de Estudos Demográficos*, 48, 101-138.
- Comijs, H. C., Penninx, B., Knipscheer, K. & van Tilburg, W. (1999). "Psychological distress in victims of elder mistreatment: The effects of social support and coping". *Journal of Gerontology*, 54B(4), 240-245.
- Cohen, D. (2000). "Homicide-suicide in older people". *Psychiatric Times*, Vol. XVII, Issue 1.
- Cohen, M. (2011). "Screening Tools for the Identification of Elder Abuse", *Journal of Clinical Outcomes Management*, Vol. 18, n.º 6, pp: 261-270.
- Cooney, C. & Mortimer, A. (1995a). "Elder abuse and dementia: A pilot study". *International Journal of Social Psychiatry*, 41(4), 276-283.
- Cooney, C. & Mortimer, A. (1995b). "Elder abuse in the community: Prevalence and consequences".

- Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 885-888.
- Cooper, C. & Livingston, G. (2014). "Mental Health/Psychiatric issues in elder abuse and neglect". *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(4), 839-850.
- Cooper, C., Selwood, A. & Blanchard, M. (2009). "Abuse of people with dementia by family carers: Representative cross sectional survey". *British Medical Journal*, 338, 583-586.
- Dyer, C. B., Pavlik, V. N., Murphy, K. P., Hyman, D. J. (2000). "The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect". *J Am Geriatr Soc.*, 48(2):205-8.
- Eastman, M. (1994). *Old age abuse: A new perspective*, 2.^a Edição. San Diego, CA: Singular Publishing Group, Inc.
- Ferreira-Alves, J. (2004). *Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos*. Coimbra: Coimbra Editora.
- 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 & C. Machado. (Eds). *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira, L. G., Vieira, D. N. & Firmino, H. (2006). "Violência sobre os mais Velhos". In H. Firmino. (Ed.). *Psicogeriatrics*, pp. 215-220. Coimbra: Edições Almedina.
- Fonseca, R., Gomes, I., Faria, P. L. & 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.
- Galtung, J. (1990). "Cultural Violence". *Journal of Peace Research*, 27(3), 291-305.
- Goldstein, M. (1996). "Elder mistreatment and PTSD". In P. E. Ruskin & J. A. Talbott. (Eds.). *Aging and post-traumatic stress disorder*, pp. 126-135. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Grafstrom, M., Nordberg, A. & Winblad, B. (1994). "Abuse is in the eye of the beholder". *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 21, 247-255.
- Hamel, M. et al. (1990). "Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients". *The Gerontologist*, 30, 206-211.
- Harrington, C. H. et al. (2000). *Nursing facilities, staffing, residents, and facility deficiencies, 1991-1997*. San Francisco, CA: Department of Social and Behavioral Sciences, University of California.
- Hightower, J., Smith, M. & Hightower, H. (2001) *Silent and Invisible – A Report on Abuse and Violence in the Lives of Older Women in British Columbia and Yukon*. Vancouver, B.C.: B.C./Yukon Society of Transition Houses. Disponível em <http://www.bcs-th.ca/sites/default/files/publications/BCSTH%20Publication/Women's%20Services/1%20Fo->reward%20up%2016pg.pdf, acessado em 22 de março de 2016.
- Hightower, J., Smith, M. J. & Hightower, H. C. (2006). "Hearing the voice of abused older women". *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3/4), 205-227.
- Hirsch, R. D. (2000). "Definition und Abgrenzung von Gewalt und Agression". In R. Hirsch, J. Bruder & H. Radebold. (Eds.). *Agression im Alter*, pp. 15-43.
- Hirsch, C. & Loewy, R. (2001). "The management of elder mistreatment: The physician's role". *Wien Klin Wochenschr*, 113(10), 384-92.
- Jogerst, G. J., Daily, J. M. & Galloway, L. J. (2012). "Substance abuse associated with elder abuse in the United States". *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 38, 63-69.
- Jones, J., Holstege, C. & Holstege, H. (1997). "Elder abuse and neglect: Understanding the causes and potential risk factors". *The American Journal of Emergency Medicine*, 15(6), 579-583.
- Keene, J., Hope, T., Fairburn, C. G., Jacoby, R., Oedling, K. & Ware, C. J. G. (1999). "National history of aggressive behavior in dementia". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 541-548.
- Kivela, S. et al. (1992). "Abuse in old age: Epidemiological data from Finland". *Journal of elder abuse and neglect*, 4(3): 1-18.
- Kratcoski, P. C. (1984). "Perspectives on intrafamily violence". *Human Relations*, 37, 443-453.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Marcy, J. A., Zwi, B. & Lozano, R. (2002). *World Report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer, K. A. & Charlson, M. E. (1998). "The mortality of elder mistreatment". *Journal of the American Medical Association*, 280(5), 428-432.
- Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. & Meadows, S. E. (2007). "Elder mistreatment in the nursing home: A systematic review". *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 610-616.
- Lyksetos, C. G., Steinberg, M., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Steffens, D. C. & Breitner, J. C. (2000). "Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the Cache County Study on Memory in Aging". *American Journal of Psychiatry*, 157, 708-714.
- Magalhães, T. (2010). *Abuso de Crianças e Jovens – da suspeita ao diagnóstico*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Martins-Gil, A. P., Kislaya, I., Santos, A. J., Nunes, B., Nicolau, R. & Fernandes, A. A. (2015). "Elder Abuse in Portugal: Findings from the first national prevalence study". *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27, 174-195.
- McGarry, J. & Simpson, C. (2011). "Domestic abuse and older women: Exploring the opportunities for

- service development and care delivery". *The Journal of Adult Protection*, 13(6), 294-301.
- McDonald, L. & Collins, A. (2000). *Abuse and neglect of older adults: A discussion paper*. Ontario: The National Clearinghouse on Family Violence. Disponível em http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/violence/abuse_e.pdf, acessado em 22 de março de 2016.
- Morgan Disney and Associates, Leigh Cupitt and Associates & Council on the Ageing. (2000). *Two lives – Two worlds: Older people and domestic violence*. Canberra: Partnerships Against Domestic Violence.
- Mowlam, A., Tennant, R., Dixon, J. & McCreddie, C. (2007). *UK study of abuse and neglect of older people: Qualitative findings*. London: King's College London and the National Centre for Social Research.
- Mullender, A. (1996). *Rethinking domestic violence: The social work and probation response*. London: Routledge.
- National Research Council. (2003). "Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America". In R. Bonnie & R. Wallace. (Eds.). *Panel to review risk and prevalence of elder abuse and neglect*. Washington DC: The National Academies Press.
- NCEA – National Center on Elder Abuse. (1998). *National elder abuse incidence study: Final report*. Washington, DC: American Public Human Services Association in collaboration with Westat, Inc. http://aoa.gov/AoA_Programs/Elder_Rights/Elder_Abuse/docs/ABuseReport_Full.pdf, acessado em 22 de março de 2016.
- NCPEA – National Committee for the Prevention of Elder Abuse. (1999). *Domestic violence*. Disponível em <http://www.preventelderabuse.org/elderabuse/domestic.html>, acessado em 22 de março de 2016.
- O'Loughlin, A. & Duggan, J. (1998). *Abuse, Neglect and Mistreatment of Older People: An exploratory study*. Dublin: National Council on Ageing and Older People (Report No. 52). Disponível em http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/52_ABUSE.pdf, acessado em 22 de março de 2016.
- Osgood, N. & Manetta, A. (2001). "Abuse and suicidal issues in older women". *Omega*, 42(1), 71-81.
- Paveza, G. J. et al. (1992). "Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors". *The Gerontologist*, 32, 493-497.
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing screening for elder abuse at primary health care level*. World Health Organization (WHO), Life Course and Ageing Division, Geneva.
- Phelan, A., Treacy, M. P. (2011). *A Review of Elder Abuse Screening Tools for Use in the Irish Context*, National Centre for the Protection of Older People (NCPOP) UCD School of Nursing, Midwifery and Health Systems. Disponível em http://www.ncpop.ie/userfiles/file/ncpop%20reports/538_NCPOP-proof7.pdf, acessado em 3 de abril de 2016.
- Phillips, L. (2000). "Domestic violence and aging women". *Geriatric Nursing*, 21(4), 188-195.
- Pillemer, K. A. (1989). "Risk factors in elder abuse: Results from a case-control study". In K. A. Pillemer & R. S. Wolf. (Eds.). *Elder abuse: conflict in the family*, pp. 239-264. Dover, MA: Auburn House.
- Pillemer, K. A. & Prescott, D. (1989). "Psychological effects of elder abuse: A research note". *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1, 65-73.
- Podnieks, E. (1992). "National survey on abuse of the elderly in Canada". *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4(1/2):5-58. Ontário: Ryerson Polytechnical Institute.
- Pritchard, J. (2000). *The needs of older women: Services for victims of elder abuse and other abuse*. Bristol: The Policy Press.
- Ogg, J. & Bennett, G. (1992). "Elder abuse in Britain". *BMJ*, 305: 998-999.
- Quinn, M. J. & Tomita, S. K. (1997). *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis, and Intervention Strategies*. New York: Springer Publishing Company.
- Reay, A. M. & Browne, K. D. (2001). "Risk characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependents". *Aging Mental Health*, 5, 56-62.
- Redondo, J. (Coord.) (2012). *Sem violência doméstica – Uma experiência de trabalho em rede*. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro. Disponível em <http://violencia.online.pt/artigos/show.htm?idartigo=468>, acessado em 22 de março de 2016.
- Redondo, J., Pimentel, I., & Correia, A. (Coord.) (2012). *Manual Sarar: Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar. Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos*. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro. Disponível em <http://violencia.online.pt/artigos/show.htm?idartigo=458>, acessado em 22 de março de 2016.
- Reis, M. & Nahamish, D. (1998). "Validation of the indicators of abuse (IOA) screen". *The Gerontologist*, 38(4), 471-80.
- Reis, M. (2000). "The IOA screen: An abuse-alert measure that dispels myths". *Generations*, 24 (2), 13-16.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015. Diário da República 165, Série I, de 25 de agosto, 6280-6289.
- Russo, A. (2000). *Women's health program helps older domestic violence victims*. University of Cincinnati Medical Center. Citado em *Older women and domestic violence An Overview* (2007). Disponível em <http://www.elderabuseontario.com/wp-content/uploads/2014/03/Older-women-and-domestic-violence.pdf>, acessado em 3 de abril de 2016.

- 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*. Disponível em <http://spp.revues.org/1192>, acessado em 07/09/2015.
- Scott, M., Mckie, L., Morton, S., Seddon, E. & Wassoff, F. (2004). *Older women and domestic violence in Scotland: "...and for 39 years I got on with it."*. Edinburgh: Health Scotland.
- Seaver, C. (1996). "Muted lives: Older battered women". *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 8(2), 3-21.
- Steinmetz, S. K. (1988). *Duty bound: Elder abuse and family care*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Swagerly, D. L. Jr., Takahashi, P. Y. & Evans, J. M. (1999). "Elder mistreatment". *American Family Physician*, 59(10), 2804-8.
- United Nations Economic and Social Council (ECO-SOC) (2002). *Abuse of older persons: recognizing and responding to abuse of older persons in a global context*. New York: United Nations.
- Vinton, L. (1999). "Working with abused older women from a feminist perspective". *Journal of Women and Aging*, 11(2/3), 85-100.
- Vognar, L. & Gibbs, L. M. (2014). "Care of the victim". *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(4), 869-880.
- Wolf, R. S. & Pillemer, K. A. (1989). *Helping elderly victims: The reality of elder abuse*. New York: Columbia University Press.
- Wolf, R. S. (1997). "Elder abuse and neglect: An update". *Reviews in Clinical Gerontology*, 7, 177-182.
- Wolf, R., Daichman, L. & Bennett, G. (2002). "Abuse of the elderly". In E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi & R. Lozano. (Eds.). *World Report on Violence and Health*, pp. 123-146. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Forty-Ninth World Health Assembly . (1996). *Resolution of the World Health Assembly: Prevention of violence, a public health priority (WHA 49.25)*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/, acessado em 22 de março de 2016.
- Wright, J. (2003). "Considering issues of domestic violence and abuse in palliative care and bereavement situations". *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3, 72-77.
- World Health Organization & International Network for the Prevention of Elder Abuse [WHO & INPEA]. (2002). *Missing voices: Views of older persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/missing_voices/en/, acessado em 22 de março de 2016.
- I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2000-2003)*. Resolução do Conselho de Ministros n.º 55/1999. Diário da República 137, Série I-B de 157, de 15 de junho, 3426-3428.