

M 2019



**Violência contra pessoas idosas:
Dinâmicas abusivas e fatores de risco de violência
numa amostra de inquéritos judiciais**

Raquel Alexandra Caldas Morais

Dissertação de Mestrado em Criminologia apresentada à

Faculdade de Direito da Universidade do Porto

Trabalho realizado sob a orientação da

Professora Doutora Rosa Maria Merlim Saavedra e

Coorientação do Professor Doutor Jorge Albino Quintas de Oliveira

2019

Resumo

As pessoas idosas são um grupo particularmente vulnerável a situações de violência, sobretudo no seio familiar. Esta investigação teve como objetivo a caracterização sociodemográfica das pessoas idosas vítimas e dos agressores, da dinâmica relacional abusiva e dos fatores de risco de violência numa amostra de inquéritos judiciais. Para este efeito, recorreu-se à análise documental de 49 processos judiciais no Departamento de Investigação e Ação Penal (DIAP) do Porto.

Os resultados indicam que as vítimas apresentam idade superior a 74 anos, são do sexo feminino, casadas, e encontram-se aposentadas. Por sua vez, os agressores, que são principalmente os filhos, apresentam idade superior a 51 anos, são do sexo masculino, solteiros e possuem apenas o primeiro ciclo. A violência psicológica foi o tipo de violência exercida com maior frequência.

Quanto aos fatores de risco da vítima, os que mais se destacaram na nossa amostra foram o sexo, a idade e o historial de vitimação no passado. No caso dos agressores evidenciaram-se o abuso de substâncias, existência de comportamentos agressivos dirigidos à vítima, ter sido perpetrador de violência doméstica no passado e fracas competências de coping. Relativamente aos fatores de risco externos, relacionais e contextuais, os resultados apontaram para a existência de um historial de conflitos entre a vítima e o agressor e de coabitação entre os mesmos.

Palavras-chave: Pessoas idosas; fatores de risco; vítimas; agressores

Abstract

Elderly people are a particularly vulnerable group to violence, especially when it comes to intrafamilial violence.

This study aims to investigate the sociodemographic characteristics of the victims and the perpetrators, the abusive relationship and the risk factors on court inquiry samples. Documentary analysis of forty-nine (49) court cases belonging to the Department of Investigation and Penal Action (DIAP) of Porto were used.

The results indicated that victims are older than seventy-four (74) years, are women, married and are retired. The perpetrators who are, especially, the descendants, are older than fifty-one (51) years, are males, married and have a low educational level. The most frequent type of violence is the psychological one. The top victim's risk factors in our sample were gender, age, and victimization history.

The aggressor's risk factors are evident drug abuse, aggressive behaviour towards the victim, being a perpetrator of domestic violence in the past and weak coping skills. Concerning external, relational and contextual risk factors, the results indicated the existence of a history of conflicts between the victim and the aggressor and cohabitation.

Key words: elderly people; risk factors; victims; perpetrators

Agradecimentos

Aos meus pais, por todo o apoio, pelo amor e pelas palavras encorajadoras que sempre me deram em todos os momentos, mesmo naqueles em que o cansaço dificultava a vontade e a motivação para continuar. Um grande obrigado por toda a paciência e por me acompanharem neste percurso ao longo destes três anos, por nunca desistirem de mim e sempre acreditarem que eu era capaz. Sem dúvida que os nossos pais são o nosso pilar e os nossos melhores amigos, pois são eles que estão sempre do nosso lado, tanto nos bons como nos maus momentos.

À minha família, por todo o carinho e encorajamento nesta etapa, por estarem do meu lado em todos os momentos e por todos os incentivos. Tenho a sorte de poder dizer que tenho uma grande família, por ser unida e maravilhosa. Sem eles nada disto seria possível.

À professora Rosa e ao professor Jorge, para quem mal tenho palavras para agradecer por tudo, um grande obrigada pelo apoio que me foram dando ao longo desta caminhada, por toda a compreensão, empatia e paciência, por terem acreditado nas minhas capacidades, e principalmente pela partilha de conhecimentos.

À Luísa, pela paciência e pela força em todos os momentos, obrigada pelo apoio, pela tua boa disposição e me fazeres rir sempre, e principalmente por me teres acompanhado neste percurso.

À Rita, que me faz ver sempre o lado positivo da vida, que me ensinou o verdadeiro significado de gratidão e de ser feliz com pouco. Obrigada pela amizade, pelo carinho e por todas as palavras de força e encorajamento durante todo o percurso.

Ao Eduardo e à sua boa disposição, por me confortar sempre com as suas palavras sábias e sinceras. Obrigada por me mostrares que ainda existe bondade no mundo, obrigada por me sorrires sempre que pareço desanimar, e por estares na minha vida e do meu lado sempre que preciso.

Aos meus restantes amigos, aos amigos que me acompanharam praticamente a vida toda, que me viram crescer e me viram, sempre com orgulho, realizar os meus sonhos, um obrigado sincero.

Índice geral

Resumo	i
Abstract	i
Agradecimentos	ii
Índice de Anexos	v
Índice de Quadros	v
Índice de Tabelas	v
Índice de Siglas	vi
Introdução	1

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Conceito de violência contra idosos	3
1.1. Formas de violência	7
1.1.1. Violência física	7
1.1.2. Violência psicológica	7
1.1.3. Violência financeira	8
1.1.4. Violência sexual	8
1.1.5. Negligência	8
1.2. Causas e consequências da violência contra idosos	9
1.3. Do conhecimento ao reconhecimento e denúncia	11
2. Enquadramento histórico da violência contra idosos	14
2.1. Enquadramento histórico internacional	14
2.2. Enquadramento histórico português	18
3. Enquadramento jurídico-legal	21
3.1. Enquadramento jurídico-legal internacional	21
3.2. Enquadramento jurídico-legal português	25
4. Teorias explicativas da violência contra a pessoa idosa	29
5. Estudos empíricos	37

5.1. Prevalência e incidência de estudos de caso de violência contra idosos.....	37
5.2. Fatores de risco e de proteção.....	44
5.3. Instrumentos de avaliação do risco.....	55

Capítulo II – Estudo empírico

1. Objetivos de estudo	62
2. Metodologia.....	63
2.1. Procedimentos	63
2.2. Amostra	64
2.3. Instrumentos	64
2.4. Análise de dados	65
3. Resultados	66
3.1. Caracterização sociodemográfica da vítima, do agressor e da dinâmica abusiva	66
3.1.1. Características sociodemográficas da vítima	66
3.1.2. Características sociodemográficas do ofensor	68
3.1.3. Caracterização da dinâmica abusiva	69
3.1.3.1. Caracterização da violência.....	69
3.1.3.1.1. Caracterização da violência perpetrada e o sexo do agressor	71
3.1.3.1.2. Caracterização da violência perpetrada e a idade da vítima	71
3.1.3.2. Caracterização da relação abusiva	72
3.1.4. Dependências da vítima e do agressor	73
3.2. Fatores de risco e de proteção de violência	75
3.2.1. Fatores de risco de violência da vítima	75
3.2.2. Fatores de risco de violência do agressor.....	76
3.2.3. Fatores de risco externos, contextuais e relacionais	77
3.2.4. Fatores de proteção da vítima	79
4. Total de nível de risco do AGED	79
4.1. Valores totais do AGED por dimensão.....	79
4.2. Comparação das médias dos valores totais ponderados do AGED.....	80
4.3. Consistência interna	81
5. Comparação entre fatores de risco	81

5.1. Comparação entre fatores de risco da vítima	81
5.2. Comparação entre fatores de risco do agressor.....	82
5.3. Comparação entre fatores de risco externos, contextuais e relacionais	84
Capítulo III - Discussão de resultados	85
Conclusão	95
Referências bibliográficas	99
Índice de Anexos	
Anexo A: <i>Assessment guidelines for elder domestic violence (AGED)</i>	115
Anexo B: Grelha documental.....	123
Índice de Quadros	
Quadro 1 - Identificação dos fatores de risco na vítima e no agressor	45
Quadro 2 - Identificação dos fatores de risco externos, relacionais e contextuais e dos fatores de risco no espaço institucional.....	46
Quadro 3 - Identificação dos fatores de proteção da vítima/contexto	46
Quadro 4 - Identificação dos principais instrumentos de risco utilizados no estudo do risco de violência contra as pessoas idosas	57
Índice de Tabelas	
Tabela 1- Prevalência das características sociodemográficas da vítima	67
Tabela 2 - Prevalência das características sociodemográficas do agressor	68
Tabela 3 - Prevalência e categorização das diferentes formas de violência	69
Tabela 4 - Características da relação abusiva entre a vítima e o ofensor	72
Tabela 5 - Dependências do agressor e da vítima	73
Tabela 6 - Fatores de risco da vítima	75
Tabela 7 - Fatores de risco do agressor	76
Tabela 8 - Fatores de risco externos, contextuais e relacionais.....	77
Tabela 9 - Fatores de proteção da vítima	79
Tabela 10 - Total do nível de risco do AGED	79

Tabela 11- Valor total do AGED por dimensão.....	80
Tabela 12- Comparação das médias dos valores totais ponderados do AGED	80
Tabela 13 - Coeficiente Alpha de Cronbach para cada dimensão do AGED	81
Tabela 14 - Resultados do Teste de Mann-Whitney para os fatores de risco da vítima entre a amostra do presente estudo e a amostra do estudo de comparação.....	81
Tabela 15 - Resultados do Teste de Mann-Whitney para os fatores de risco do agressor entre a amostra do presente estudo e a amostra do estudo de comparação.....	82
Tabela 16- Resultados do Teste de Mann-Whitney para os fatores de risco externos, contextuais e relacionais entre a amostra do presente estudo e a amostra do estudo de comparação.	84

Índice de siglas

OMS – Organização Mundial de Saúde

APA – American Psychological Association

WHO – World Health Organization

APAV – Associação de Apoio à Vítima

PSP – Polícia de Segurança Pública

GAIV – Gabinete de Atendimento e Informação à Vítima

GNR – Guarda Nacional Republicana

IAVE – Investigação de Apoio a vítima específicas

NIAVE – Núcleos de Investigação e Apoio a Vítimas Específicas

ASGVCV - Ação de saúde sobre género, violência e ciclo de vida

CP – Código Penal

CRP – Constituição da República Portuguesa

CTS - *Conflict Tatic Scales*

BASE - *Brief Abuse Screen for the Elderly*

H-S/EAST - *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*

VASS - *Vulnerability to Abuse Screening Scale*

CASE - *Caregiver Abuse Screen*

EAI - *Elder Assessment Instrument*

EADI - *Elder Abuse Diagnosis and Intervention model*

IOA - *Indicators of Abuse*

CPEABS - *Caregivers Psychological Elder Abuse Behaviour Scale*

EPAS - *The Elder Psychological Abuse Scale*

EASI - *Elder Abuse Suspicion Index*

OAFEM - *The Older Adult Financial Exploitation Measure*

AGED - *Assessment Guidelines For Elder Domestic Violence*

DIAP – Departamento de Investigação e Ação Penal

Introdução

A violência contra os idosos é uma problemática que tem ganho visibilidade, principalmente devido ao envelhecimento progressivo da nossa população. E, apesar de ser um fenómeno cuja realidade difere de contexto para contexto, a verdade é que os seus limites são transversais a todas as sociedades (Silva & Lacerda, 2007). Tem-se verificado o aumento dos episódios de violência contra idosos no seio familiar (Fonseca, Gomes, Faria & Gil, 2012), nomeadamente pelos cônjuges, pelos filhos e pelos netos (Ibáñez, 2011).

A preocupação com esta problemática surgiu no século XX e, desde então, tem sido um fenómeno que tem sido explorado por diversos investigadores, sendo cada vez mais frequente a realização de estudos direccionados para a exploração da conceptualização do tema, da prevalência e da incidência. Mais recentemente têm-se focado nas causas e na prevenção.

Realizado no âmbito da unidade curricular “Dissertação”, no 2º Ciclo de Estudos do Curso de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto, este estudo está integrado num projeto de investigação desenvolvido em parceria com a Escola de Criminologia, a Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, o Departamento de Investigação e Ação Penal (DIAP) de Lisboa e a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). O objectivo deste esforço conjunto é a validação de um instrumento de avaliação do risco de violência doméstica e maus tratos contra pessoas idosas, o Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence (AGED) (c.f. AnexoA), que tem vindo a sofrer algumas reformulações de acordo com os resultados dos estudos realizados no âmbito deste projeto.

Este estudo, em concreto, incluiu uma amostra de 49 processos judiciais do DIAP do Porto.

Os objetivos gerais focam-se na caracterização a nível sociodemográfico das pessoas idosas vítimas e dos agressores e da dinâmica da relação abusiva, desde as etapas intrínsecas ao início da fase de inquérito de um processo judicial até à fase da acusação, através de uma grelha de análise (c.f. Anexo B) que possibilitou esta recolha. Pretendeu-se ainda identificar, através do AGED, os fatores de risco de violência da vítima, do agressor e dos fatores de risco da dinâmica relacional. Procedeu-se ainda à comparação dos dados deste estudo com os resultados de um estudo anterior, que realizou análise documental de processos de apoio à

vítima, numa estrutura de apoio à vítima (cf. Andrade, 2017). Pretendeu-se, ainda contribuir para a análise das características psicométricas do instrumento de avaliação de risco.

Esta dissertação encontra-se dividida em duas partes, sendo que a primeira é dedicada à revisão da literatura e a segunda relativa à descrição do estudo. Na primeira parte, proceder-se-á à definição do conceito de violência contra idosos e a todas as características relevantes para o entendimento da problemática. Posteriormente será abordado o enquadramento histórico e a evolução jurídico-legal a nível internacional e nacional, sendo enquadradas as teorias explicativas desta forma de violência. Relativamente aos estudos empíricos, serão referidos alguns estudos mais relevantes a nível internacional e a nível nacional, assim como serão identificados os fatores de risco relativos à vítima, ao agressor e ao contexto relacional. Neste âmbito, pretende-se também que sejam identificados alguns dos instrumentos de avaliação do risco que têm sido utilizados para esta análise.

A segunda parte, será dedicada ao estudo empírico, integrando os objetivos da investigação, a metodologia, os procedimentos, a amostra, a análise de dados e os instrumentos. Serão também apresentados os resultados e, posteriormente a discussão destes, terminando com uma conclusão, que ditará os aspetos que deverão ser destacados após a análise de todos os dados. Neste último ponto, serão elencadas as limitações do estudo e possíveis questões de investigação que terão ficado por responder e que poderão ser exploradas em estudos futuros no âmbito da temática em que se realizou esta investigação.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Conceito de violência contra idosos

Existem atos de violência que ocorrem de forma quase invisível, como é o caso da violência no seio familiar (Organização Mundial de Saúde, 2002). Apesar de o núcleo familiar ser fundamental e responsável pelo bem-estar entre os seus membros, fornecendo o suporte e cuidado entre as gerações, no que toca à violência no meio doméstico, o que se tem verificado é que esta tem sido a maior geradora de conflitos (Camarano & El Ghaouri, 2003). No entanto, este é um fenómeno que tem vindo a ganhar visibilidade entre a sociedade, designadamente a nível jurídico, através da adoção de regimes de proteção de mulheres e menores (Fonseca, Gomes, Faria & Gil, 2012), como é o caso da Convenção de Lanzarote e a Convenção de Istambul, documentos estes que apelam à prevenção e ao combate da violência doméstica que irão ser explicitados e explorados posteriormente.

Incluído no espectro da violência intrafamiliar, surge o conceito de violência contra a pessoa idosa, enquanto atentado à violação dos direitos humanos, tratando-se de um problema universal e transversal a todas as sociedades e culturas, independentemente do *status* socioeconómico, etnia e religião (Silva & Dias, 2016). Contudo, é comum encontrarmos diferentes designações para este fenómeno.

Foram 34 os termos usados para a violência contra a pessoa idosa encontrados ao longo de vários estudos (Daly & Jorgerston, 2003), e entre os mais referidos encontram-se o *elder mistreatment*, *maltreatment*, *elder abuse*, *elder neglect*, *active neglect*, *passive neglect*, *physical abuse*, *psychological abuse*, *sexual abuse*, *medical abuse*, *financial abuse*, *material abuse*, *violation of rights*, *deprivation*, *exploitation* e *self-neglect* e *abuse*. A utilização destes termos, aplicados de formas diferentes por diferentes estudiosos tem dificultado a descrição da violência contra as pessoas idosas e a especificação das suas variadas formas (Hudson, 1988). Foram ainda usados alguns termos como o *battered elder syndrome*, (Block & Sinnott, 1979, cit in Daly & Jorgerst, 2003), *elder mistreatment* (Hickey & Douglass, 1981, cit in Daly & Jorgerst, 2003), *granny abuse* (Eastman, 1988, cit in Daly & Jorgerst, 2003), *granny battering* (Baker, 1975; Burston, 1975, cit in Daly & Jorgerst, 2003), *parent battering* (U.S. House of Representative, 1978, cit in Daly & Jorgerst, 2003) e *old age abuse* (Eastman, 1984, cit in Daly & Jorgerst, 2003).

Entre as definições mais antigas e referenciadas na literatura encontra-se a definição proposta por Hudson (1988), que refere que a violência contra idosos “*é um comportamento agressivo ou invasivo, infligidos a um idoso e resultando em efeitos prejudiciais para o mesmo*”. Por sua vez, a *American Medical Association* (Yawn, Yawn, & Uden, 1992) conceptualizou o termo como “*um ato de comissão ou omissão que resulta em dano ou ameaça de dano à saúde ou bem-estar de uma pessoa idosa*”, enquanto que a *National Academy of Science* (2002) define a violência contra idosos como “*(a) ações intencionais que causam prejuízo ou criam risco de prejuízo num idoso vulnerável, por parte de um cuidador ou outro indivíduo que mantém uma relação de confiança com a vítima, ou (b) falha por parte de um cuidador em satisfazer as necessidades básicas ou de proteger os idosos*”. Outra definição recente de violência contra idosos, foi indicada pelo *The Elder Justice Roadmap Report*, que referiu que este tipo de fenómeno “*inclui abuso físico, sexual ou psicológico, bem como negligência, abandono e exploração financeira de uma pessoa idosa ou entidade, que ocorre em qualquer ambiente (por exemplo, casa, comunidade ou estabelecimento), seja em um relacionamento em que haja expectativa de confiança e / ou quando uma pessoa idosa é visada com base em idade ou deficiência*”. (The elder justice roadmap report, 2014).

No entanto, aquela que tem sido aceite de forma mais unânime, é a definição adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Perez-Rojo, Nuevo, Sancho & Penhale, 2015), que define o fenómeno como o “*uso intencional de força física ou poder, sob a forma de ameaça real, contra si mesmo, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, do qual resulte, ou exista a probabilidade de resultar, uma lesão física ou psicológica, morte, atraso de desenvolvimento, ou qualquer forma de prejuízo ou privação*” (Organização Mundial da Saúde, 2002). O conceito de violência é a definição que parece ser a mais assertiva e adequada a este estudo, pela abrangência do termo. A compreensão de que este termo pode conter uma panóplia de subconceitos, levou a OMS a considerar alguns destes, nomeadamente, a veemência, a iascibilidade, o abuso de força, a tirania, a opressão, assim como o constrangimento e a coação (Fonseca, Gomes, Faria & Gil, 2012).

A dúvida em torno da escolha da melhor definição e a multiplicidade de termos usados no âmbito da violência contra idosos levaram à emergência de controvérsias relativas às diferenças entre “violência contra idosos”, “abuso contra idosos” e “maus tratos”. Importará, então, distingui-los entre si.

O termo “abuso contra idosos” é associado ao termo inglês “*mistreatment*” e “*elder abuse*”, e é também aquele que tem sido mais frequentemente referenciado pelos investigadores, sendo definido pela OMS como “*um ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada, ocorrendo em qualquer relacionamento onde há uma expectativa de confiança, que causa dano ou sofrimento a uma pessoa mais velha. Pode ser de várias formas: física, psicológica/emocional, abuso sexual, financeiro ou material e/ou negligência intencional ou não intencional*” (Organização Mundial de Saúde, 2012). O abuso pode também apresentar uma natureza derivada de diversos conceitos, incluindo alguns domínios, entre os quais, o abuso físico, sexual, psicológico ou financeiro, em que a intencionalidade pode causar ou não danos suficientes para provocar consequências graves para a vítima. Este termo exclui casos de vitimização de idosos por parte de desconhecidos (Bonnie, Wallace & National Research Council, 2003).

Relativamente ao conceito de “maus-tratos” a OMS refere que é “*qualquer ato isolado ou repetido, ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano, ou incomodo a uma pessoa idosa. Estes atos podem ser de vários tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financeiro ou, simplesmente, refletir atos de negligência intencional, ou por omissão*” Para Browne & Herbert (1997, cit in Andrade, 2015), este conceito estabelece uma vertente mais passiva, através da inclusão de atos de negligência e, por outro lado, uma vertente mais ativa, correspondente ao ato de perpetrar diretamente a violência sob a vítima.

A linha ténue que existe entre os três termos (“violência”, “abuso” e “maus-tratos”) gera muita insegurança no momento de optar por um conceito, devido aos aspetos comuns em que assentam os pressupostos de cada termo: Um ato ou conduta, uma relação interpessoal de confiança, e uma consequência e um dano físico e/ou mental provocado em virtude do comportamento violento (Fonseca, Gomes, Faria & Gil, 2012). A dificuldade na distinção dos termos revela-se ainda pela existência de outros pontos em comum, designadamente a necessidade de proteção por parte de instâncias superiores, e são conceitos que concorrem entre si no que diz respeito ao carácter abusivo ou violento, que resulta em danos físicos e/ou psíquicos para a vítima (Rosas, 2015).

Apesar da discussão existente entre a terminologia usada para os dois conceitos, a verdade é que a definição de “maus tratos” aproxima-se do conceito de “abuso contra idosos”, e do conceito de “violência contra idosos” (Faria, 2018). Segundo alguns documentos emanados da ONU, OMS e da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), o uso dos dois conceitos “abuso” e “maus tratos” surge quase de forma sinónima, tal como a Declaração de Toronto de 2002 representa sobre o abuso de pessoas idosas, ou no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, cujo documento faz referência aos dois termos quase sem distinção (Fonseca, Gomes, Faria & Gil, 2012).

Por outro lado, Bernal e Gutiérrez (2005, cit in Andrade, 2015) revelam a existência de uma característica que acaba por diferenciar os dois conceitos, nomeadamente a intencionalidade na ação, uma vez que no termo “abuso contra idosos” não tem necessariamente de estar sempre presente em casos de violência, demonstrando uma incompatibilidade entre os termos. A explicação na intencionalidade dos comportamentos perpetrados pelo agressor podem ser vistos de duas formas, podendo o termo “maus tratos” assumir duas vertentes, designadamente a ativa e a passiva. Relativamente à forma ativa, esta prende-se com o caráter intencional do abuso, isto é, do dolo, que em termos jurídicos caracteriza o ato agressivo dirigido à vítima, e a forma passiva, que corresponde à forma não deliberada do ato, que acontece no caso da negligência

Apesar dos esforços realizados para a concetualização deste fenómeno, continua a não existir uma definição que seja unânimemente aceite por todos (Yon, Mikton, Gassoumis & Wilber, 2017), persistindo ainda questões que interferem na medição do fenómeno e na comparação dos resultados (Santos, 2018, cit in Dias, Lopes & Lemos, 2019).

Segundo Perel-Levin (2008) a falta de consenso em torno da definição de violência contra a pessoa idosa é resultante da vasta quantidade de teorias explicativas, que acabam por criar uma panóplia de conceitos diferentes. Por sua vez, a pesquisa tem-se revelado descritiva e sem resultados práticos. Todas estas implicações interferem no âmbito da investigação científica e da descrição de modelos de intervenção na problemática (Gil, Kislaya, Santos, Nunes, Nicolau & Fernandes, 2015).

Dadas as dificuldades inerentes à concetualização mais correta da violência contra idosos é fundamental que alguns procedimentos e estratégias sejam adotados no sentido de diminuir o ceticismo em relação a esta problemática. É importante dar uma maior atenção às especificidades culturais de cada país, daí a necessidade dos organismos de investigação de utilizar o conceito de violência contra idosos de forma unívoca. A legislação de cada país pode também trazer algumas consequências para os resultados das investigações, mais precisamente ao nível da comparabilidade entre estudos, o que pode limitar a sua fiabilidade (Fonseca, Gomes, Faria & Gil, 2012). O que a legislação nacional define ou não como crime, condicionará os atos e formas de violência em análise, bem como os dados de prevalência relativamente a este fenómeno.

1.1. Formas de violência

De acordo com a definição adotada, é possível discriminar algumas formas de violência contra a pessoa idosa. Daremos particular destaque à violência física, psicológica, financeira, sexual e negligência.

1.1.1. Violência física

Em Portugal, segundo o Guia de Apoio aos Profissionais na Identificação e Sinalização, entende-se por violência física “o conjunto de ações ou agressões que possam vir a causar dor ou dano físico”. Neste tipo de situações a vítima geralmente apresenta hematomas, lesões, feridas, queimaduras, fraturas, cefaleias, palpitações, dor crónica e ocorrências gastrointestinais. Estes atos podem manifestar-se de diversas formas, e não é necessário que seja visível a todos os indicadores em todas as pessoas idosas que sofrem de violência. Por sua vez, a deteção de alguns desses indicadores não induz necessariamente a ocorrência de violência (Novo, Prada, Fernandes & Cerqueira, 2016).

1.1.2. Violência psicológica

Relativamente à violência psicológica, esta diz respeito à agressão verbal, ameaças, intimidações, humilhações, chantagem emocional, manipulação e desvalorização. É importante referir não só os atos verbais, mas também os não-verbais, como o caso do silêncio, indiferença e isolamento social (Burnett, Achenbaum & Murphy, 2014; Santos & Vieira, 2014; Tortosa, 2004, cit in Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2017).

1.1.3. Violência financeira

A violência financeira, por sua vez, distingue-se pelo uso abusivo de recursos financeiros e/ou materiais da pessoa idosa, impedindo-o de ter controle sob os seus próprios bens, uma vez que o perpetrador se apropria dos mesmos e do seu dinheiro sem o consentimento da vítima, obrigando-a, por exemplo, a assinar documentos contra a sua vontade, procurações e a fazer doações (Burnett, Achenbaum & Murphy, 2014; Santos & Vieira, 2014; Tortosa, 2004, cit in Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2017).

1.1.4. Violência sexual

A violência sexual refere-se a contacto íntimo ou conversas de cariz sexual, isto é, sem o consentimento da pessoa idosa (Burnett, Achenbaum & Murphy, 2014; Santos & Vieira, 2014; Tortosa, 2004, cit in Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2017). Esta forma de abuso pode ser identificada através da presença de sangramento vaginal ou anal, hemorragias e/ou infecções genitais ou outro tipo de doenças (Guia de Apoio aos Profissionais na Identificação e Sinalização, 2016).

1.1.5. Negligência

Quanto à negligência, diz respeito à omissão de cuidados, isto é, à negação, intencional ou não, da prestação das necessidades da pessoa idosa, a nível social e de saúde, podendo ainda incluir-se nesta categoria (Burnett, Achenbaum & Murphy, 2014; Santos & Vieira, 2014; Tortosa, 2004, cit in Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2017). A negligência pode ainda ser dividida em dois tipos, nomeadamente a forma ativa e passiva em que os atos dirigidos à vítima ocorrem. Relativamente à primeira forma, inclui-se o dolo nas condutas, nomeadamente a negação ou fracasso intencionais em atender às necessidades básicas das vítimas. Relativamente à segunda forma, a única diferença reside na intencionalidade da ação, uma vez que os atos dirigidos à vítima são inconscientes (Wolf et al., 1989, cit in Dias, 2004). Alguns exemplos de sinais que podem alertar para esta forma de violência são a desidratação, a desnutrição e o descuido na própria higiene, assim como a falta de assistência médica que possa colocar em evidência o risco de saúde física, agravando o diagnóstico clínico (Novo, Prada, Fernandes, & Cerqueira, 2017).

1.2. Causas e consequências da violência contra idosos

Segundo a *American Psychological Association* (APA), a maior parte das situações de violência contra idosos são intrínsecas ao meio doméstico (Ferreira-Alves, 2005), sendo perpetrada por elementos da família, nomeadamente pelos cônjuges, pelos filhos, pelos netos. Contudo, a violência pode também ser perpetrada por vizinhos ou até mesmo por um profissional de saúde, pelo que pode ocorrer em instituições e não só no seio familiar. Isto é, pode ocorrer em contextos em que a vítima é dependente de um cuidador, podendo também comportar situações em que a mesma pessoa idosa é cuidadora de outra pessoa idosa (Ibáñez, 2011).

Devido ao número crescente de episódios de violência no contexto familiar, a violência contra a pessoa idosa não deve ser uma problemática percebida como um fenómeno isolado (Fonseca, Gomes, Faria & Gil, 2012), sendo nos dias de hoje uma problemática sobejamente reconhecida, pelo impacto a nível individual, social, e económico, sendo um assunto emergente, fomentado pelo envelhecimento demográfico das sociedades modernas. É importante perceber que a violência contra idosos é resultante das transformações que se têm verificado nas estruturas familiares, dependendo também do meio social em que estas se encontram.

Neste sentido, é uma problemática que tem sido associada a diversos conflitos no seio doméstico, principalmente devido à presença de diferentes gerações, e a problemas no espaço físico (Leite, Hildebrandt & Santos, 2008), tendo sido recorrentemente relacionado com algumas questões sociais, nomeadamente a urbanização, a industrialização e o aumento do trabalho feminino o que tem gerado, no seu conjunto, um enfraquecimento dos laços familiares. A questão da emigração também tem sido fortemente associada às diversas transformações de que as famílias têm sido alvo, uma vez que é cada vez menos frequente os familiares terem disponibilidade de cuidar dos idosos (Lowenstein, Eisikovits, Band-Winterstein & Enosh, 2009). Antigamente, esta era uma tarefa assegurada pelas mulheres mas, nos dias de hoje, é comum os dois elementos do casal trabalharem fora de casa, estando as mulheres menos disponíveis para assumirem esta função de cuidado.

Existem, curiosamente, duas tendências que se têm verificado na sociedade: por um lado, o crescimento de famílias unipessoais, ou seja, de idosos que vivem sozinhos, o que pode ser resultante da ausência ou distanciamento afetivo, e por outro lado, de

jovens que têm adiado a saída de casa dos próprios pais, o que os faz tornarem-se dependentes dos idosos. Esta constatação é resultante da entrada tardia no mercado de trabalho por parte dos filhos dos idosos, causada pela instabilidade a nível económico (Camarano & El Ghaouri, 2003).

Por sua vez, a título individual, é importante realçar que as características adjacentes à posição do idoso enquanto ser vulnerável também têm algum impacto na dinâmica abusiva. Neste sentido, a exposição dos idosos a diferentes formas de violência tende a resultar de mudanças nas situações de vida provenientes da fragilidade e da dependência que a pessoa idosa tem relativamente ao seu cuidador (Ferreira-Alves, 2005). O enfraquecimento da posição social do idoso, aliado à desestruturação a nível familiar e às alterações a nível económico na dinâmica familiar têm aparentado ter alguma influência no exercício da violência contra idosos. De acordo com Néri (2007, cit in Rosas, 2015), as pessoas idosas são consideradas como indivíduos incapazes e inúteis e por isso mesmo o acesso aos recursos são limitados.

Os idosos constituem-se um alvo fácil por parte dos cuidadores, seja a nível familiar, seja a nível institucional, porque precisam de cuidados regulares. Neste tipo de comportamentos abusivos, mais do que os efeitos diretos do próprio comportamento abusivo, importa a decadência física e psicológica intrínseca a todo o processo, resultando em distorções a nível do próprio *self* e da própria autonomia, comprometendo as relações interpessoais. A este cenário pode juntar-se a ausência de tempo disponível por parte da família para assegurar os cuidados básicos aos mesmos, resultando no abandono, na pobreza e na vulnerabilidade deste grupo etário (Rosas, 2015).

A violência contra idosos traduz-se na violação da reserva do seio familiar em que os atos abusivos ocorrem, sendo um problema de saúde pública (World Health Organization, 2002), aumentando o risco de morbilidade e mortalidade (Dong et al., 2009). Como consequência do comportamento abusivo, e reforçado pelo estado físico decadente do idoso, este vai apresentando ao longo do tempo perda de peso, desnutrição, hematomas, queimaduras, ferimentos, passividade, olheiras, provas de ausência de cuidados de higiene e ingestão incorrecta de medicamentos. Este pode ainda demonstrar resignação, tristeza, quadros sintomatológicos de ansiedade e depressão, alienação, sentimentos de culpa e negação dos comportamentos abusivos da qual são

vítimas, incoerência no discurso, resistência em manter qualquer tipo de contacto, tanto físico como verbal (Guccione, 2000, cit in Elsner, Pavan & Guedes, 2007).

A nível sexual, recorrentemente o idoso expressa comportamento agressivo, ou por oposição, apresenta isolamento, evitando relacionar-se com qualquer tipo de pessoa. Entre os sintomas, destacam-se os hematomas, sangramento anal ou genital, dificuldade em se deslocar e dor abdominal (Guccione, 2000, cit in Elsner, Pavan & Guedes, 2007).

A nível social, a perda do *status* associada ao próprio envelhecimento, é provocada pelo desamparo da vítima, resultante da progressiva perda das capacidades físicas e mentais da mesma. A pessoa idosa passa a ser vista como uma pessoa impotente, debilitada, incapaz de tomar as suas próprias decisões e de resolver os próprios problemas (Elsner, Pavan & Guedes, 2007). Aliada a esta questão, é importante dar enfoque ao isolamento social, que tem sido relacionado com a violência contra a pessoa idosa, uma vez que o ofensor impede a vítima de ter qualquer tipo de contacto externo, seja com familiares, amigos ou profissionais de saúde, o que limita a procura de ajuda por parte da mesma (Santos, Silva, Carvalho & Menezes, 2007).

A nível cultural, Leite, Hildebrandt e Santos (2008) salientam ainda que esta questão também pode fomentar a violência no seio doméstico, pelo facto de o idoso ser subvalorizado e, muitas vezes, ostracizado.

1.3. Do conhecimento ao reconhecimento e denúncia

Alguns autores, como Gonçalves e Machado (2002) explicam que a violência contra idosos não tem sido explorada de forma tão intensa como outras formas de violência doméstica, devido ao reduzido número de denúncias e de procura de apoio. Além disso, as categorias associadas ao abuso podem conter uma panóplia de tipos de violência, o que por sua vez resulta na ineficácia da aplicação de programas e de envios no momento de denunciar (Spencer & Gutman, 2008, cit in McDonald & Thomas, 2013), distorcendo a realidade quanto aos verdadeiros números que representam a violência contra a pessoa idosa.

As dificuldades na deteção e na identificação de situações abusivas podem surgir devido ao isolamento de muitos idosos, uma vez que a probabilidade de estes estarem inseridos na comunidade e envolvidos em atividades com a rede social, a nível de emprego ou da educação é menor. Por outro lado, tende a acontecer no meio privado.

Ao contrário das crianças que estão regularmente em contacto com o meio social e com indivíduos que as ajudam nas suas tarefas, os idosos não se conectam com os profissionais que lhes possam fornecer algum auxílio na prestação de cuidados (Penhale, 1993). É importante salientar que alguns estudos (e.g. Kleinshmidt, 1997; Reay & Browne, 2001) constataram que a relação de dependência existente entre cuidador-idoso pode tornar-se violenta quando o próprio prestador de cuidados se isola, quando sofre de depressão ou problemas psiquiátricos, quando a relação afetiva é praticamente ausente ou quando o cuidador foi ele mesmo vítima de violência por parte do idoso. Minayo (2003) atribui particular atenção ao sofrimento do cuidador, resultante das dificuldades e da ausência de apoio monetário ou social para cuidar dos idosos, o que acaba por ter como consequência os custos materiais e o cansaço físico e psicológico.

Quanto à denúncia por parte da vítima, um questionário realizado nos EUA concluiu que 24% das vítimas não têm conhecimento da problemática, ou seja, não se reconhecem como vítimas de crime (O'Malley et al., 1979, cit in Penhale, 1993).

Torna-se difícil identificar estas situações do ponto de vista social e devido às atitudes que cercam a dinâmica familiar, relativamente à ideia de que não deve existir interferência por parte da comunidade no que concerne à denúncia. Algumas das razões existentes para as vítimas não denunciarem a violência são: a vergonha de relatar a situação abusiva; a incapacidade para o fazer, devido a algum tipo de dificuldade motora ou psíquica; à dependência da vítima relativamente ao ofensor no sentido de manter a sobrevivência; ao medo de retaliação ou de tornar a situação pior; ao facto de a vítima poder assumir a culpa para o comportamento do abusador; ao medo de ser retirado de casa e institucionalizado; aos laços afetivos com o agressor poderem ser mais fortes do que o sentimento de dever em pôr fim à situação; à preocupação em distorcer a imagem da própria família se a vítima denunciar o abuso e à visão social do domínio privado da família, como já foi referido anteriormente (Champlin, 1982, cit in Penhale, 1993). Esta última é uma questão muito pertinente no espectro da violência familiar, pois uma das razões que limitam os idosos de procederem à denúncia prende-se com a intimidade e a privacidade do núcleo familiar (Hudson, 1988; Steinmetz, 1988, 1990, cit in Schiamberg & Gans, 2000), em que a maior parte dos idosos prefere sofrer em silêncio do que quebrar a relação familiar (Quinn & Tomita, 1986, cit in Schiamberg & Gans, 2000). Na maior parte dos casos estes são incapazes de alertar alguém da sua

rede de suporte sobre os comportamentos impróprios. É de salientar, que, ainda no contexto familiar, estabelece-se na vítima a ideia de que a própria falhou, e que todo o contexto abusivo é resultado do insucesso educacional das relações interpessoais estabelecidas, em particular quando a violência é perpetrada pelos filhos (Faria, 2018).

O processo natural de envelhecimento também dificulta a denúncia, uma vez que qualquer hematoma que possam apresentar pode ser alvo de dúvida, devido à sua multicausalidade, assim como a legitimidade da violência por parte do cuidador poder ser considerada um entrave à denúncia de situações abusivas, principalmente em instituições, isto é, na crença de que os comportamentos agressivos contra os idosos são ações aceitáveis (Faria, 2018)

Em suma, a violência contra a pessoa idosa, que assume diversas formas, tem sido um fenómeno que tem ganho significativa visibilidade, resultante das mudanças na família e na sociedade que têm ocorrido ao longo do último século. No entanto, e como já foi referido, a preocupação com o envelhecimento e com a violência contra idosos enquanto problema social tem levado a um conhecimento desproporcional que não corresponde à realidade, o que leva a uma discrepância entre o número conhecido de casos de violência contra idosos e o número real (Biggs e Haapala, 2010). As diferentes definições e formas de concetualização, aliadas ao vínculo existente entre a vítima e o cuidador, isto é, à relação de dependência e a toda a dinâmica familiar, dificultam a identificação de casos de abuso, aumentando as cifras negras. Por sua vez, a relação abusiva resulta em diversas consequências negativas para a vítima, especialmente a nível de saúde. Assim, ainda que a definição proposta pela OMS pareça a mais indicada para este estudo, ainda não existe uma conceptualização totalmente aceite por todos os estudiosos, existindo ainda muitas dúvidas relativamente àquela que melhor atenta à realidade da violência contra idosos.

Assim, a importância de encontrar uma definição adequada da temática, como sugere Marmolejo (2005, cit in Ibáñez, 2011) facilita o desenvolvimento de ferramentas para a deteção de casos abusivos e para a investigação, assim como na identificação dos fatores de risco e das consequências e limitações inerentes à prevenção da violência contra idosos. No entanto, também é importante dar atenção à voz dos idosos, isto é, perceber quais os seus interesses e de protege-los (Bennet et al., 1997).

É preciso refletir sobre o tema a partir de uma visão abrangente, que englobe as características sociológicas, culturais e económicas que exercem influência na vida familiar moderna e no estatuto social dos idosos, e incluir também nessa abordagem as consequência das políticas de mudança de saúde e bem-estar, no sentido de perceber a complexidade do fenómeno e a importância de compreensão do meio social em que os mesmos estão inseridos (Bennet et al., 1997).

2. Enquadramento histórico da violência contra idosos

2.1. Enquadramento histórico internacional

Principalmente nos países em desenvolvimento o envelhecimento foi progressivamente aumentando, como consequência da diminuição da taxa de natalidade e do aumento da esperança de vida (Netto, Yuaso, Kitadai, 2005, cit in Florêncio, Filha, Duarte de Sá, 2007). Apesar de a realidade relativa ao conceito de pessoa idosa ser diferente em cada sociedade, devido às diferenças culturais, aos momentos históricos, à classe social, à etnia e ao género, a verdade é que é uma realidade que tem limites, e esses mesmos limites são universais e transversais a todas as sociedades (Silva & Lacerda, 2007).

Ao longo da antiguidade, o idoso era valorizado de forma diferente em várias sociedades, tanto na Grécia Antiga, como na sociedade romana. Só a partir do Século XVIII é que estes passaram a ser reconhecidos como indivíduos merecedores de direitos humanos, condição que permaneceu até à época do Iluminismo e até ter sido produzida legislação no sentido de atender às necessidades da pessoa idosa (Paúl, 1997, cit in Dias, 2005).

Nas culturas ocidentais, marcava-se o reconhecimento e a valorização dos idosos, cujos ideais eram retratados sob uma perspectiva denominada “*Golden Age*” (Dias, 2005). Os idosos com condições económicas mais baixas não eram ostracizados, e a família cuidava dos seus, da mesma forma que se preocupavam com as crianças. Centrada nesta visão, numa família típica da classe média, era bastante evidente o patriarcado, e a dedicação das mulheres às tarefas domésticas e aos cuidados com as crianças, apresentando o idoso um estatuto honrado no seio familiar (Brodgen & Bijhar, 2000).

No entanto, a partir do início do século XX, houve uma regressão na concetualização e os idosos passaram a ser desvalorizados, pelo que as suas condições físicas e psicológicas estavam associadas à falta de produtividade, tanto a nível industrial, como no progresso científico e tecnológico, assim como o declínio da sociedade patriarcal. Estes discursos negativos sobre a velhice, onde se encontravam situações de pobreza, isolamento social, solidão, doença e a questão da dependência, fosse ela física ou emocional, estenderam-se sensivelmente até aos anos 80 (Mauritti, 2004). A partir dessa altura, a violência contra as pessoas idosas começou a ser vista como um problema e uma questão de bem-estar social e posteriormente como parte de um problema de envelhecimento, passando a existir uma maior preocupação com a saúde pública e com a justiça criminal, tendo sido estas duas áreas relevantes para a forma como nos dias de hoje o fenómeno é visto, analisado e tratado (World Health Organization, 2002).

Foi nos inícios dos anos 60, mais precisamente em 1962, que a violência se tornou num tema de debate público, principalmente na área da saúde (Moskovitz, 1998), quando aumentaram as denúncias de casos de violência doméstica e abuso contra crianças (Kleinshmidt, 1997), tendo referido os investigadores Steinmetz (1978) e Harden (1980, cit in Chen, Bell, Dolinsky, Doyle & Dunn, 1982) que existia um paralelismo entre as duas temáticas, ressaltando que muitas crianças que eram vítimas de violência pelos próprios pais, tornavam-se agressoras mais tarde, quando adultas.

Em 1965, foi aprovada uma lei que estabelecia programas que ofereciam serviços e oportunidades para os cidadãos americanos mais velhos. Essa lei requeria que as Agências de área locais avaliassem a necessidade de serviços de prevenção de abuso de idosos (Daly & Jorgerst, 2003).

Por sua vez, na década de 70, a violência conjugal e outras formas de violência contra as mulheres passaram a ser o foco das atenções das organizações públicas e um amplo movimento surgiu, com reformas na lei e desenvolvimento de programas sociais. Ainda na mesma década, enquanto alguns estudos eram publicados na Grã Bretanha, chamando a atenção para o termo “*granny bashing*”, nos Estados Unidos os estudos que identificavam o abuso contra a pessoa idosa como um problema sério apenas começaram a surgir em finais dos anos 70 (Moskovitz, 1998). Anos mais tarde, Baker (1975, cit in Payne & Berg, 2003) usou a frase “*granny battering*” para referir situações

em que os idosos não estavam a receber cuidados médicos. Em 1979, Block e Sinnott (1979, cit in Payne & Berg, 2003) publicaram “*The battered elder syndrome*”, que forneceu um diagnóstico médico oficial para casos de idosos que eram vítimas dos próprios cuidadores.

No início da década de 80 poucos Estados possuíam legislação que protegia os idosos do abuso, que, segundo alguns autores (Chell, Bell, Dolinsky, Doyle & Dunn, 1982) eram considerados tão vulneráveis quanto as crianças. Havia ausência de conhecimento relativamente à problemática tanto no sector público como no privado, a nível de saúde e serviço social, pelo que a assistência dada a esta faixa etária era escassa. Na mesma altura, os investigadores estimavam que entre 500,000 e 1 milhão de idosos seriam maltratados a cada ano (Chell, Bell, Dolinsky, Doyle, Dunn, 1982). Em 1981, foi emitido nos Estados Unidos um relatório que procurava definir a natureza do conceito, pelo que se concluiu que a violência contra idosos era um fenómeno oculto, generalizado e não declarado, e apenas em 1985, após uma longa espera por financiamento, os Estados passaram a apresentar o estatuto de proteção de idosos (Moskovitz, 1998).

Até 1989 existia pouca pesquisa e estudos sobre esta problemática, tendo sido Eastman (1984, cit in McCreadie, 1994) e McCreadie (1993, cit in McCreadie, 1994) os pioneiros em investigação neste domínio, tendo aumentado consideravelmente o número de publicações. Consequentemente surgiu uma maior perceção de que os casos de idosos maltratados eram cometidos normalmente, no seio familiar, pelos cônjuges, ou, em caso de violência institucional, por um cuidador (Payne & Berg, 2003).

A pressão para providenciar respostas sistemáticas sobre a temática ganhou algum impulso a partir da década de 90, precisamente na mesma altura em que a problemática ganhou maior reconhecimento, devido a alguma pressão por parte de médicos, assistentes sociais e de investigadores. Em 1993 foi publicado o primeiro manual nacional relativo à violência em contexto doméstico, denominado “*No Longer Afraid*”, e posteriormente alguns departamentos associados à proteção de idosos apelaram à necessidade de melhorar algumas práticas (Mathew, Brown, Kingston, Askham, 2002).

O rápido crescimento da visibilidade da temática foi resultado da exploração do conceito de envelhecimento, acabando com distorções e mitos relativamente às necessidades dos idosos. Esta concetualização e a evolução da tecnologia resultaram na

evolução a nível de autonomia e independência dos idosos, de forma que os avanços na medicina proporcionaram o aumento da esperança de vida e uma maior qualidade de vida (US Department of Justice, 1993).

Em Março de 2000, o Departamento de Saúde, nos Estados Unidos, publicou um documento denominado “*No Secrets: Guidance on Developing and Implementing Multi-agency Policies and Procedures to Protect Vulnerable Adults from Abuse*”, tendo sido dirigido aos serviços sociais, polícias e alargado também aos profissionais de saúde. Neste sentido foi elaborada uma lista de práticas e políticas a serem implementadas com o objetivo de proteção dos adultos mais vulneráveis (Mathew, Brown, Kingston, McCreadie, Askham, 2002). Neste mesmo documento, o Departamento de Saúde definiu violência contra idosos como “*a violação dos direitos civis e humanos por outra ou outras pessoas*”, subdividindo a violência em subcategorias, nomeadamente violência física, psicológica, sexual, financeira e negligência, especificando que violência contra idosos é tanto um ato individual como repetido ou omitido (Cooper, Selwood, Livingston, 2008),

Ainda no âmbito internacional, foi implementado o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, ratificado em Madrid, em 2002, tendo sido promovido pela ONU, com o objetivo de apelar à importância da eliminação de qualquer forma de violência contra idosos. Neste sentido, as medidas que foram sugeridas focaram-se em campanhas de sensibilização, não só para educar a população em geral, mas também os profissionais relativamente a este fenómeno, em particular, acerca das diferentes formas de violência e suas causas (Silva & Lacerda, 2006).

Foi também ratificada em maio de 2011 a Convenção do Conselho da Europa (doravante denominada de Convenção de Istambul, que foi referida no ponto 1 deste capítulo) para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica, que urge no sentido de prestar apoio e proteção a todas as vítimas, mais precisamente as mulheres, e exige a todos os Estados a obrigação de adotar medidas de política nacionais abrangentes com mecanismos de monitorização (Convenção do conselho da europa para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e a violência doméstica, 2013).

Por sua vez, a Convenção de Lazarote foi ratificada em 2007, por todos os Estados membros do Conselho da Europa e os restantes signatários da presente

convenção, para responder à necessidade de criar diretrizes que apontassem para a prevenção, proteção e para o direito penal no sentido de lutar contra todos os tipos de exploração sexual e de abusos sexuais de crianças (Convenção do Conselho da Europa para a Protecção das Crianças contra a Exploração Sexual e os Abusos Sexuais, 2007).

2.2. Enquadramento histórico português

Em Portugal, com a Revolução de 1974, foram introduzidas novas políticas sociais, nomeadamente, mudanças na legislação, reflexo da maior preocupação do Estado relativamente à família e o forte reconhecimento da importância da mulher no mercado de trabalho (Wall, 2004, cit in Mercurio & Nyborn, 2006). No entanto, estas mudanças, a par da instabilidade financeira que o país atravessava naquela época, levaram a que o Estado se preocupasse mais em estabilizar a economia do país, dispersando a atenção relativamente a questões sociais, como era o caso da violência contra a pessoa idosa. Neste sentido, o governo encontrava-se menos competente para gerir os recursos em torno da problemática.

Contudo, concomitantemente com a entrada de Portugal na União Europeia em 1999 e com a proliferação do mercado livre e da democracia, os países procederam à inclusão de desenvolvimento de políticas sociais no sentido de apoiar as mudanças demográficas e familiares, incluindo uma maior preocupação com a população idosa (Wall, 2004, cit in Mercurio & Nyborn, 2006).

No final do século XX, foram criadas algumas linhas de apoio ao idoso, como o caso da Linha do Cidadão Idoso, implementada pela Provedoria Geral da República e que ainda se encontram em funcionamento, no sentido de prestar auxílio em questões de saúde, segurança social, a nível de instituições, apesar de não se reger especificamente a tratar de problemas de violência contra idosos e violência doméstica. Outro exemplo de linhas telefónicas de apoio é assegurado pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, ainda que a intervenção seja direccionada para todas as vítimas de crime. A partir de 2006 foi criado pelo Ministério de Administração Interna e pela PSP, um modelo integrado de policiamento de proximidade, tendo sido criadas equipas de apoio à vítima designadamente o “Apoio 65 – Idosos em segurança”, cujo objetivo é assegurar a segurança desta população vulnerável e prevenir situações de risco. Estes programas, além do apoio que prestam às vítimas, auxiliam ainda no reforço do patrulhamento em zonas em que coabitam pessoas idosas e espaços públicos onde é usual encontrá-los,

além do apoio que prestam às vítimas. Neste sentido, as autarquias e instituições de solidariedade e de saúde promovem a cooperação e o reforço no apoio, acompanhamento e encaminhamento dos idosos, promovendo ações de consciencialização para a importância da prevenção do crime. Relativamente à PSP, o Comando Metropolitano do Porto tem desde 2013 um gabinete de atendimento a vítimas de violência doméstica denominado Gabinete de Apoio e Informação à Vítima (GAIV). Quanto à GNR, foi criado o Núcleo Mulher e Menor para dar apoio específico às questões relativas à violência contra as mulheres e crianças, pelo que inclui outro tipo de vítimas vulneráveis, como o caso dos idosos. Este núcleo, que neste momento é designado de (Investigação e Apoio a Vítimas Específicas (IAVE) visa sensibilizar os militares para a importância da intervenção em casos de violência doméstica. O IAVE está difundido em todo o território nacional, através de núcleos de investigação e apoio a vítimas específicas (NIAVE) (Faria, 2018). A União Europeia propôs que, em 2012 Portugal fosse considerado o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, tendo resultado na implementação de um plano de ação em todos os países-membros, sendo que Portugal não foi exceção. Neste sentido, o Programa de Ação 2012 para Portugal visava a consciencialização de problemas sociais como a pobreza, solidão, esquecimento e violência nos idosos e para a importância de práticas de prevenção e combate, através de ações de consciencialização e da importância de formar profissionais. Este programa tinha ainda o objetivo de promover o desenvolvimento de estudos científicos sobre temáticas como o envelhecimento, género e violência, para aumentar o conhecimento relativo a relações de abuso na conjugalidade, principalmente nas relações de violência que envolvem diferenças de género (Lopes, Mendes, Silva, 2014).

Em Portugal, nos últimos anos, têm sido implementados planos de ação nacional que promovem a igualdade, a não discriminação e cidadania, de prevenção e combate à violência doméstica e violência de género e contra o tráfico de seres humanos. A integração da perspectiva de género tem sido usada como estratégia para a promoção da igualdade de género, através da implementação de planos sectoriais (Convenção do Conselho da Europa para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e a violência doméstica, 2013).

Foram ainda publicados em 2013 os Planos Nacionais de Luta Contra a Violência, que têm por referência cinco áreas estratégicas de intervenção e as respetivas medidas

incluídas. Estes planos visam delimitar as estratégias e políticas a nível governamentais a serem implementadas na prevenção e no combate à violência doméstica e ao tráfico de pessoas, apelando ainda para a consciencialização de um mundo justo e igualitário e para a não discriminação (Planos Nacionais de Lutra contra a Violência, 2013).

Recentemente o Ministério da Saúde Português criou um modelo de intervenção sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo de vida, designadamente, Ação de saúde sobre género, violência e ciclo de vida (ASGVCV), no sentido de prevenir e combater o fenómeno da violência interpessoal, com o auxílio dos serviços de saúde de forma articulada (Despacho n.º6378/2013: Diário da República 2.ª série, n.º 94. 2013 maio 16; Lisboa: INCM).

No nosso país, o número de idosos tem aumentado progressivamente (Instituto Nacional de Estatística, 2012), sendo um fenómeno que tem atingido um relevo significativo a nível rural e urbano, condição esta agravada por um sistema de proteção em que existem muitas lacunas, pela dificuldade do sistema de saúde público responder às necessidades de todos os utentes idosos e pela desestruturação das redes de apoio social às famílias (Dias, 2005).

A família é vista como harmoniosa, protetora e existe uma tendência para se isolar do controlo social e para receber assistência para lidar com os conflitos. O facto de o conceito de família estar envolvido num ideal tão íntimo contribui para a relutância da aceitação da questão da violência contra a pessoa idosa como um problema social (Ferreira, 2004, cit in Ananias & Strydom, 2014). Em Portugal a família é tida como responsável pelo cuidar do outro. Encarregar-se dos idosos é um papel que deve ser assegurado pela família, sendo visto como impróprio colocar um idoso numa instituição. Existe no entanto carência de investigação quanto a esta problemática, apesar de o governo português reconhecer os direitos dos idosos na sociedade (Mercurio & Nyborn, 2006). A Constituição da República Portuguesa, segundo o artigo 72º garante aos idosos “*o direito à segurança económica e às condições de moradia e de vida familiar e comunitária que respeitam a sua autonomia pessoal*”. A Constituição estipula ainda que tipo de medidas a nível económico, social e cultural devem ser implementadas no sentido de proporcionar aos idosos a oportunidade de ter uma vida ativa nas suas comunidades.

Atualmente a pesquisa sobre as pessoas idosas apresenta uma panóplia de desafios a nível metodológico e limites à própria implementação, pelo que abordar um fenómeno tão complexo como a violência contra a pessoa idosa requer um esforço conjunto de várias equipas multidisciplinares. Existe um debate abrangente entre profissionais de saúde relativamente à questão do rastreio, e, apesar de existir maior consciencialização da problemática, a verdade é que tanto os serviços legais como os sociais, ainda não se encontram preparados para identificar e lidar com situações abusivas, pelo que estas continuam a ser negligenciadas e não diagnosticadas (Du Mont, Kosa, Macdonald, Elliot e Yaffe, 2015).

Sumariamente, a problemática da violência contra idosos atinge diferentes formas, sendo hoje reconhecida como um problema de saúde pública, numa sociedade que está cada vez mais envelhecida. Esta conceção foi atingida a partir dos anos 80, quando se constatou que este tipo de fenómeno era uma das principais causas de sofrimento humano. Apesar da melhoria das condições de vida, das alterações na dinâmica familiar e económica, e de estas terem proporcionado um aumento na esperança média de vida e uma maior consciencialização para a importância de fazer face a este fenómeno, a verdade é que ainda é um problema social que carece de algum estudo e de concordância entre os investigadores. Estas limitações devem-se principalmente às definições conceptuais, que por si só, podem trazer consequências na forma como os resultados dos estudos são analisados, e na forma como os crimes são denunciados a instâncias superiores.

2. Enquadramento jurídico-legal

2.1. Enquadramento jurídico-legal internacional

Historicamente, a violência contra idosos foi durante muito tempo definida como um problema social, e não como um crime (Payne, 2000; Wolf, 1992, cit in Payne, Berg & Toussaint, 2001). No entanto, nas últimas décadas do século XX muitas mudanças sociais e políticas levaram a que os investigadores se preocupassem mais com a vitimização de idosos (Payne & Berg, 2003). Apesar disso, o aumento populacional de idosos em si não contribuiu para aumentar a preocupação com a vitimização, pelo que as pesquisas e mudanças de políticas que emergiram foram essenciais para a clarificação e maior consciência relativamente a experiências de vitimização na população idosa

(Pillemer, 1985; Wolf, 1992; Zuzga, 1996, cit in Payne & Berg, 2003; Pillemer & Finkelhor, 1988).

Desde o final dos anos 70, tem havido uma preocupação crescente a nível estatal, que fez aflorar um conjunto de leis a um ritmo célere (Kohn, 2012). No final dos anos 70, a preocupação com o abuso de idosos expressa pela sociedade em geral, motivou os legisladores a demonstrarem a posição contra o abuso contra as pessoas idosas. As leis foram conseqüentemente aprovadas devido à persistência dos legisladores em demonstrar o desagrado contra as práticas violentas contra os idosos (Payne, 2000, cit in Payne & Berg, 2003).

No início dos anos 90, houve uma mudança política em que a violência contra idosos foi redefinida para um problema criminal e não apenas como um problema social. Esta criminalização do abuso de idosos ocorreu, apesar da fraca noção de criminalização da problemática (Wolf, 1996). Como consequência da criminalização, as instâncias de segurança pública, nomeadamente polícias e os serviços sociais passaram a dar resposta às ações, que antes eram consideradas como um erro social, começando a fornecer uma visão mais realista e considerando estes atos como crimes. Os departamentos de polícia criaram unidades especiais para lidar com as vítimas, reforçando a necessidade de deteção de abuso de pacientes em casas de repouso, e por sua vez, a legislação tornou-se mais rígida, envolvendo penas proporcionais e mais graves para este tipo de casos (Blakely & Dolon, 1998; Hodge, 1999; Speaks, 1997).

A década de 1990 foi uma altura em que se verificou a criminalização do abuso de idosos através do desenvolvimento de penalizações mais rígidas e a denúncia obrigatória destes casos (Payne & Berg, 2003). Foram desenvolvidos programas em lares de idosos como forma de controlar os casos de abuso e negligência ocorridos nessas instituições. Esses programas denominados de *Ombudsmen* podem ser atribuídos à Lei dos Antigos Americanos de 1965, que eram inicialmente desenvolvidos com o intuito de usar funcionários remunerados e voluntários para receber e lidar com suspeitas de abuso em lares de idosos (Lachs & Pillemer, 1995).

A par de resultados de estudos prévios, constatou-se que os profissionais de saúde, mais especificamente da área da medicina, estavam menos familiarizados com as leis relativas à denúncia, ao contrário de outros grupos de profissionais que tinham maior destreza e capacidade para identificar situações abusivas (Lachs & Pillemer, 1995). As

dificuldades destes profissionais em enfrentar estas questões deviam-se principalmente ao desconhecimento de recursos necessários ou como obter os mesmos para orientar em direção à denúncia (Moskowitz, 1998a).

Em finais dos anos 90, as leis de obrigatoriedade de denúncia dos abusos existiam em 42 Estados, surgindo como uma forma de proteção e para obter serviços para que os indivíduos deixassem de serem vítimas de situações abusivas. Entre esses Estados estavam o *Colorado, Illinois, New Jersey, New York, North Dakota, Pennsylvania, South Dakota* e *Wisconsin*. Estes estatutos variavam de Estado para Estado, apesar de conterem características comuns. A denúncia dos abusos deveria ser feita por diversos grupos, entre os quais, profissionais de serviço social e de saúde pública, como médicos, enfermeiros e psicólogos. No entanto, estes estatutos geraram alguma controvérsia porque alguns profissionais eram da opinião de que violavam a autonomia e o dever de confidencialidade, ou seja, estes receavam que os idosos não reportassem a situação abusiva no caso de a informação ser revelada às autoridades (Moskowitz, 1998b).

A criação de leis tornou-se numa forma de mostrar preocupação e adaptação dos sistemas políticos, na procura de orientação para a denúncia de casos suspeitos de abuso aos serviços sociais e de proteção. No entanto, além da falta de apoio público para a implementação dessas leis, alguns administradores reclamaram que estas leis eram insultuosas e que se referiam mais especificamente a estatutos de abuso infantil, ou seja, esses estatutos sugeriam que os adultos não tinham autonomia e dependência. Outra questão colocada foi a ausência de pesquisa para a implementação das leis e nos elevados custos para as impor (Macolini, 1995; Utech & Garrett, 1992, cit in Payne & Berg, 2003; Daniels, Baumhover, & Clark-Daniels, 1989).

Nas últimas décadas, os esforços por parte da defesa de direitos deram impulso à difusão da justiça criminal em torno da violência contra as pessoas idosas. Não só advogados, mas também outros oficiais de justiça, têm apelado a uma maior consciencialização a nível estadual e local, apoiados e liderados pelo Departamento de Justiça dos EUA. Este departamento assumiu a liderança na difusão da importância da promulgação de leis em torno do fenómeno, fomentando a colaboração entre as forças de segurança, fornecendo também programas para prevenir a vitimização (Kohn, 2012). Esses programas tinham o objetivo de procurar formas de atrair adultos e cuidadores para programas educacionais, ao mesmo tempo que reforçavam a importância da

necessidade de os próprios idosos reconhecerem situações abusivas, procurarem por auxílio e denunciarem (Blakely & Dolon, 1998).

Estes esforços acabaram por resultar no aumento de recursos determinados para a acusação de situações de vitimização. Proporcionalmente, foram criadas equipas multidisciplinares locais que reuniam conjuntamente as forças de segurança, assim como profissionais de serviço social, especializados em recolher estratégias na população sobre violência contra idosos, ao mesmo tempo que foram criadas diversas unidades de especialização nos EUA, de forma a demonstrar a possibilidade de se alcançarem elevadas taxas de condução de processos de abuso contra a pessoa idosa. Outros contributos advêm nomeadamente do desenvolvimento de recursos forenses e da transferência de casos de abuso de idosos para juízes com formação especializada na matéria. No entanto, apesar dos esforços conjuntos do governo federal na obtenção de recursos e na liderança no fenómeno a partir do Departamento de Justiça dos EUA, este envolvimento não tem sido suficiente, uma vez que as respostas legislativas continuam muito limitadas. Apesar disso, o Presidente Obama assinou uma lei denominada “*Elder Justice Act*”, para criar um conjunto de respostas governamentais para a violência contra idosos e para a negligência, incluindo o fornecimento de verbas para a prevenção da problemática e dos serviços usados em prol da mesma (Kohn, 2012).

Nem todos os Estados tipificam ou têm como alvo o crime de violência contra a pessoa idosa, apesar de diferenciarem as vítimas com base na idade cronológica. No entanto, apesar de uma pequena porção dos Estados não diferenciar as vítimas relativamente à idade, consideram a idade avançada ou a deficiência como estando relacionadas com algum tipo de vulnerabilidade e daí resultar numa ação criminal. Os perpetradores de situações abusivas podem, além da própria tipificação deste tipo de crime, serem julgados por outros tipos de crimes, como é o caso do crime de fraude. Isto significa que a penalização do abuso de idosos pode dar oportunidade de serem criadas novas penalizações para comportamentos que já são existentes nas leis penais atuais e que já eram considerados comportamentos criminosos. No entanto, um dos problemas associados a esta acessibilidade na legislação é o facto de que ao criminalizarem o abuso de idosos, os Estados estarem a tipificar comportamentos que de outra forma seriam legais. Como exemplo disso, e que ocorre frequentemente, é denunciar um cuidador por não conseguir atender às necessidades de uma pessoa idosa, mesmo não existindo nenhum crime tipificado no código penal (Kohn, 2012).

1.4. Enquadramento jurídico-legal português

Portugal é um dos países mais envelhecidos do mundo, e que no espaço europeu valoriza a importância da diferenciação etária, reconhecendo-a como um problema grave. Tendo em conta que a violação contra a pessoa idosa diz respeito à negação do direito fundamental à dignidade da mesma, é dada uma relevância à discriminação etária, no sentido em que a questão da dependência é comumente associada ao envelhecimento (Sousa & Figueiredo, 2006, cit in Rosas, 2015).

Considera-se que uma pessoa é idosa a partir do momento em que esta deixa de exercer funções ativas a nível profissional, o que ocorre normalmente aos 65 anos, em que se separam duas fases subsequentes da vida do idoso: a terceira idade, em que ainda está presente a autonomia, ao mesmo tempo que ainda existe qualidade de vida, e a quarta idade em que se destaca a perda dessa independência, em que se revela uma relação muito próxima entre cuidador e idoso (Faria, 2018).

É certo que sendo a pessoa idosa considerada uma vítima vulnerável, é necessário que exista coabitação entre o ofensor e a vítima, o que desde logo coloca limitações na qualificação jurídica do comportamento como sendo típico de um crime de violência doméstica. Esta dificuldade tem estado mais presente em Portugal, uma vez que não tem sido uma questão muito discutida (Faria, 2018).

A Constituição Portuguesa salvaguarda os interesses, a dignidade e os direitos da pessoa idosa através de determinadas normas, pelo que tanto o Código Penal como o Estatuto de proteção de vítimas de violência doméstica tipifica condutas delituosas que ponham em risco a segurança das pessoas idosas. Tanto o direito civil como o direito penal fazem menção à necessidade dos cuidadores em atenderem às necessidades básicas dos idosos. A evolução que se tem constatado a nível penal, é principalmente em termos de reequilíbrio das posições entre o arguido e a vítima, isto é, no reforço da proteção e da introdução desta última no processo penal e em penas mais rígidas para o ofensor. No entanto, apesar desta evolução do ordenamento jurídico português e do acompanhamento das transformações no mesmo sentido a nível internacional, é importante determinar a forma como um grupo vulnerável como os idosos é tratado a nível de processo penal. A vítima deve por isso ter o direito a ser tratada com respeito, de ser informada de todos os atos processuais, a ser ouvida e a ter o direito de ser representada por um defensor. Segundo a Decisão Quadro do Conselho de 15 de Março

de 2001, o estatuto de vítima em processo penal foi introduzido no artigo 1º alínea a, com a definição de vítima, sendo considerada como *“a pessoa singular que sofreu um dano, nomeadamente um atentado à sua integridade física ou mental, um dano moral, ou uma perda material, directamente causadas por acções ou omissões que infrinjam a legislação penal de um Estado-Membro”*. Na consequência da Decisão Quadro do Conselho de 2001, que não obteve os efeitos esperados, foi aprovada em 25 de Outubro de 2012 a Diretiva 2012/29/EU, do Parlamento Europeu e do Conselho, em que foram designadas normas relativas ao direito, apoio e proteção das vítimas de crimes, tendo sido por sua vez trespassado para a legislação portuguesa através da Lei nº 130/2015 de 4 de setembro, tendo sido finalmente aceite o Estatuto de Vítima e tendo sido introduzidas novas alterações no Código de Processo Penal a este respeito. Desta forma, foi introduzido o artigo 67º-A no Código de Processo Penal que define o estatuto de vítima como *“a pessoa singular que sofreu um dano, nomeadamente um atentado à integridade física ou psíquica, um dano emocional ou moral, ou um dano patrimonial, directamente causado por ação ou omissão, no âmbito da prática de um crime”*. Ao mesmo tempo no Código Processual Penal são introduzidas uma série de artigos que fazem menção aos direitos da vítima consagrados pelo Estatuto da vítima (Faria, 2018).

Segundo o artigo 1º da Constituição da República Portuguesa (CRP), encontra-se disposto o reconhecimento da dignidade humana, como é o caso do direito à integridade moral e física subjacente aos termos do artigo 25º, direito reconhecível independentemente dos fatores circunstanciais em que o indivíduo se encontre (Fonseca, Gomes, Faria & Gil, 2012).

No que diz respeito ao grupo das pessoas idosas, estes são referenciados segundo o artigo 72º da Constituição da República Portuguesa (CRP) como *“terceira idade”*, especificando que *“as pessoas idosas têm direito à segurança económica, condições de habitação, convenção familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”*, assim como direito à realização pessoal e à participação ativa na vida e na sociedade (Fonseca, Gomes, Faria & Gil, 2012).

Segundo Carvalho (2015) é possível ainda associar diversos crimes que estão tipificados no Código Penal ao conceito de violência contra idosos definido pela OMS, como já foi referido anteriormente, como é o caso do artigo 131º relativo ao homicídio,

o artigo 132º referente ao homicídio privilegiado, o 134º sobre o homicídio a pedido da vítima, o 135º associado ao incitamento ou ajuda ao suicídio, o 138º da exposição ou abandono, o 143º sobre a ofensa à integridade física simples e o 144º referente à integridade física grave, o 152º relativo à violência doméstica e o 152º-A referente aos maus-tratos.

O crime de Maus-Tratos, no Código Penal Português, parte inserida no Capítulo III, que diz respeito aos Crimes Contra a Integridade Física, prevê, segundo o artigo 152º.-A o seguinte:

“1 - Quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob a responsabilidade da sua direção ou educação ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e:

a) lhe infligir, de modo reiterado ou não, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais, ou a tratar cruelmente;

b) A empregar em atividades perigosas, desumanas ou proibidas; ou

c) A sobrecarregar com trabalhos excessivos;

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 - Se dos factos previstos nos números anteriores 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”.

A prática de um crime contra a liberdade e autodeterminação do idoso, na moldura penal, leva a incorrer de um crime previsto no artigo 154º do Código Penal. É importante aqui salientar que o crime de violência doméstica, apesar de ser um crime que inclui diversas condutas, que afetam a saúde mental e física das pessoas, não exige a iteração do comportamento. No entanto é colocado em dúvida quando a questão se centra apenas numa conduta isolada, podendo ser considerada nestes casos uma ofensa à integridade física simples, sendo necessário que o comportamento seja repetido para que seja considerada uma conduta típica de violência doméstica. (Faria, 2018).

No que toca à violência psicológica, estão tipificados no código penal a ameaça (153º) e a difamação (180º) e quanto à violência financeira é possível referir o furto (203º); o abuso de confiança (205º); a burla qualificada (218º); a extorsão (223º); o abuso de cartão de garantia ou crédito (225º) e a violação da obrigação de alimentos (250º). Quanto à negligência é possível associar-se o artigo 137º do CP referente ao homicídio por negligência e o 148º associado à ofensa à integridade física. Por sua vez, existem outros comportamentos que estão tipificados pelo Código Penal que são mais comuns relativamente à temática da violência contra as pessoas idosas, nomeadamente o artigo 138º relativo ao abandono; o 250º em que é referido o não cumprimento de alimentos; o 170º associado à importunação sexual e o 156º que faz menção aos tratamentos médico-cirúrgicos sem consentimento da pessoa idosa (Fonseca, Gomes, Faria & Gil, 2012).

A maior parte das formas de violência contra idosos está tipificada pelo Código Penal, no entanto, existem certos tipos de comportamentos que não estão inseridos no quadro jurídico-legal, mas cujas condutas são delituosas, como é o exemplo da apropriação do domicílio e da comparticipação previamente acordada e não cumprida das despesas domésticas, o que pode ser considerado grave, tendo em conta que se enquadra numa das tipologias da violência contra idosos, nomeadamente, da violência financeira (Fonseca, Gomes, Faria & Gil, 2012).

O crime de perseguição, apesar de não ser frequentemente referido na violência contra a pessoa idosa, acontece com muita frequência, mais especificamente os casos de assédio e perseguição, que normalmente ocorrem quando o objetivo é a obtenção de benefícios a nível financeiro por parte do agressor, encontrando-se referido pelo artigo 154º-A do Código Penal (Faria, 2018).

A reestruturação que se tem vindo a suceder a nível judicial, político e familiar tem tornado a vítima da relação abusiva como uma pessoa particularmente indefesa. Ao mesmo tempo os cuidados de saúde possibilitam uma melhoria na qualidade de vida dos mesmos e, a nível legislativo as normas adotadas têm sido direcionadas para a proteção do idoso (Morais, 2019). Desta forma, cada vez mais se tem procurado penalizar todas as ações, que por parte de cuidadores coloquem em risco a saúde e vida do idoso e se tem estudado este fenómeno.

4. Teorias explicativas da violência contra a pessoa idosa

Muitos autores argumentam que estabelecer explicações teóricas para o abuso e para a negligência contra a pessoa idosa é fundamental para o desenvolvimento de programas e intervenções (McDonald, 2011). A teoria orienta a finalidade de um estudo, fornecendo a base para prever a causalidade e influencia a forma como os conceitos são operacionalizados e medidos. As teorias sobre a violência contra idosos, seja a nível doméstico, societal, ou institucional têm sido limitadas, sendo que a maior parte da abordagem teórica foca-se apenas em algumas aspetos das possíveis causas (Ansello, 1996; Bonnie e Wallace, 2003, cit in McDonald, 2011; McDonald, 2011).

A ausência de uma explicação teórica única relativamente ao fenómeno é resultado da diversidade de fatores de risco para esta problemática (Wolf, 1998; Hirsch, 2001, cit in Ferreira-Alves, 2005; Dyer & Rowe, 1999). Os fatores de risco advêm de variáveis que coincidem com os comportamentos de abuso, e apesar de não serem causais, verifica-se uma maior probabilidade de existirem abusos aquando da presença dos mesmos (Ferreira-Alves, 2005).

Existem diversas teorias explicativas do abuso contra os idosos e que mostram o porquê de este tipo de indivíduos serem vulneráveis a estas situações. No entanto, a maior parte da literatura existente não diferencia entre explicações teóricas e fatores individuais relativos à violência contra idosos, pelo que fatores como o *stress* ou a dependência do cuidador surgem como uma explicação teórica completa, apesar de se defender que estes podiam ser incluídos em qualquer teoria (McDonald, 2011).

Os modelos que explicam a violência contra a pessoa idosa têm tendência a focalizar a explicação do abuso em fatores individuais ou da inter-relação vítima/agressor, assim como em fatores sociais e situacionais, sendo os aspetos culturais omitidos das explicações teóricas. Desta forma, têm sido desenvolvidos estudos que têm destacado a importância da dimensão cultural para a explicação do abuso, sendo enfatizadas as crenças, mitos, estereótipos que podem influenciar a perspetiva individual relativamente à legitimação da violência (Mercurio e Nyborn, 2006; Mouton, Larme, Alford, Talamantes, McCorkle & Burge, 2006).

Existem diversas teorias explicativas do abuso contra a pessoa idosa, nomeadamente, a nível individual, em que se encontra a teoria situacional, a teoria da troca social, a teoria do feminismo, a teoria da psicopatologia do cuidador e a teoria

económica e política. Entre as teorias de foro familiar encontra-se apenas a teoria da acumulação de papéis, e o modelo bifocal, e a nível social/cultural é possível encontrarmos a teoria da estratificação, a teoria do interacionismo simbólico, a teoria da aprendizagem social, o modelo ecológico e a perspetiva desenvolvimental.

a) Teoria situacional

A teoria situacional é uma das primeiras perspetivas individuais sobre o abuso contra a pessoa idosa e a que tem sido a mais aceite até agora, uma vez que se foca na influência do *stress* e na responsabilidade no ato de cuidar de alguém de uma faixa etária maior. De acordo com esta teoria, um cuidador que está sobrecarregado com as responsabilidades de ter de atender às necessidades de outrém que está dependente de si, cria o ambiente favorável para a perpetração de atos abusivos. Esta abordagem destaca as características do cuidador, principalmente quando este apresenta dependência de drogas, álcool e um quadro clínico problemático, dando relevância às características psicológicas, rejeitando os fatores sociais (Snyder & Christmas, 2003, cit in Momtaz, Hamid & Ibrahim, 2013).

A explicação da violência contra idosos com base na dependência do agressor relativamente à vítima é unívoca, unidirecional e não contém a pluralidade e a natureza multivariada das causas do fenómeno, além da inexistência de validação empírica concisa e clara (Ibañez, 2011).

b) Teoria da troca social

A teoria da troca social mostra a existência de uma relação de benefício entre duas partes, sendo que essa interação é avaliada de forma positiva quando existe igualdade na troca de valores entre as mesmas partes. Assim sendo, esta teoria enquadra-se na problemática da violência contra idosos, devido à relação de co-dependência entre o agressor e a vítima. Num primeiro momento assume-se que a violência contra idosos é a consequência da dependência do idoso do cuidador, e com o envelhecimento progressivo da vítima, esta torna-se mais frágil e impotente, o que aumenta a dependência de terceiros para atender aos cuidados que necessita, aumentando o risco de violência. Normalmente o cuidador sente raiva quando está completamente dependente do idoso, e se normalmente recebe recompensas por apoiar uma pessoa idosa, quando o contrário acontece, pode surgir situações abusivas. A instabilidade nas relações e a violação das expectativas sociais decorrentes da relação de dependência

entre o agressor e vítima resulta na tentativa de controlo por parte do agressor, usando a violência ou ameaças (Snyder & Christmas, 2003; Juma & Juma, 2006, cit in Momtaz, Hamid & Ibrahim, 2013). Esta teoria contribui para o entendimento do abuso contra a pessoa idosa no seio familiar, particularmente quando se trata de fornecer os cuidados necessários e que é fundamental para discutir o processo de tomada de decisão ao dar a assistência a um idoso totalmente dependente de terceiros (Steinmetz, 1988).

c) A teoria do feminismo

A teoria do feminismo foca-se no abuso conjugal como uma dimensão significativa da violência contra a pessoa idosa, em que as mulheres mais velhas são mais vulneráveis ao comportamento agressivo, uma vez que as mesmas tendem a possuir menos poder do que os homens. De acordo com esta teoria, os homens têm maior poder social e financeiro e de considerarem o sexo feminino como sua propriedade (Whittaker, 1995, cit in Momtaz, Hamid & Ibrahim, 2013).

d) A teoria da psicopatologia do cuidador

A teoria da psicopatologia do cuidador examina o papel de um cuidador com problemas de saúde mental e como pode influenciar a probabilidade de risco de violência contra as pessoas idosas. De acordo com esta teoria, as características comportamentais dos cuidadores, nomeadamente o consumo de álcool, a depressão e a ansiedade podem aumentar a propensão de os mesmos usarem a força física e verbal (Homer & Gilleard, 1990).

e) A teoria económica e política

A teoria económica e política refere-se ao facto de que os idosos são gradualmente marginalizados no contexto familiar e social. De acordo com a estereotipia, assiste-se a uma mudança de papéis dos idosos, pelo que estes passam a depender de terceiros, acabando por reduzir a sua independência, aumento a propensão para o abuso (Strasser et al., 2011).

f) Teoria da acumulação de papéis

A nível familiar, a teoria da acumulação de papéis explica que os idosos são maioritariamente vítimas da própria família, incluindo pelos seus cônjuges e pelos próprios filhos. Os membros da família que apresentam modelos de comportamento conflituosos não são capazes de controlar o *stress* que surge nas suas vidas, acabando

por abusar de adultos mais velhos como uma forma de lidar com o stress (Sieber, 1974, cit in Momtaz, Hamid & Ibrahim, 2013).

g) Modelo bifocal

O modelo bifocal, proposto por Ibañez e Carvalho (2017) por sua vez, foca-se no cuidador e na pessoa idosa, e na sua consideração no plano político e social, isto é, em que o abuso é visto como um problema de política social e como um problema relacionado com a desintegração familiar (Phillipson, 2000, cit in Ibañez & Carvalho, 2017).

Assim sendo, no microssistema, é possível serem referidos alguns modelos explicativos deste fenómeno, nomeadamente o ageísmo, o sexismo e o familiarismo, afectando a forma como estes fatores interferem com a sociedade e na perceção sobre os idosos. No que diz respeito à pessoa idosa são referenciados dois fatores de risco, nomeadamente a idade e o género, que são associados às características biológicas. Quanto à idade, Kosberg (1996) remete para uma questão importante, referindo que quanto maior a idade maior é o risco de vitimização. Esta questão, por sua vez, associa-se ao fator de risco relativo ao estado de saúde, uma vez que à medida que a idade aumenta, os problemas de deterioração mental e física também aumentam, o que por sua vez promove a necessidade de cuidados. Outro fator, nomeadamente a dependência é relacionado com a vítima, uma vez que aumenta o risco de abuso e diminui a capacidade que esta dispõe de se defender.

Outro fatores que esta teoria dá enfoque é a dependência da vítima do agressor, principalmente a nível físico, o comportamento agressivo da vítima, que aumenta o stress no cuidador (Lachs & Pillemer, 2004), o isolamento social, o alcoolismo e o abuso de outras substâncias e o stress do cuidador (Ibañez & Carvalho, 2017).

Também existem alguns fatores de proteção que esta teoria elenca, nomeadamente a personalidade assertiva, a educação em direitos, o apoio da sua rede social e o desenvolvimento de estratégias de prevenção (Ibañez & Carvalho, 2017).

A nível meso, o modelo bifocal foca-se mais na relação e na interação ente o cuidador e a pessoa idosa no seio familiar, pelo que as situações de violência se tornam mais propícias quando os mesmos se encontram em regime de coabitação. Por sua vez, no exossistema, o modelo foca-se a níveis exteriores à vítima, neste caso, o status económico e a situação laboral, que acabam por afetar no geral a pessoa idosa. No nível

exo o enfoque acontece ao nível comunitário, que sendo fatores de proteção, diminuem o impacto da violência na pessoa idosa, sendo alguns destes a existência de serviços profissionais a que os idosos podem recorrer, e a coesão e troca de informação entre as instâncias.

Além destes níveis, é importante fazer referência à questão do tempo, isto é, à perspectiva do ciclo de vida, em relação às mudanças que ocorrem ao longo do tempo em cada indivíduo. Esta perspectiva, que está inserida no modelo ecológico, enfatiza a questão do tempo e do contexto em que esse desenvolvimento ocorre a título individual e no seio familiar. O modelo direciona-se em dois sentidos, por um lado, nos diferentes tempos e na importância do contexto social. Neste sentido, os diferentes tempos referem-se ao tempo ontogénico, isto é, decorrente do desenvolvimento natural de cada pessoa e dos processos intrínsecos ao crescimento, que por sua vez relaciona-se com a idade cronológica. O tempo geracional surge relativamente à posição do indivíduo no seio familiar, e o tempo histórico que se reflete numa dinâmica sociopolítica, que interfere com o seio familiar. Estas três dimensões, estão relacionadas com a ideia de tempo e com os diferentes desenvolvimentos a nível pessoal, familiar, laboral e social (Ibañez & Carvalho, 2017).

h) Teoria da estratificação

Já a teoria da estratificação, de foro social, indica que a posição social de um emprego é projetada através de um sistema estratificado, isto é, em que os empregos de baixo estatuto e remuneração se encontram na base, tendo em conta que o trabalho de cuidador frequentemente apresenta remunerações baixas e por isso detém menor estatuto. Pode-se esperar que a violência contra a pessoa idosa ocorra quando o cuidador tenta controlar a pessoa idosa e quando esta tenta resistir. Por outras palavras, a insatisfação resultante do trabalho de um cuidador e os baixos níveis de educação podem contribuir para o abuso contra os idosos (Ritzer, 2010, cit in Momtaz, Hamid & Ibrahim, 2013).

i) Teoria do interacionismo simbólico

A teoria do interacionismo simbólico diz respeito à forma como os indivíduos reagem e vêem o mundo através das interações com os outros (LaRossa & Reitzes, 1993, cit in Momtaz, Hamid & Ibrahim, 2013), pelo que esta teoria pode explicar como a violência contra a pessoa idosa ocorre e como as culturas produzem um papel

importante na percepção da violência. De acordo com esta teoria, cada objeto tem um significado diferente para cada pessoa, pelo que a percepção difere de pessoa para pessoa. Os valores culturais e as expectativas influenciam no sentido de perceber que tipo de conduta pode ser considerada violência contra idosos (Krysiak & Finn, 2010, cit in Momtaz, Hamid & Ibrahim, 2013).

j) Teoria da aprendizagem social

A teoria da aprendizagem social, também denominada de teoria intergeracional da violência postula que a violência é o resultado de um comportamento aprendido e que se transmite de geração em geração após a observação da criança a um comportamento agressivo, esta internaliza a ação, resultando na legitimação da violência e na aceitação dessa conduta. A criança pode reproduzir os mesmos comportamentos nos próprios pais no futuro, dando continuidade ao ciclo de violência (Snyder & Christmas, 2003; Juma & Juma, 2006, cit in Momtaz, Hamid & Ibrahim, 2013).

k) Perspetiva ecológica da violência contra idosos

Apesar da existência destas teorias, Anselmo (1996, cit in Shiamberg & Gans, 2000) salienta a inexistência de uma única explicação teórica para qualquer tipo de violência doméstica, incluindo o abuso contra a pessoa idosa, uma vez que todas as teorias explicam aspetos diferentes. Alguns estudiosos, nomeadamente Kosberg e Nahmias (1996, cit in Shiamberg & Gans, 2000) inferem a importância de incluir fatores mais amplos, como sociais e culturais, e não apenas as características individuais dos idosos, isto é, dar relevância também às características dos abusadores. Tendo em conta a complexidade inerente ao fenómeno do abuso contra a pessoa idosa, dos fatores de risco relacionados com os indivíduos, do contexto social, ambiental e das interações interpessoais (Shiamberg & Gans, 2000), Lloyd e Emery (1993, cit in Shiamberg & Gans, 2000) propuseram uma perspetiva ecológica da violência contra idosos, em direção a uma melhor compreensão da problemática. Este modelo oferece uma interpretação da ecologia de relacionamentos intergeracionais entre uma criança adulta e o progenitor que envelhece, no sentido de auxiliar na criação de programas de prevenção e intervenção para melhorar a qualidade de vida das vítimas e das suas famílias. Este modelo é derivado de dois quadros explicativos mais generalistas: Perspetiva ecológica humana (Bronfenbrenner (1979, 1986, 1997, cit in Shiamberg & Gans, 2000) e uma perspetiva desenvolvimental (Bengston & Allen, 1993).

Bronfenbrenner (1979, 1986, 1997, cit in Shiamberg & Gans, 2000) propôs um modelo ecológico cujo objetivo seria observar formas de relacionamentos intrafamiliares, influenciados por fatores circunstanciais ou condições extrafamiliares (Bronfenbrenner, 1997; Bubolz e Sontag, 1993, cit in Shiamberg & Gans, 2000), sendo o principal foco do modelo o desenvolvimento do indivíduo. Tendo em conta este aspeto, são incluídos quatro sistemas que podem afetar o percurso individual, nomeadamente o microssistema, o mesossistema, o exossistema e o macrossistema. Relativamente ao microssistema, é considerada a família, no mesossistema evidencia-se a relação entre a família e outras configurações em que ocorre o desenvolvimento individual, o exossistema inclui ambientes que são externos ao indivíduo, em que contém outros membros da família, e que por sua vez podem afetar o desenvolvimento. Por exemplo, se o progenitor é a pessoa em desenvolvimento, então o local de trabalho da criança adulta é um exemplo de exossistema, pois embora o progenitor não participe no mesmo ambiente, o seu bem-estar acaba por ser afetado. Relativamente ao macrossistema este inclui as ideologias, normas e padrões institucionais de uma cultura particular. Este modelo é bi-direcional, uma vez que se foca na criança adulta e no progenitor, como uma espécie de díade familiar, para explicar os fatores de risco na violência contra a pessoa idosa a partir da criança adulta que se torna no cuidador da vítima. Os fatores de risco individuais do agressor e da vítima são moldados pela estrutura social, aumentando o risco de violência (Shiamberg & Gans, 2000).

1) Perspetiva desenvolvimental

Já a perspetiva desenvolvimental faz referência a um quadro desenvolvimental e histórico para o estudo das relações intergeracionais (Hareven, 1996, cit in Shiamberg & Gans, 2000), dando importância ao tempo, ao contexto e ao significado no progresso humano e na vida familiar (Bengston & Allen, 1993). Esta perspetiva ajuda a direcionar a atenção para a estrutura social e para os fatores culturais no desenvolvimento dos padrões familiares e das relações intergeracionais até ao fim da vida (Hareven, 1995, cit in Shiamberg & Gans, 2000). Esta perspetiva pode ser usada como uma forma de interpretar o cuidado familiar (Zarit & Reid, 1994, cit in Shiamberg & Gans, 2000), no sentido em que pode ser percebido como um fenómeno geracional. Alguns autores (Sabatelli & Shehan, 1993, cit in Shiamberg & Gans, 2000) sugerem que a ideia de reciprocidade num relacionamento, que é exposta pela, anteriormente elencada teoria das trocas sociais, deve ser examinada ao longo do tempo. Antonucci (1985, 1990, cit in

Shiamberg & Gans, 2000) propõe a ideia de criação de um fundo de apoio por parte dos filhos para que estes consigam atender às necessidades dos pais quando estes necessitarem. Hareven (1996, cit in Shiamberg & Gans, 2000) partilha de uma ideia semelhante, ao compreender que esses suportes devem ser vitalícios, sendo resultante das trocas sociais que vão sendo realizadas continuamente entre as gerações, sendo que no início da vida, a assistência de cuidados deve ser reproduzida de filhos para pais e posteriormente, na vida adulta dessas crianças deve suceder-se o contrário, em que devem ser os filhos a atender às necessidades dos pais. Rossi e Rossi (1996, cit in Shiamberg & Gans, 2000) sugerem que esse apoio mútuo depende unicamente da qualidade da relação entre os mesmos, referindo a importância de considerar a história pessoal da família, o que se constitui como fator relevante entre os microssistemas, uma vez que essa interação do longo da vida pode aumentar o risco de abuso.

Apesar da perspectiva desenvolvimental não ser aplicada recorrentemente na área da investigação e em contexto clínico, não tem sido diretamente aplicada à violência contra os idosos, apesar das advertências dos pesquisadores (Selwood, Cooper, Owens, Blanchard & Livingston, 2009; Podnieks, 1992, cit in McDonalds & Thomas, 2013). Tanto o envelhecimento como o desenvolvimento do ser humano são processos contínuos marcados por fases da vida progressivas, começando com a infância, posteriormente pela adolescência, idade adulta jovem, meia idade e finalmente a idade adulta tardia, pelo que as primeiras experiências são fulcrais na evolução da vida posterior (Elder et al., 2006, cit in McDonalds & Thomas, 2013). A polivalência é uma das características desta perspectiva, no sentido em que pode ser agregada a outras teorias, como o modelo do *stress* do cuidador ou, por sua vez, pode mesmo incorporar outras teorias e conceitos nos níveis micro, meso e macro e interligá-los entre si (George, 2003).

A violência contra idosos pode ser explicada por diversos paradigmas, de tal forma que, sendo este fenómeno tão complexo, acaba por apresentar diversas dimensões e extensões. Estas teorias, de foro individual, familiar e social, ora focadas na vítima, ora focadas no cuidador ou num nível mais contextual, refletem semelhanças com outros modelos já referenciados para a explicação de outras temáticas no âmbito da violência intrafamiliar, nomeadamente as maus-tratos infantis e a violência conjugal. Cada uma destas teorias explica uma parte do abuso contra a pessoa idosa, não existindo apenas uma que o faça na íntegra, apesar de estas teorias, quando isoladas, apresentarem

uma interpretação deficitária. Por isso mesmo, a violência contra as pessoas idosas não deve ser estudada de forma regrada, no sentido em que deve ter em consideração as características e dinâmicas que lhes são muito próprias. Por esse motivo Perel-Levin (2008) tem apontado para o modelo ecológico, que explora a ligação entre os fatores individuais e aqueles que estão relacionados com o contexto da relação abusiva, pelo que tem vindo a ser referido mais frequentemente pelos investigadores, como sendo a teoria que fundamenta com maior plausibilidade a problemática.

5. Estudos empíricos

5.1. Prevalência e incidência de estudos de caso de violência contra idosos

A área da violência contra idosos tem sido um ramo em grande actividade na tentativa de proteger os mais velhos dos atos abusivos. A pesquisa tem obtido algumas vantagens, no sentido em que tem permitido eliminar alguns mitos e em determinar a extensão do fenómeno, o que facilita a identificação de quem é ou não apto para criar leis eficazes que promovam a prevenção e proteção dos idosos relativamente a casos de violência, seja no seio doméstico, como no seio institucional (Biggs, Erens, Doyle, Hall & Sanchez, 2009, cit in McDonalds, 2011).

Pelo facto de existirem estudos mais focados na incidência e outros mais focados na prevalência e devido à existência de uma panóplia variada de metodologias, torna-se muito difícil conseguir chegar a um número consensual relativo à quantidade e ao tipo de abuso cometidos sobre os idosos (Ferreira-Alves, 2005). O estudo americano “The National Elder Abuse Incidence Study” estimou que em 1996 foram 450 000 os casos de violência contra idosos, o que representa uma taxa de 1,3% de incidência apenas de casos reportados, o que por sua vez aponta para a teoria do *iceberg* na explicação da transparência destes casos. De acordo com esta perspectiva, e como já foi referido anteriormente, a maioria dos casos denunciados não correspondem ao real número de casos de abuso contra idosos, sendo apenas uma pequena percentagem (a ponta do *iceberg*) relativa aos casos que não são reportados (Ferreira-Alves, 2005).

Essa diversidade na abordagem do fenómeno, reflete-se na forma como o conceito é abordado, assim como na própria definição de violência contra idosos (Ibañez, 2011), variando no uso da metodologia, na recolha de instrumentos de medição, produzindo por sua vez resultados diferentes (Steinmetz, 1990, cit in Shiamberg & Gans, 2000; Hudson, 1988). Relativamente à escolha da metodologia, alguns estudos usam amostras

rigorosas e técnicas de comparação de casos (Pillemer & Finkelhor, 1998), mas a maior parte são exploratórios e descritivos (Hudson, 1986, cit in Shiamberg & Gans, 2000).

Uma crítica recorrente é a utilização de amostras reduzidas e pouco representativas da população em estudo, o que pode ser problemático quando o objetivo é a difusão do fenómeno, resultado em generalizações pouco fiáveis (Dias, 2005).

Outra questão prende-se com o facto de que na maior parte dos casos a pesquisa acerca da temática não resulta diretamente do contacto com as vítimas, mas sim de profissionais e com a comunidade, promovendo o enviesamento da prevalência real da problemática. Uma das diversas limitações destes estudos foi a ausência de informação mais específica sobre as situações de abuso, uma vez que a informação recolhida através de terceiros, impediu a recolha de informações sobre o histórico familiar, os comportamentos e as consequências do abuso (Podnieks, 1990).

De seguida, serão apresentados alguns estudos realizados a nível internacional, bem como as principais limitações percebidas. Posteriormente, serão elencados estudos efectuados em Portugal que, apesar de serem escassos, são relevantes para o conhecimento da dinâmica da violência contra idosos a nível nacional.

Em 1981, Belanger conduziu um estudo para a *Association Quebecoise de Gerontologie*, no qual foram entrevistados 440 sujeitos, da área de serviço social em Montreal relativamente à consciencialização referente à violência contra idosos. Os resultados do estudo indicaram que 55% dos entrevistados tinham experiências diretas com vítimas de abuso psicológico, 25% com violação de direitos, 27% com condições ambientais e 21% com casos de violência física. Assim como outros estudos, os resultados de Belanger são baseados exclusivamente na memória dos sujeitos e apresentam algumas limitações, nomeadamente a incapacidade de generalização dos resultados (Podnieck, 1990).

Outro estudo desenvolvido em Manitoba monitorizou num hospital pacientes de 60 anos de idade e alguns mais velhos, admitidos por suspeitas de serem vítimas de abuso físico e negligência (Block, et al., 1984, cit in Podnieck, 1990). Cerca de 25 pacientes foram identificados como tendo uma maior probabilidade de terem sido abusados. No entanto, os autores consideraram impossível generalizar os resultados

uma vez que não existiam dados com a rotatividade de pacientes, e porque a amostra era pequena.

Bristowe (1987, cit in Podnieck, 1990) comparou famílias que prestam cuidados a parentes idosos e famílias desfavorecidas em que existiam casos de abuso, tendo sido recolhidas informações sobre 66 situações em áreas urbanas, suburbanas e rurais da região central e norte do Canadá. Foram recolhidos 29 casos, tendo sido a violência física ou verbal com maior frequência. Quanto à faixa etária, entre os 60 e os 98 anos, a média de idade da vítima foi de 80,3 anos e a do cuidador foi de 59,9 anos, média resultante da variação entre os 24 e os 89 anos.

Uma investigação levada a cabo por Poirier (1988, cit in Podniecks, 1990), também no Canadá, relativamente aos modelos de intervenção e de proteção dos idosos, focou-se primeiramente na análise estatística das mudanças na legislação canadiana relacionada com este problema. A segunda parte desse mesmo estudo teve em conta a análise sistemática de 30 casos de exploração económica dos idosos, tendo os resultados indicado que as pessoas idosas não exerciam os seus direitos e que na maior parte dos casos é um membro da própria família que os explora. Na terceira parte do estudo procedeu-se à análise de 25 casos, de uma perspetiva legal, isto é, decisões dos tribunais relativamente a queixas apresentadas pelos idosos desde 1982. Os investigadores deram particular atenção à avaliação por parte dos tribunais na forma como definem este tipo de casos, estudando os julgamentos e procurando características em comum nas vítimas.

A pesquisa no Canadá, não tem sofrido mudanças substanciais, relativamente aos resultados, apesar do elevado número de estudos qualitativos relacionados com a consciencialização do problema, dos manuais, de websites e protocolos de intervenção e prevenção da problemática, apesar de não serem avaliações baseadas na evidência empírica, sendo que nenhum desses estudos se tem apresentado como eficaz. Relativamente à informação sobre a prevalência, incidência de violência contra idosos e da negligência na comunidade canadense, é ainda escassa (Podnieks, Pillemer, Nicholson, Shillington, & Frizzel, 1990, cit in McDonalds, 2011), principalmente em termos institucionais (McDonald, 2011).

Um estudo de Pillemer e Finkelhor (1988), realizado em em Boston, nos EUA, e desenvolvido com base na realização de entrevistas numa amostra aleatória de pessoas idosas, mostrou que a violência física foi o tipo de violência contra a pessoa idosa mais

relatada, ao contrário da agressão, negligência e violência verbal. Contudo, com base em dados de um programa de serviço social do estado de Illinois (Neale, Hwalek, Goodrich & Quinn, 1996), a exploração financeira foi o tipo mais frequente de violência consequente da violência psicológica e da negligência. A violência física, por sua vez, posicionou-se em quarto lugar relativamente à frequência e a violência sexual apresentou a maior prevalência.

Usando entrevistas estruturadas em 2130 sujeitos, um estudo no Reino Unido, procurou estimar a prevalência de abuso em pessoas com mais de 60 anos, tendo encontrado uma prevalência de 2% para a violência física, 5% para a violência verbal e 2% para a violência financeira. Este estudo foi a primeira pesquisa sistemática britânica relativamente ao violência contra idosos no ambiente doméstico. (Ogg and Bennett, 1992).

O estudo americano “*The National Elder Abuse Incidence Study*” estimou que em 1996 foram 450 000 os casos de abuso ou negligência, o que representa uma taxa de 1,3% de incidência apenas de casos reportados, o que por sua vez aponta para a teoria do iceberg na explicação das cifras negras destes casos. De acordo com esta perspectiva, os casos denunciados não correspondem ao real número de casos de violência contra idosos, sendo apenas uma pequena percentagem (a ponta do iceberg) relativa aos casos que não são reportados (Ferreira-Alves, 2005).

Num estudo observacional *coorte* dirigido por Lachs e seus colaboradores (1997) foram analisados registos de uma entidade estadual designada “*Ombudsman*”, tendo a amostra incluído 2812 sujeitos de 65 anos. Estes foram entrevistados sobre diversos domínios, desde os dados demográficos, a problemas de saúde e eventos de vida importantes. No total, 47, dos 2812 indivíduos, tinham sido vítimas de violência, 17% (8) vítimas de exploração e 64% (30) de negligência, tendo sido os perpetradores do abuso mais comuns os filhos adultos com uma percentagem de 45%, seguidos pelos cônjuges (26%), tendo também incluído netos e outros cuidadores externos à dinâmica familiar. Apesar de a prevalência apresentar um número muito reduzido, é importante salientar que foi um estudo produzido numa altura em que possivelmente ainda não existia preocupação pela problemática por parte da população em geral. Ou seja, apesar da existência de diversas investigações orientadas pela comunidade científica para a consciencialização e para a necessidade de denunciar casos de violência contra idosos,

ainda existia carência de informação entre a comunidade idosa, pelo que nesta linha de pensamento, a denúncia também era quase inexistente.

No início do século XIX em Portugal, para além dos dados da APAV e da linha do cidadão idoso, não existiam dados multivariados sobre a prevalência, a tipologia dos abusos, os fatores de risco e os ofensores, pelo que foi desenvolvido um estudo pioneiro por Ferreira-Alves (2017) que visava identificar os fatores de violência físicos, psicológicos e financeiros e da negligência contra as pessoas idosas. Na cidade de Braga, recolheu-se em três lares uma amostra com 18 indivíduos do sexo masculino e 64 do sexo feminino, de uma faixa etária entre os 63 e os 68 anos. O instrumento de avaliação utilizado foi, o *Questions to Elicit Elder Abuse* (Carney, Kahan & Paris, 2003). Os resultados do estudo demonstraram a presença de violência contra as pessoas idosas, com um valor correspondente a 73%, em que 28% apresenta um indício; 11% demonstra 2 indícios; 5% com 4 indícios; 5% com 5 indícios; 1,2% com 6; 7,3% com 7 e 3,7 apresenta 8 indícios. Estes números, sendo significativos, apresentam indicadores de negligência e violência psicológica.

Um outro estudo posterior de Borralho e colaboradores (Borralho, Lima, & Ferreira-Alves, 2010) teve como objetivo realizar um estudo de prevalência e de indicação dos fatores de risco relativos à violência contra idosos. Com este propósito, foram seleccionados 75 indivíduos, com idade igual ou superior a 65 anos, do Serviço de Urgência de um Hospital Central do distrito de Coimbra. Foram aplicados questionários, tendo sido utilizados como instrumentos as seguintes escalas: *Short Portable Mental State Questionnaire* (SPMSQ); *Questions to Elicit Elder Abuse* (QEEA); *Geriatric Depression Scale 15* (GDS 15) e questões sócio-demográficas, juntamente com questões fechadas e abertas. Os resultados do estudo apontaram para a existência de violência contra idosos, com um valor correspondente de 86,7%, sendo que 13,3% apresentou apenas um indicador, não tendo em qualquer momento nenhum dos sujeitos demonstrado 9 indicadores. 81,5% corresponde à negligência, surgindo posteriormente o abuso psicológico com 75,4% da amostra, o abuso financeiro com 35,4% e o abuso físico apenas com uma percentagem de 7,7%.

Em Portugal, segundo a APAV, entre 2013 e 2017, foram 10 740 os casos conhecidos de crimes contra idosos, sendo 5683 os processos relativos a violência contra a pessoa idosa, pelo que 4.556 foram vítimas de crime e de violência. Segundo os

dados das estatísticas, neste período de tempo, 28% das pessoas idosas vítimas de abuso, apresentavam idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos. Ainda no mesmo relatório, é possível ter acesso a outro tipo de dados, nomeadamente ao sexo da vítima, em que 79, ou seja, 43% dos casos correspondem ao género feminino e apenas 20, 67% ao masculino. Quanto à relação da vítima com o autor do crime, em 37,4% este é progenitor do ofensor, em 27,6% é cônjuge, em 4,7% são vizinhos, 4,5% é avô ou avó e 25,8% dos abusos é perpetrado por outras pessoas, fora do ciclo mais próximo. Relativamente ao estado civil, a maioria dos indivíduos são casados, seguindo-se os viúvos, e quanto ao tipo de família, esta era geralmente nuclear com filhos, com uma percentagem de 30,5%, ainda no mesmo período de tempo. Quanto ao sexo do autor do crime, o sexo masculino representa 68,31%, ao contrário das mulheres (29,30%), tendo o perpetrador das ofensas idade igual ou superior a 75 anos, seguindo-se a faixa etária entre os 25 e os 30 anos. Quanto ao tipo de vitimação esta é continuada, tendo ocorrido maioritariamente entre um período de 2/6 anos. Quanto ao local do crime, terá ocorrido em residência comum, com uma percentagem de 53,3% dos casos, seguido de residência da vítima, com 28,8%. Tanto a via pública, como a residência do autor, como outro local, apresentaram valores reduzidos. Quanto aos tipos de crimes, tratam-se, maioritariamente de crimes de violência contra idosos, mais precisamente maus tratos psíquicos; ofensas à integridade física simples; ameaça/coacção e violação do domicílio e da vida privada. No total, o crime de violência doméstica correspondeu a 78,71%; contra as pessoas corresponderam a 14,85%; os crimes contra o património a 4,80%; os crimes contra a vida a 0,37%; os crimes rodoviários a 0,03% e outro tipo de crimes a 0,24% (APAV, Relatório Anual de 2017).

Portugal participou ainda num projeto europeu denominado AVOW, juntamente com a Áustria, a Bélgica, a Finlândia e a Lituânia, cujo objetivo era calcular a prevalência da violência contra pessoas idosas desses cinco países. Neste processo foi administrado um questionário para medir a prevalência da violência doméstica em mulheres com mais de 60 anos, no sentido de obter informações sobre os perpetradores e informações relativas à forma como as vítimas procuraram ajuda. O estudo estimou que 39,4% (649) das mulheres portuguesas com 60 ou mais anos afirmaram são vítimas de qualquer tipo de violência no último ano, tendo sido a maior taxa de abuso encontrada dos cinco países. A violência psicológica foi o tipo de violência mais prevalente em todos os países, tendo sido em Portugal e na Bélgica, os países nos quais

foram encontradas as maiores taxas, respetivamente com 31,9% e 27,5%. Quanto ao abuso financeiro, este obteve a segunda maior taxa em todos os países, sendo que a negligência ocorreu com maior frequência do que o abuso financeiro. A maior prevalência de abuso financeiro foi obtida em Portugal com 16,5% e na Lituânia com 9,5%. Quanto à violação de direitos e à negligência esta ocupou a terceira e quarta posições em todos os países com a maior prevalência das duas formas de violência a ser encontradas em Portugal. A violência física como e a violência sexual foram duas formas de vitimização das mulheres idosas que mais prevaleceram em todos os países (Luoma, et al., 2011).

Uma outra investigação desenvolvida em Portugal foi levada a cabo pelo Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge, entre 2011 e 2014 (INSA, 2011-2014). Este projeto incluiu dois estudos, um estudo populacional sobre a violência e um estudo com as vítimas de violência. O primeiro estudo incluiu uma amostra de 1123 pessoas com mais de 60 anos, residentes em domicílios particulares em Portugal, pelo que o objetivo visava estimar a prevalência de pessoas com 60 e mais anos que haviam sido, nos últimos 12 meses anteriores à entrevista, vítimas de violência no seio familiar, de forma a conhecer a lógica e as condições de ocorrência de certas situações no seio familiar. O segundo estudo compreendeu uma amostra de 510 vítimas de violência com mais de 60 anos, residentes em domicílios particulares em Portugal, que foram sinalizadas por alguns entidades, nomeadamente a APAV, INMLCF, IP, ISS, IP e GNR, tendo tido exatamente o mesmo objetivo que o primeiro estudo. Os resultados dos estudos, obtidos com base num inquérito aplicado através de chamada telefónica, revelaram que 12,3% da população portuguesa, com 60 ou mais anos (n=314 mil) foi vítima de pelo menos um comportamento violento por um familiar, amigo, vizinho ou profissional, 123 em 1000 pessoas com 60 e mais anos foram vítimas de violência, tendo sido destacada a violência financeira e a psicológica; 6,3% da população com mais de 60 anos admitiu ter sido vítima de pelo menos um comportamento de violência física. Por sua vez, 2,3% dos sujeitos foram vítimas de pelo menos um comportamento agressivo. Os crimes com menor frequência foram a negligência com 0,4% da população com mais de 60 anos a relatá-la e a violência sexual com 0,2%. No total de vítimas, apenas 1/3 denunciou ou reportou a situação às forças de segurança pública, e apenas uma pequena percentagem denunciou a sua situação a uma rede social informal e a profissionais de saúde (INSA, 2011-2014).

Contudo, e apesar da existência de diversos estudos sobre a violência contra idosos seja ao nível do reconhecimento da sua prevalência, seja do ponto de vista da incidência, o facto de estes apresentarem objetivos e metodologias diferentes, torna difícil a comparabilidade dos estudos e a possibilidade de se chegar a um consenso relativamente à quantidade e às formas de abuso que são perpetradas com maior frequência sobre os idosos (Ferreira-Alves, 2005). No entanto, é importante que estas investigações sejam desenvolvidas e que a comunidade científica se debruce sobre este tema, mesmo que existam diferenças culturais que influenciem os resultados dos estudos e os diferenciem entre si. Não só no sentido de alertar para a existência da violência contra idosos enquanto crime, mas também combater as limitações existentes nas investigações e de posteriormente poder ser uma ferramenta de auxílio para os profissionais de saúde, que no contacto com as pessoas idosas que detetam estes casos e para as instâncias governamentais serem capazes de implementar medidas que previnam e combatam esta forma de violência, enquanto fenómeno social e enquanto crime.

5.2. Fatores de risco e de proteção

Quando se reflete sobre o impacto que a violência intrafamiliar tem na pessoa idosa, é importante analisar os fatores de risco e a sua dimensão, uma vez que a sua presença pode aumentar a probabilidade de ocorrência de violência. Os fatores de risco podem ser considerados estáticos se não são modificáveis ao longo do tempo, como é o caso das características intrínsecas à personalidade do indivíduo, ou dinâmicos, que podem ser alteráveis, como por exemplo, o caso da aptidão de cuidador (Novo, Prada, Fernandes & Cerqueira, 2016).

Existem muitos fatores de risco relacionados com a violência contra idosos, pelo que a ocorrência de violência normalmente não é resultado de um único fator de risco, mas sim, uma combinação de fatores a nível pessoal, familiar, social e cultural (Kosberg, 1988, cit in Pérez-Rojo, Izal, Montorio & Penhale, 2009; Schiamberg & Gans, 2000).

O trabalho publicado sobre violência contra idosos é complexo e por vezes contraditório, existindo diversas lacunas entre a pesquisa teórica e a aplicação clínica, pelo que a maior parte dos estudos epidemiológicos e de pesquisa a nível de fatores de risco tem sido conduzida por cientistas da área das ciências sociais que não têm conhecimento ou familiaridade com as práticas da medicina (Lachs & Pillemer, 2004).

Juntamente com os prestadores de cuidados de saúde, os profissionais da ação social que lidam com os idosos e as suas famílias estão entre os primeiros a terem capacidade para detetar os sinais de violência. Com efeito, os profissionais de ação social serão os profissionais com maior optidão para providenciar intervenções e programas de prevenção, pelo que a identificação de fatores de risco é central (Pérez-Rojo, Izal, Montorio, Penhale, 2008). Devido a uma enorme variedade de definições de violência contra idosos adotada nos estudos sobre fatores de risco, torna-se difícil abreviar os resultados, de modo a que estes não se tornem ambíguos. A maior parte dos estudos encontrados assinalam que os indicadores de vulnerabilidade e dependência dos idosos são vistos como preditores significativos de violência contra idosos. Os estudos sobre as características dos perpetradores são de menor frequência que os estudos sobre vítimas, principalmente porque é mais difícil de obter resultados relativos aos agressores (Choi & Mayer, 2000).

Num processo de avaliação de risco, importa fazer distinção entre sinais e fatores de risco da violência contra idosos. Os sinais representam uma consequência da ocorrência, sendo indicadores de que o abuso pode estar a ocorrer, enquanto que os fatores de risco sugerem a probabilidade de existir abuso. Os fatores de risco que têm sido encontrados nos estudos, têm estado associados com as características da vítima, do perpetrador ou por fatores circunstanciais que envolvem o abuso. Assim como os sinais, os fatores de risco podem sugerir outro tipo de situações que envolvem o fenómeno social, como é o caso da depressão, que pode ser, ela própria, uma consequência do abuso (Anetzberguer, 2001).

Os quadros que se seguem procuram sintetizar os fatores de risco da vítima, do agressor, os fatores externos, contextuais e relacionais, os fatores de risco no espaço institucional e os fatores de proteção da vítima/contexto.

Quadro 1 – Identificação dos fatores de risco na vítima e no agressor

Fatores de Risco	Vítima	Agressor
Sexo	✓	
Idade	✓	
Problemas emocionais e/ou psicológicos	✓	✓
Demência	✓	
Abuso de substâncias	✓	✓
Problemas de comportamento	✓	

Culpabilização de terceiros	✓	✓
Legitimação e/ou banalização da violência	✓	✓
Problemas/limitações físicas	✓	✓
Recusa de serviços necessários	✓	
Acesso a cuidados de saúde	✓	
Vítima de violência doméstica no passado	✓	✓
Histórico criminal		✓
Histórico de violência contra terceiros		✓
Agressividade		✓
Expetativas irrealistas		✓
Problemas financeiros		✓
Perpetrador de violência doméstica no passado		✓
Défice nas competências de <i>coping</i>		✓
Ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas		✓

Quadro 2 – Identificação dos fatores de risco externos, relacionais e contextuais e dos fatores de risco no espaço institucional

Fatores externos, relacionais e contextuais		Fatores de risco no espaço institucional
Dependência do agressor	Violência intergeracional	Fracas competências dos técnicos/auxiliares
Incapacidade no desempenho de tarefas	Historial de conflitos entre a vítima e o agressor	Excesso de trabalho
Inexperiência como cuidador	Coabitação	Ambiente físico deficitário
Dependência da vítima	Condições habitacionais desadequadas e precárias	
Isolamento social/suporte	Ausência de ligação afetiva/distanciamento	

Quadro 3 – Identificação dos fatores de proteção da vítima/contexto

Fatores de Proteção da Vítima/Contexto
Características da personalidade
Estado de saúde
Competências de <i>coping</i>
Suporte social e comunitário

Quadro 3 – Identificação dos fatores de proteção da vítima/contexto

Entre os fatores relativos às vítimas, o gênero pode ser um fator a considerar e, apesar de existirem resultados contraditórios, alguns investigadores enfatizam o facto de ser mulher ser um fator de risco (Penhale, 1993, cit in Pérez-Rojo, Izal, Montorio, Penhale, 2008). Num estudo de Mowlam, Tennant, Dixon e McCreadie (2007) que existem mais vítimas do sexo feminino do que do sexo masculino, sendo normalmente as mulheres que reportam este tipo de situações. Por sua vez, alguns estudos mostraram que os homens parecem ser vítimas de violência psicológica, física e financeira, ao contrário das mulheres que reportam com maior frequência violência física e sexual (Pillemer & Finkelhor, 1988, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018).

A idade é considerada outro fator de risco (National Centre on Elder Abuse, 1998, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018), uma vez que com o aumento da idade, também se deterioram as capacidades físicas, psicológicas e cognitivas, o que aumenta a propensão para o idoso ser vítima de abuso (Horsford, Parra-Cadona, Post & Shiamberg, 2010).

Outros fatores de risco incluem a presença ou comportamentos provocadores especialmente em pessoas com demência (Kosberg, 1988, cit in Pérez-Rojo, Izal, Montorio, Penhale, 2008). Isto é, quando o idoso apresenta comportamentos agressivos relativamente ao seu cuidador, este pode demonstrar represálias ao adotar posteriormente comportamentos abusivos sobre o idoso (Dong, 2015). Ou seja, quando a pessoa idosa apresenta défices cognitivos, como o caso de alzheimer e outras doenças de foro neurológico, aumenta também a probabilidade de esta ser alvo de violência. (Homer & Gilleard, 1990).

As vítimas apresentam normalmente um quadro sintomatológico negativo, associado à ansiedade, pensamentos suicidas, depressão, insatisfação, vergonha, culpa e isolamento social (Dong, Simon, Odwazny & Gorbien, 2008). Verificou-se em alguns estudos que os idosos do sexo feminino com problemas a nível psicológico são mais suscetíveis de sofrerem negligência por parte do cuidador (Natan, Lowenstein & Eisikovits, 2010).

A nível físico, os idosos que apresentam algumas limitações encontram-se mais vulneráveis, no sentido em que estão mais dependentes dos seus cuidadores. Esta dependência acaba por causar *stress* no cuidador, o que pode tornar a relação mais propensa à violência contra idosos (Shiamberg & Gans, 1999).

Os fatores sócio-económicos podem ser considerados influenciadores da propensão para a violência, no sentido em que baixos rendimentos potenciam a negligência, enquanto que elevados rendimentos encontram-se relacionados com a violência psicológica (Lowenstein, Eisikovits, Band-Winterstein & Enosh, 2009).

Quanto ao abuso de substâncias, quando os idosos apresentam comportamentos aditivos, estes acabam por ser desprezados pela própria família e pela rede social de apoio (APAV, 2010). O consumo de substâncias psicoativas e de álcool acabam por deixar o idoso mais vulnerável (Shiamberg & Gans, 1999), o que poderá potenciar a probabilidade de serem vítimas de violência.

Quanto a problemas de comportamento, este pode ser outro dos indicadores de risco associados à violência contra idosos, quando estes apresentam comportamentos agressivos e provocadores que os tornam mais propensos à perpetração do abuso por parte dos seus cuidadores (Natan, Lowenstein & Eisikovits, 2010; VandeWeerd, Paveza, Walsh & Corvin, 2013). A explicação para estes comportamentos pode ser derivada do facto de a realidade não coincidir com as expetativas criadas pelo idoso quando à prestação das necessidades básicas pelo cuidador (Dong, 2015; Schiamberg & Gans, 1999; Heydrich, 2009).

Também a auto-culpabilização e responsabilização de terceiros pelo idoso pode ser considerado um fator de risco, conseqüente da dificuldade em aceitar que a situação abusiva não é normativa, daí a relutância do idoso em denunciar o comportamento agressivo por parte do seu cônjuge (Secretaria Municipal da Saúde, 2007, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018).

A legitimação e banalização da violência também é considerado um fator de risco para a violência contra idosos, em que os mesmos descartam a violência, negando serem vítimas e demonstrando receio em denunciar (APAV, 2010).

A recusa de serviços necessários constitui outro fator de risco para a vitimização do idoso, no sentido em que apesar de este admitir a existência de uma relação abusiva, rejeita ser atendido por serviços de apoio com medo de ser institucionalizados, ou por perda da privacidade, por vergonha, por chantagem do ofensor e pela banalização e pela crença de que a violência é um ato normativo (Secretaria Municipal da Saúde, 2007, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018).

A recusa ou a inexistência de acesso a cuidados de saúde constitui-se um outro fator de risco importante, uma vez que dificulta a detecção por parte dos profissionais dos sinais de maus-tratos e/ou negligência (Choi & Mayer, 2000). O histórico de vitimização no passado, mais concretamente de violência doméstica é outro fator de risco, uma vez que uma trajetória de abuso dificulta a quebra de um ciclo de violência, aumentando a probabilidade de as vítimas sofrerem conseqüentes vitimizações (Perista, Baptista & Silva, 2011, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018).

Quanto ao agressor é possível concluir que existem também diversos fatores de risco, que apresentam uniformidade entre os estudos, apesar da existência de diferentes metodologias (Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018).

O registo criminal, segundo a literatura, está também associado ao aumento do risco de violência (Kropp et al., 1995, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018), assim como o histórico de violência contra terceiros, sejam desconhecidos ou conhecidos, em que os indivíduos violentos apresentam maior propensão para a violência (Burnett, Achenbaum & Murphy, 2014) considerando-se ainda nestes casos o testemunho das vítimas que tenham presenciado essas situações. Este histórico de comportamentos pode estar relacionado com certas características de personalidade como o baixo controlo de impulsos, défices a nível de relações interpessoais e a nível cognitivo (WHO, 2011).

Os problemas emocionais e/ou psicológicos também são considerados um fator de risco para o agressor, uma vez que diminui a capacidade em dar resposta às necessidades do idoso. Alguns comportamentos a nível psicológico podem incluir o controlo de raiva, a frustração, o medo e o impulso, resultando no aumento do risco. Segundo a literatura, os agressores apresentam maior propensão ao risco, uma vez que emitem um histórico de problemas psiquiátricos, comparativamente com os não agressores (Lachs & Pillemer, 2004).

Quanto ao abuso de substâncias, a probabilidade de risco aumenta uma vez que os comportamentos aditivos potenciam um mau relacionamento entre a vítima e o agressor, aumentando assim a propensão para comportamentos violentos neste último, principalmente na violência contra idosos no seio familiar (Lachs & Pillemer, 1995). Alguns autores fornecem respostas explicativas para a indução da violência a partir de consumos de substâncias, pelo que o álcool pode ser considerado um propulsor para

comportamentos impulsos e por sua vez violentos, e a dependência do agressor ao idoso pode ser considerada a origem da dependência do álcool e outras substâncias (NRC, 2003, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018).

A agressividade no agressor pode ser outro dos comportamentos de risco sobre a vítima que se traduz com o objetivo de controlar a vítima (Simões, 1993), principalmente em casos de violência física. Normalmente os agressores apresentam características como baixo controlo de impulsos, défices cognitivos e défices a nível das relações sociais. Estes indivíduos têm tendência a internalizar a frustração, acabando por ter comportamentos hostis e violentos (Reay & Browne, 2001).

Os problemas e limitações físicas também podem ser considerados um fator de risco, uma vez que a incapacidade em fornecer auxílio e prestar os cuidados que o idoso necessita (Podniek, Penhale, Goergen, Biggs & Han, 2010), cria no agressor sentimentos de frustração e raiva, aumentando a propensão ao risco (Horsford, Parra-Cardona, Lori & Post, 2010).

A expectativa irrealista do agressor em relação à vítima, faz com que o mesmo apresente comportamentos agressivos com base em justificações irreais sobre as capacidades da vítima que na realidade estão ausentes devido aos seus condicionamentos (Nadien, 2006).

A culpabilização de terceiros, como também já foi referido como fator de risco para a vítima, remete também para o aumento do risco no agressor, devido às técnicas de neutralização adotadas pelo agressor para justificar os seus comportamentos agressivos, desculpabilizando as suas atitudes em relação à vítima (Perista, Baptista & Silva, 2011, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018),

Os problemas financeiros e a desestruturação familiar aumentam a probabilidade de abuso, que é impulsionado pela dependência que frequentemente os cuidadores têm relativamente à vítima, o que resulta em sentimentos de injustiça, ausência de poder coercivo sobre a vítima e a baixa autoestima. Numa tentativa de controlar a vítima, surgem os maus-tratos que são consequência do sentimento de frustração (Ibañez, 2011; Lachs & Pillemer, 1995).

Ser vítima de violência doméstica no passado também contribui para a propensão do risco no agressor, uma vez que aqueles que reportaram ser vítimas na infância pelos

pais, atualmente, enquanto idosos, perpetuam atos agressivos sobre os próprios pais, revertendo o ciclo de violência (Reay & Browne, 2001). Por sua vez, ser perpetrador de violência doméstica no passado também tem sido uma das conclusões das pesquisas, me que aqueles que possuem um histórico de violência doméstica possuem maior propensão a terem comportamentos agressivos no futuro (Kropp, et al., 1995, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018),

Os défices nas competências de *coping*, isto é, a ausência de aptidão na resolução de problemas constitui-se um dos fatores de risco para o agressor, quando o comportamento agressivo surge do sobrepeso das necessidades do idoso e da falta de capacidade do cuidador em atender aos cuidados necessários da vítima (Fulmer, Paveza & Guadagno, 2002).

A legitimação e banalização da violência, como já foi indicado para os fatores de risco da vítima, comporta outro dos fatores estabelecidos para o agressor. Nos casos de maus-tratos contra idosos, os agressores não admitem o comportamento abusivo, não assumindo responsabilidade pelas suas condutas, adotando técnicas de culpabilização da vítima (Dutton, 1995, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018),

Quanto a ameaças de morte credíveis, esta funciona como uma forma de evitar que a vítima denuncie a situação abusiva, recorrendo a comportamentos intimidativos e coercivos no sentido de provocar medo na vítima e de a fazer perceber que a situação atual é melhor do que qualquer ato de fuga por parte da mesma. Este tipo de ameaças podem ser verbais ou mesmo ameaças de suicídio, em que o agressor ameaça pôr termo à própria vida. Quanto às intimidações, estas podem incluir ações como olhares e gestos intimidatórios, danificar objectos pessoais da vítima ou ameaçar com armas (Perista, Baptista & Silva, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018),

A relação entre o cuidador e a vítima tem um papel importante quando são referidos os potenciais fatores de risco (Von Heydrich, Shiamberg & Chee, 2012). A falta de capacidade para executar as tarefas de cuidador pode aumentar o sentimento de frustração e de inutilidade, resultando numa sobrecarga emocional e posteriormente em comportamentos agressivos (Ananias & Strydom, 2014). Esses comportamentos podem ser ainda provocados pela carência de estabilidade no seio familiar, como é o caso de desemprego e da presença de crianças mais novas que também estejam dependentes do cuidador (APAV, 2010).

A inexperiência como cuidador também pode ser um desses fatores externos, uma vez que segundo o que os estudos têm vindo a revelar, verifica-se a inexistência de formação dirigida aos cuidadores informais para os cuidados básicos à pessoa idosa. Como consequência, pode ocorrer que estes apresentem formas desadequadas no auxílio à pessoa idosa que podem comprometer a saúde física e mental da mesma (APAV, 2010).

A dependência da vítima relativamente ao agressor, seja a nível social, emocional, físico ou espiritual pode resultar em *stress*, aumentando o risco destes se tornarem abusivos ou negligentes relativamente ao idoso (NRC, 2003, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018). Quando os próprios filhos ou cônjuges passam a ter o estatuto de cuidadores, podem surgir situações de maior dependência (Perista, Baptista & Silva, 2011, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018),

A dependência do agressor relativamente à vítima também aumenta o risco de maus-tratos, uma vez que leva o mesmo a vivenciar sentimentos de raiva (Ananias & Strydom, 2014), de injustiça, e por sua vez, baixa auto-estima. Os comportamentos abusivos surgem com a tentativa de controlo e domínio sobre a vítima (Ibañez, 2012, cit Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018). O facto de existirem cuidadores desempregados ou que deixam de exercer funções laborais para atenderem às necessidades do idoso, pode fomentar dependência relativamente à vítima e em comportamentos inadequados e hostis (Ananias & Strydom, 2014).

A violência intergeracional também se constitui um fator de risco, na medida em que a existência de um histórico de violência doméstica na família aumenta a probabilidade de abuso nos idosos por parte de um membro da família (Chokkanathan, 2015), uma vez que o comportamento violento é aprendido (WHO, 2011).

As relações conflituosas entre cônjuges, pais e filhos, pautadas por abuso infantil, violência doméstica e abuso físico, pode aumentar o risco de violência contra os idosos (Ananias & Strydom, 2014).

O historial de conflitos entre a vítima e o agressor é identificado como um fator de risco para a existência de violência no futuro (Ananias & Strydom, 2014; WHO, 2011), que pode ter como consequência o isolamento social tanto da vítima como do agressor (WHO, 2011).

A coabitação tem como consequência a diminuição da privacidade do idoso, o que aumenta a vulnerabilidade no idoso (Ananias & Strydom, 2014), potenciando o contacto físico entre o cuidador e o idoso e conseqüentemente o risco de violência. A coabitação juntamente com a obrigação de atender aos cuidados básicos da vítima, torna o cuidador mais propenso a sentimentos de *stress* (Governmente of South Australia, 2017, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018),

A ausência de suporte social pode acarretar diversas conseqüências para o idoso que podem aumentar o risco de violência, no sentido em que os idosos que se encontram nestas condições apresentam maior vulnerabilidade, devido à inexistência de figuras de referência a quem denunciar as situações abusivas ou que sejam capazes de fazer essa identificação (Ananias & Strydom, 2014).

As condições habitacionais desadequadas e precárias podem ser identificadas como um fator de risco, uma vez que uma higiene pouco cuidada tanto a nível pessoal como habitacional pode ter como consequência um aumento do risco para a saúde (Bomba, 2006).

A ausência de ligação afetiva e o distanciamento emocional, com origem no *stress* e desestruturação do seio familiar aumentam a probabilidade de existência de situações de violência contra a pessoa idosa. Os sentimentos de indiferença e apatia e a percepção negativa da vítima relativamente ao próprio núcleo familiar, leva a que o idoso construa a ideia de que o cuidador não apresenta aptidão para estar a seu cargo, piorando a relação afetiva entre os mesmos (Chokkanathan, 2014).

Quanto ao espaço institucional ocorre naturalmente em locais onde os cuidadores são remunerados para prestarem os serviços necessários à pessoa idosa (Dong & Simon, 2010), sendo estes os denominados de Serviços de Apoio Domiciliário, Estruturas Residenciais para Idosos, Centros de Dia, Centro de Convívio, entre outras formas (ISS, 2017). Existem fatores de risco, inerentes a estes contextos, que devem ser mencionados.

As fracas competências dos técnicos deste tipo de locais resultam normalmente em aptidões laborais fracas ou mesmo escassas, que acabam por impulsionar as práticas abusivas contra os idosos (Lachs & Pillemer, 2004; Linderberg, Wentendorp, Kurrle & Biggs, 2013). A ausência de uma supervisão eficaz diminui a capacidade de reportar

algum problema no idoso, acabando por comprometer o seu papel (NRC, 2003, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018).

O excesso de trabalho também pode ser considerado um fator de risco em espaço institucional, tendo em conta que o *stress* associado à elevada carga laboral e à diminuição de um horário compatível para dar resposta aos problemas (Linderberg, Wentendorp, Kurrle & Biggs, 2013) diminui também a disponibilidade para fazer face às necessidades do idoso, resultando em atitudes negligentes contra o mesmo (Pillemer & Bachman-Prellin, 1991, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018).

O ambiente físico deficitário aumenta também a probabilidade de risco de negligência no idoso, uma vez que as condições habitacionais insalubres são um risco para a saúde dos idosos (Bomba, 2006; Linderberg, Wentendorp, Kurrle & Biggs, 2013), no sentido em que acaba por limitar o dia-a-dia do idoso (Pillemer & Bachman-Prellin, 1991, cit Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018).

No caso dos espaços institucionais, é importante enfatizar outros fatores de risco, que apesar de serem de carácter adicional, não são menos importantes, nomeadamente, a idade avançada dos idosos; a institucionalização do idoso quando este apresenta uma idade igual ou superior a 85 anos; as agressões aos técnicos por parte dos idosos; a invasão do espaço privado; violação de direitos fundamentais, como o acesso limitado ou ausente à alimentação, vestuário e à higiene pessoal e a irregular rotatividade dos funcionários (Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018).

Quanto aos fatores de proteção, estes dizem respeito a um conjunto de indicadores circunstanciais a nível individual que atuam juntamente com mecanismos de *coping* e com a resiliência, cujo objetivo é identificar fatores que diminuam o impacto da violência por parte das vítimas (Mowlan, Tennat, Dixon & McCreadie, 2007). Desta forma, as características da personalidade podem ser um desses fatores de proteção, em que segundo um estudo dirigido por Mowlan e seus colaboradores (2007), estes constataram que alguns idosos apresentavam personalidades fortes que potenciavam a resiliência em situações de abuso, enquanto outros usavam o sentido de humor para fazer face à situação abusiva.

Quanto ao estado de saúde, este poderá ser considerado outro dos fatores de proteção no sentido em que um estilo de vida saudável previne debilidade física e/ou

mental no futuro, uma vez que se terá verificado no mesmo estudo que os idosos que apresentavam uma saúde mais fragilizada eram mais dependentes dos cuidadores e mais suscetíveis de sofrerem maus-tratos (Mowlan, Tennat, Dixon & McCreadie, 2007).

Relativamente às competências de *coping*, estas estão relacionadas com a forma como o idoso lida com os atos abusivos, no sentido de confrontar o problema e não o evitar, o que faz diminuir o impacto da vitimação (Peri, Fanslow, Hand, & Parsons, 2008; Mowlan, Tennat, Dixon & McCreadie, 2007).

Quando ao suporte social e comunitário, este é considerado um fator fundamental no confronto do isolamento, na diminuição das repercussões associadas ao *stress* e à tensão por parte dos cuidadores, uma vez que a existência de uma rede social de apoio diminui a probabilidade de perpetração de violência contra a pessoa idosa (Dias, 2005). Um estudo de Mowlan e seus colaboradores (2007) verificou que tendo o idoso o apoio de um familiar, residindo este ou não próximo da vítima, aumenta a sensação de conforto, de segurança e auto-estima, o que ajuda o mesmo a lidar com a situação abusiva.

5.3. Instrumentos de avaliação do risco

Diversas organizações consideram que a identificação de casos suspeitos de violência contra idosos deve ser da responsabilidade do profissional de saúde (American Medical Association Council on Scientific, 1984, cit in Paixão & Reichenheim, 2006), apesar de existir carência na formação dos profissionais no rastreio de vítimas de violência contra idosos quando estes não aparentam uma lesão física. Verifica-se concordância no que concerne à noção de que os instrumentos de avaliação do risco, que se tornam fundamentais para o progresso científico e, na prática, para a denúncia de casos (Rathbone-McCuan, Voyles, 1982, cit in Paixão & Reichenheim). Essas ferramentas de avaliação, isto é, *assessment tools*, têm sido desenvolvidas para promover a recolha de dados de forma *standard*, ainda que possa ser identificada alguma inadequação ou dificuldade em administrar o instrumento (Perel-Levin, 2008).

Em casos de violência é cada vez mais comum proceder-se à avaliação do risco, intervir e reduzir o impacto do mesmo, no sentido de prevenir uma eventual reincidência. A avaliação do risco tornou-se assim num modo de fazer uma previsão do risco a que a vítima está sujeita num determinado período de tempo, o que facilita a

construção de técnicas e estratégias de forma a prevenir comportamentos violentos no futuro, e a identificar as vítimas que potencialmente podem sofrer revitimização.

A evolução a nível demográfico, o envelhecimento, o aumento de conhecimento científico com estudos de prevalência e incidência e dos fatores de risco, e as consequências a nível de saúde, potenciam a preocupação por parte dos investigadores em criar ferramentas de avaliação do risco de violência contra a pessoa idosa (Schofield & Mishra, 2003). Neste sentido, tem-se alertado para a importância de colocar o tema da violência contra idosos no cerne de prioridade para que o rastreio seja realizado de forma continuada (Cohen, 2011). A utilização de instrumentos de avaliação de risco tem ocorrido desde os últimos 30 anos, tendo sido desde então aí criados protocolos por equipas de investigação, com base no conhecimento dos profissionais. A utilização destes instrumentos auxilia os profissionais de saúde, da área jurídica ou social a identificar rapidamente um caso de violência, o que se torna útil no rastreamento numa fase inicial do problema e para posterior resolução. Por outro lado, esses instrumentos, que normalmente têm origem nos Estados Unidos, demoram muito tempo a serem construídos e apresentam diversas lacunas. (Florêncio & Grossi, 2014).

É importante salientar que a violência contra idosos ocorre naturalmente dentro de um contexto, pelo que é necessária uma avaliação a nível biológico e psicossocial de qualquer instrumento de rastreio, caso contrário irá possuir algumas restrições relevantes para a avaliação (Fulmer et al., 2000, cit in Florêncio & Grossi, 2014). Cohen (2011) afirma que, apesar dos esforços de avaliação, tal não significa que todos os casos de risco possam ser identificados.

O instrumento de risco a adotar deve incluir os fatores de risco mencionados na literatura, para a construção de um plano de gestão do risco. No entanto, é preciso salientar que a diferenciação entre fatores de risco apresenta um peso diferente na avaliação dos resultados. O facto de os fatores serem dinâmicos pode tornar-se limitativo, pelo que a intensidade com que este é aplicado deverá ser menor do que a força de um fator de risco estático, que é imutável, tendo este um valor preditivo mais acentuado (Douglas & Lavoie, 2006).

Os profissionais devem saber que questões devem fazer, assim como quais os sinais visíveis de abuso e negligência. Esses fatores cooperam para a importância de serem utilizadas ferramentas de avaliação claras, fiáveis e acessíveis em termos de

utilização. Existem assim diversas ferramentas disponíveis para o despiste e avaliação relacionada com esta problemática, pelo que devem estas serem abrangentes para serem usadas em configurações rápidas e que viáveis e padronizados (Imbody & Vandsburguer, 2011).

O quadro seguinte sintetiza, entre os instrumentos de risco existentes, os mais relevantes e as formas de abuso sobre as quais estes se incidem. Posteriormente será realizada uma explicação mais aprofundada da estruturação dos mesmos e suas qualidades.

Quadro 4 – Identificação dos principais instrumentos de risco utilizados no estudo do risco de violência contra as pessoas idosas

Instrumentos	Tipos de abuso						
	Física	Psicológica	Negligência	Autonegligência	Abandono	Financeira	Sexual
<i>Conflict Tatic Scales (CTS)</i>	✓	✓	-	-	-	-	-
<i>Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)</i>	✓	✓	✓	-	-	-	-
<i>Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)</i>	✓	✓	✓	-	-	✓	-
<i>Caregiver Abuse Screen (CASE)</i>	✓	✓	✓	-	-	✓	-
<i>Elder Abuse Assessment (EAI)</i>	✓		✓	-	✓	✓	-
<i>Elder Abuse Diagnosis and Intervention (EADI)</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Principles of Assessment and Management of Elder Abuse</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Indicators of Abuse Screen (IOA)</i>	✓	✓	✓	-	-	✓	-
<i>Caregiver Psychological Elder Abuse Behaviour Scale (CPEABS)</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

<i>The Elder Psychological Abuse Scale (EPAS)</i>	-	✓	-	-	-	-	-
<i>Elder Abuse Suspicious Index (EASI)</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<i>Elder Adult Financial Exploitation Measure (OAFEM)</i>	-	-	-	-	-	-	-
<i>Assessment Guidelines For Elder Domestic Violence (AGED)</i>	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓

Quadro 4 – Identificação dos principais instrumentos de risco utilizados no estudo do risco de violência contra as pessoas idosas

Atualmente, o instrumento mais utilizado na análise deste fenômeno é o *Conflict Tatic Scales (CTS)* (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996). Tendo sido primeiramente construído com o intuito de realizar avaliações do risco em casos de violência conjugal, à *posteriori* incluiu casos de violência contra pessoas idosas. Estas escalas incluem um conjunto de 39 comportamentos, que são explicados sob um total de 5 categorias, nomeadamente a racionalização e a negociação, a agressão psicológica, a agressão física, a coerção sexual e as consequências/ferimentos físicos (Santos, Nicolau, Fernandes & Gil, 2013). Apesar de ser uma ferramenta de uso generalizado e ser muito popular entre os investigadores, a verdade é que nem sempre é apropriada para identificar especificamente casos de violência contra idosos, não estando apto a avaliar negligência (Fulmer et al., 2004, cit in Imbody & Vandsburguer, 2011).

O *Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)* compreende um conjunto de 5 questões, sendo rápido de responder, e deve ser dirigido a um profissional, de modo a este determinar o nível de suspeita de abuso, a tipologia do abuso e o nível de urgência de resolução do caso (Reis & Nahmiash, 1998). O único inconveniente deste questionário é que requer formação especializada para ser aplicado aos profissionais, e por sua vez, não avalia determinados fatores de risco relativos a indicadores de abuso e negligência (Reis e Nahmiash, 1998; Fulmer et al., 2004; cit in Imbody & Vansburguer, 2011).

O instrumento *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)*, desenvolvido por Hwalek e Sengstock (1986) consiste no desenvolvimento de 15 itens,

retirados de um conjunto de 1000 itens de outros instrumentos, que são associados a três grandes domínios relacionados com a violência contra idosos, nomeadamente a violação dos direitos da pessoa ou abuso direto; características relativas à vulnerabilidade e características de potenciais situações abusivas. Esta ferramenta demonstrou alguns resultados positivos na deteção da violência contra a pessoa idosa, no entanto tem sido discutida a discriminação entre abuso e não-abuso, as formas de abuso e a necessidade de aperfeiçoamento (Hwalek and Sengstock, 1986).

Um instrumento de auto-relato desenvolvido foi o *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS), que foi construído com base no H-S/EAST, apenas com duas questões adicionais (Cohen, 2011), sendo uma adaptação desse mesmo instrumento. Essas duas questões mostraram elevada validade, em que uma questão foi baseada na Conflict Tactics Scale (CTS) (Strauss, 1979, cit in Phelan & Treacy, 2011), e a segunda baseada numa ferramenta de deteção desenvolvida para a avaliação de situações de abuso durante a gravidez (McFarlane et al. 1992, cit in Phelan & Treacy, 2011). No entanto, o VASS continua sem ser testado, sendo que é necessário um esforço adicional para prever o seu valor (Schofield & Mishra 2003).

Outro instrumento de auto-relato é o referido como *Caregiver Abuse Screen* (CASE), que é composto por 8 itens, sendo um questionário aplicado aos cuidadores (Cohen, 2011). The Caregiver Abuse Screen (CAS) (Reis & Namiash, 1995) foca-se no abuso físico, psicológico e financeiro, assim como na negligência, demorando cerca de 1 a 2 minutos a serem completas.

Um dos instrumentos desenvolvidos mais recentemente recomendado por Fulmer e colaboradores (2004, cit in Imbody & Vansburguer, 2011) é o *Elder Assessment Instrument* (EAI), que oferece um conjunto de 42 itens, representando uma panóplia de fatores identificados como potenciais indicadores do abuso (Fulmer, 2003, cit in Imbody & Vansburguer, 2011). As categorias associadas a este instrumento incluem saúde física e o aspeto do abuso; possíveis indicadores de abuso; possíveis indicadores de negligência e possíveis indicadores relacionados com a exploração e com o abandono (Fulmer, 2003, cit in Imbody & Vandsburguer, 2011), além de que esta ferramenta recolhe informação apenas da vítima, e não no perpetrador (Fulmer et al., 2004, cit in Imbody & Vandsburguer, 2011).

Outro instrumento utilizado é o *Elder Abuse Diagnosis and Intervention (EADI) model* (Fulmer, et al., 2004, cit in Imbody & Vandsburguer, 2011). Este modelo oferece uma perspectiva intervencionista para os profissionais que trabalham com idosos que são vítimas de abuso, envolvendo dois estágios, nomeadamente o diagnóstico e a intervenção (Brownell & Abelman, 1998, cit in Imbody & Vandsburguer, 2011). Este modelo faz uma combinação entre entrevistas estruturadas com os idosos e com os cuidadores (Fulmer et al., 2004, cit in Imbody & Vandsburguer, 2011) e inclui colaboração com profissionais de diversas áreas, explorando características a nível da saúde mental, exames físicos e contactos e com os familiares da vítima. Uma desvantagem deste modelo é que o tempo e a energia dispensados por parte da comunidade e dos profissionais e a cooperação de terceiros que nem sempre é possível.

Outros dos instrumentos de risco utilizados para medir a violência contra idosos é o *Principles of Assessment and Management of Elder Abuse Tools* (Bomba, 2002, cit in Imbody & Vandsburguer, 2011), que visa providenciar princípios de avaliação e controlo para os profissionais de saúde no momento de rastrear a presença de sinais de abuso ou negligência. Este instrumento fornece uma referência para a comunidade e para os profissionais que interagem com os idosos, no sentido de identificar situações de perigo, como usar informação histórica para aceder aos fatores de risco, a definição de tipos específicos de abuso, e a melhorar a capacidades dos médicos em distinguir fatores de risco e potenciais indicadores de abuso e negligência (Imbody & Vandsburguer, 2011)

A ferramenta *Indicators of Abuse (IOA)* de Reis e Nahmiash (1998) é composta por um formulário que é preenchido por um profissional, onde tem incluídos os indicadores relativos à presença de um cuidador, dependência financeira e o estado emocional, servindo para indicar situações potenciais de abuso e não-abuso. Esta ferramenta compreende 60 itens, em que 48 desses diz respeito a possíveis indicadores de abuso e os restantes 12 focam-se em questões demográficas (Reis 2000). A desvantagem desta ferramenta é a enorme quantidade de tempo dispensada pelo idoso, cuidador e profissional para o preenchimento do formulário, que leva cerca de 20 minutos a ser completado (Wolf, 2000, cit in Imbody & Vandsburguer, 2011). No entanto, também é preciso ter em consideração a quantidade de tempo que é necessária na recolha de informação sobre o idoso e o cuidador antes de completar o formulário (Imbody & Vandsburguer, 2011).

O *Caregivers Psychological Elder Abuse Behaviour Scale* (CPEABS), desenvolvido por Wang e seus colaboradores (2007) construiu duas ferramentas que se focaram na identificação de potencial abuso psicológico, uma vez que o autor notou que o abuso psicológico era a forma de abuso mais comum, e no entanto, subestimado devido à falta de evidência.

O instrumento *The Elder Psychological Abuse Scale* (EPAS) foi desenvolvido por Wang, Tseng & Chen, (2007) focando-se no abuso psicológico contra as pessoas idosas, o que resultou numa escala de 32 itens. O EPAS focou-se na discussão com as pessoas idosas, na observação direta e em entrevistas com os cuidadores, sendo limitado a avaliar o abuso psicológico, sendo considerado um instrumento estável e válido.

Outro instrumento de avaliação desenvolvido para dar resposta à necessidade de construção de ferramentas válidas para utilização por profissionais de saúde, foi o *Elder Abuse Suspicion Index* (EASI). Este instrumento foi desenvolvido no sentido de auxiliar na área da saúde, a identificar os potenciais indicadores de abuso e de negligência (Yaffe, Wolfson, Lithwick e Weiss, 2008). Esta ferramenta é composta por 6 questões dirigidas aos idosos e posteriormente ao médico responsável pelo tratamento da vítima. Yaffe e seus colaboradores (2008) concluíram que esta ferramenta servia para apelar a uma maior consciencialização dos médicos relativamente ao fenómeno social da violência contra idosos, apesar de admitirem ser uma ferramenta limitativa no sentido em que apenas é aplicável apenas a idosos que não apresentam deficiências cognitivas (Yaffe et al., 2008).

The Older Adult Financial Exploitation Measure (OAFEM) é considerado o único instrumento válido para medir o abuso e a exploração financeira (Conrad, Iris, Ridings, Langley & Wilver, 2010b), identificando componentes individuais que dizem respeito ao abuso financeiro, com base na literatura e em relatos de idosos.

O *Assessment Guidelines For Elder Domestic Violence* (AGED) foi desenvolvido com o objetivo de fornecer alguma base aos profissionais que trabalham com a área da violência doméstica, mais especificamente relativamente à avaliação de casos de violência contra idosos. Este instrumento, que será a ferramenta utilizada neste estudo, procura identificar os fatores de risco relativos a vítimas e agressores e também dos fatores de proteção da vítima, pelo que é necessário que o profissional tenha formação para a utilização desta ferramenta. É importante inferir que este instrumento não é de

avaliação psicológica, apresentando uma avaliação com uma abordagem de *Juízo Profissional Estruturado*, com o objetivo de analisar e estruturar a gestão do risco (Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018), através da contagem dos fatores presentes e dos fatores críticos, que têm alguma preponderância no momento de avaliar o nível de risco de cada caso.

O rastreio eficaz e a deteção da violência contra idosos é um dado necessário para a implementação de intervenções significativas que diminuam o impacto da violência contra os idosos. Apesar do desenvolvimento de diversos métodos para a deteção, ainda existe esforços a fazer para combater este fenómeno com instrumentos mais eficazes e que possibilitem uma deteção mais rápida e segura. Tanto os serviços de atendimento geriátrico, de abuso conjugal e de abuso infantil fornecem informações relevantes sobre potenciais inovações a nível científico, mas em que surge uma diversidade de questões sobre as limitações dos instrumentos e sobre as consequências negativas do aumento do número de casos detetados do fenómeno (Beach, Carpenter, Rosen, Sharps & Gelles, 2016).

Capítulo II – Estudo empírico

1. Objetivos de estudo

O presente estudo, cujo principal objetivo é a caracterização a nível sociodemográfico de vítimas idosas e do(s) seu(s) agressor(es), a caracterização da dinâmica relacional abusiva e dos fatores de risco de violência numa amostra de inquéritos judiciais, faz parte de um projeto de investigação mais amplo que visa a validação de uma ferramenta de avaliação de risco de violência doméstica junto de pessoas idosas: o AGED (*Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence*). Este projeto de investigação está a ser desenvolvido ao abrigo do protocolo estabelecido, em 2016, entre a Associação Portuguesa de Apoio à Vítimas (APAV), a Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz, a Escola de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto e o Departamento de Investigação e Ação Penal de Lisboa. Mais recentemente, o projeto conta também com a colaboração do DIAP do Porto onde se procedeu à recolha e análise de processos de inquéritos judiciais que deram entrada nesse departamento no ano de 2018, relativos a pessoas com mais de 65 anos vítimas de violência doméstica.

Este estudo tem, ainda, seguintes objetivos específicos:

- a) Caracterizar a nível sociodemográfico as vítimas idosas e os seus agressores e caracterizar a dinâmica da relação abusiva, desde as etapas intrínsecas ao início da fase de inquérito de um processo judicial até à fase da acusação;
- b) Identificar os fatores de risco de violência presentes na vítima, no agressor e na dinâmica relacional, avaliados através do AGED;
- c) Comparar os fatores de risco identificados nesta investigação com os dados obtidos numa amostra de processos recolhida no âmbito de uma estrutura de apoio à vítima.

2. Metodologia

2.1. Procedimentos

Inicialmente procedeu-se à elaboração de um pedido de autorização de consulta de dados dos processos ao DIAP do Porto, contextualizando o objetivo da investigação em curso, bem como a amostra de interesse para esta análise: inquéritos judiciais de processo relativos a pessoas idosas (mais de 65 anos) alegadamente vítimas de violência. Foi também contextualizado que esta investigação seria realizada no âmbito do 2º ciclo de estudos em Criminologia na Faculdade de Direito da Universidade do Porto, destinando-se unicamente a fins de investigação científica. A recolha de dados foi realizada no mês de Fevereiro e Março de 2019, na Secção 4, onde se encontram os processos relativos a violência doméstica. Visto ser fundamental para a análise a recolha de processos que indicassem a existência de violência contra idosos, os técnicos auxiliares de justiça do DIAP facilitaram o acesso aos documentos através do fornecimento de uma lista dos números dos processos relativos a violência exercida contra idosos. Essa mesma lista continha inicialmente cerca de 80 processos judiciais. Contudo, devido à impossibilidade de acesso à totalidade dos processos identificados, por estes se encontrarem em organismos exteriores ao DIAP do Porto, a amostra final de análise foi de 49 processos.

Posteriormente foram utilizadas uma grelha de análise documental de inquéritos judiciais e uma aplicação de um instrumento de risco com base nesse mesmo processo. A primeira (c.f. Anexo B) permite a caracterização dos dados sociodemográficos da vítima e do agressor e da dinâmica relacional, incluindo as etapas intrínsecas a um processo judicial, e a segunda, a aferição da presença de fatores de risco de violência

contra pessoas idosas. A segunda grelha de análise, designada de AGED (c.f. Anexo A) está dividida em quatro dimensões, sendo que as primeiras três incidem sobre os fatores de risco, da vítima, do agressor e fatores de risco externos, contextuais e relacionais. Relativamente à quarta dimensão, diz respeito aos fatores de proteção da vítima. A análise desta grelha foi efectuada através da contabilização dos fatores de risco e dos fatores críticos que deram origem à avaliação do nível de risco.

2.2. Amostra

A amostra de 49 inquéritos judiciais recolhidos no DIAP do Porto, inclui vítimas do sexo feminino e masculino. Esta investigação incluiu todos os processos de violência doméstica contra idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, cujo crime foi perpetrado por cônjuges, filhos, netos, outros familiares e outros cuidadores informais, incluindo no campo institucional. O facto de terem sido seleccionados processos de 2018 e não de outros anos anteriores foi condicionado pelas dificuldades logísticas de acesso.

2.3. Instrumentos

O AGED (Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence) (c.f. Anexo A) é um instrumento de avaliação do risco de violência contra a pessoa idosa que está dividido em três partes: Fatores de risco na vítima, fatores de risco no agressor e fatores de risco externos, contextuais e relacionais. O desenvolvimento desta ferramenta, apoiada por um manual para a sua aplicação, visa dotar os profissionais que contactam com pessoas idosas de conhecimento mais estruturado sobre esta problemática de modo a promover uma atuação e intervenção mais eficazes. Desta forma, o AGED surge como um método auxiliar na identificação dos fatores de risco relativos às vítimas, aos agressores, fornecendo simultaneamente informação acerca de alguns fatores de proteção.

O instrumento contém 12 fatores de risco relativos à vítima, 14 relativos ao agressor, 10 relativos à dinâmica relacional e 4 fatores de proteção (cf. Anexo A).

Os fatores de risco foram cotados de acordo com as seguintes instruções de preenchimento: “A - Ausente”; “Pp – Parcialmente presente”; “P – Presente”; “X – Sem informação” e “N/A – Não aplicável”. Para além desta informação, era ainda possível identificar para os fatores presentes, se estes poderiam ou não ser identificados como

itens críticos. O item crítico, assinalado com um “C”, é identificado como sendo, entre os outros fatores, aquele que poderá determinar o risco elevado de dano. Importará também clarificar a diferença entre um fator ausente e um fator omissis. O primeiro significa que, com base nos relatórios sociais e/ou médicos da vítima e do agressor, é possível afirmar que um determinado fator não está presente, enquanto que se o fator for omissis, tal não significa que não possa estar presente, mas apenas que existe carência de informação relativamente a esse fator.

É importante ressaltar que identificar uma situação de risco não se trata de uma questão linear, isto é, não resulta apenas da contabilização de fatores de risco em cada caso (Kropp, Hart, Webster, & Eaves, 2012). Entende-se que é um procedimento que deverá ter como base o conhecimento clínico e teórico sobre a violência contra idosos, não existindo no entanto, restrições para determinar a ponderação do nível de risco de uma determinada situação abusiva, tornando-se subjectivo, na visão do avaliador, aquilo que deverá considerar de maior relevância ou não.

Para complementar esta análise, foi utilizado um segundo instrumento de análise de dados, uma grelha de análise do processo judicial que contém, numa primeira parte, os dados sociodemográficos da vítima e do agressor, e numa segunda parte, desde o início do procedimento criminal derivado da relação abusiva e a caracterização da dinâmica relacional até à fase de inquérito e de acusação, ou seja, todas as etapas inerentes ao percurso normal decorrente de um processo criminal.

2.4. Análise de dados

A parte metodológica de um estudo é necessária a todo o tipo de estudo de pesquisa, uma vez que a questão prática necessita de um enquadramento teórico. Trata-se portanto de uma análise crítica ao conhecimento e da identificação dos seus limites (Souza, 2004). Segundo Minayo (2008) *“a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador”, explicação esta que se estende a qualquer tipo de pesquisa em geral, não sendo apenas específica da pesquisa documental*”. Neste sentido, e no contexto da metodologia quantitativa, o uso da análise documental surge como uma forma de pesquisa que fornece bastante riqueza nas informações, uma vez que proporciona um melhor entendimento relativamente ao objeto de estudo, que requer uma contextualização a nível histórico e sociocultural.

Tendo em conta estes critérios e a importância da análise documental, optou-se por desenvolver esta investigação com recurso à recolha documental dos dados.

Os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados, que além de conter as variáveis respetivas às duas grelhas, anteriormente mencionadas, continha também as variáveis recolhidas numa investigação realizada previamente (c.f., Andrade, 2007), também no âmbito da violência contra a pessoa idosa, mas cuja recolha foi realizada numa instituição de apoio à vítima (APAV). É importante salientar que, devido a alterações introduzidas no AGED no período decorrido entre a primeira e a segunda investigação, a comparação entre dados foi realizada apenas entre dados foi realizada apenas entre os fatores de risco comuns às duas investigações.

As variáveis em estudo foram avaliadas no *software IBM SPSS Statistics 24* de forma a se proceder ao seu estudo quantitativo. A base de dados contém as variáveis qualitativas a serem analisadas (ordinais e intervalares), nomeadamente os fatores sociodemográficos, tanto da vítima como do agressor; desde a dinâmica da relação abusiva à caracterização da forma de violência perpetrada em cada caso, com especificidade de todo o tipo de comportamento que envolve a ação abusiva e os fatores de risco relativos à vítima, ao agressor e externos, contextuais e relacionais.

3 – Resultados

3.1. Caracterização sociodemográfica da vítima e do agressor e caracterização da dinâmica abusiva

Neste capítulo procede-se à análise descritiva da caracterização sociodemográfica da vítima e do agressor, da violência exercida pelo agressor contra a vítima, da caracterização da relação abusiva entre a vítima e o agressor e das dependências do agressor e da vítima.

3.1.1. Características sociodemográficas da vítima

Tabela 1 - Prevalência das características sociodemográficas da vítima

Variáveis	Frequência (N)	Percentagem (%)
Idade ¹		
Inferior a 74	20	40,8
Superior a 74	29	59,2
Sexo		
Masculino	11	22,4
Feminino	38	77,6
Estado civil		
Solteiro(a)	5	10,2
Casado(a)/União de facto	20	40,8
Divorciado(a)	4	8,2
Viúvo(a)	15	30,6
Omisso	5	0,2
Habilitações literárias		
Sem habilitações	3	14,3
Primeiro ciclo	10	47,6
Segundo ciclo	3	14,3
Terceiro ciclo	4	19,0
Ensino Secundário	1	4,8
Omisso	28	7,1
Situação profissional		
Empregado	1	2,8
Desempregado	3	8,3
Aposentado	32	88,9
Omisso	13	6,5
Nacionalidade		

Portugal	48	98,0
Outra nacionalidade	1	2,0
Naturalidade		
Porto	36	76,6
Fora do Porto	11	23,4
Omisso	2	,1

¹ Média: 79,06; Desvio padrão: 9,319

Verifica-se que a maior parte das vítimas apresentam idade superior a 74 anos (59,2%), sendo a média de idades de 79,06 anos e o desvio-padrão de 9,319. As vítimas são maioritariamente do sexo feminino (77,6%), casadas ou em união de facto (40,8%), apesar de também existir uma percentagem significativa de vítimas que são viúvas (30,6%). Quanto às habilitações literárias, a vítima apresenta o primeiro ciclo (47,6%), sendo importante salientar que foi encontrado um valor elevado de omissões relativamente à escolaridade da mesma. As vítimas que integram a amostra encontram-se aposentadas (88,9%), e são quase todas elas portuguesas (98,0%) a viverem na cidade do Porto (73,5%). Quanto aos valores omissos, no geral estes foram reduzidos em cada uma das dinâmicas.

3.1.2. Características sociodemográficas do ofensor

Tabela 2 - Prevalência das características sociodemográficas do agressor

Variáveis	Frequência (N)	Percentagem (%)
Idade ²		
<30	1	2,2
31-50	18	40,0
>51	27	57,8
Omisso	4	8,2
Sexo		
Masculino	32	71,1
Feminino	13	28,9
Omissos	4	8,2
Estado civil		
Casado(a)/União de facto	16	35,6
Solteiro(a)	19	42,2
Divorciado(a)	8	17,8
Viúvo(a)	2	4,4
Omisso	4	8,2
Habilitações literárias		

Sem habilitações	2	8,3
Primeiro ciclo	10	41,7
Segundo ciclo	4	16,7
Terceiro ciclo	6	25,0
Ensino superior	2	8,3
Omisso	25	51,0
Situação profissional		
Empregado	16	36,4
Desempregado	11	25,0
Aposentado	17	38,6
Omisso	5	10,2
Nacionalidade		
Portugal	47	95,9
Omisso	2	4,1
Naturalidade		
Porto	39	90,7
Fora do Porto	4	9,3
Omisso	6	12,2

² Média: 57,34; Desvio padrão: 14,926

Relativamente às características sociodemográficas dos agressores, 57,8% dos sujeitos tem idade superior a 51 anos, cuja média e desvio-padrão são de 57,34 e 14,926 respetivamente. Os indivíduos são do sexo masculino (71,1%), sendo possível verificar-se que são solteiros (38,8%), e possuem o primeiro ciclo (41,7%), destacando-se um elevado número de casos omissos nesta última categoria. Quanto à situação profissional, verifica-se uma ligeira amplitude de diferença entre a categoria «Empregado» e «Aposentado», apesar de esta última assumir uma posição de destaque relativamente à anterior, com 38,6%. No que concerne à nacionalidade e naturalidade, os agressores apresentam na sua maioria nacionalidade portuguesa (95,9%) e são naturais da cidade do Porto (90,7%).

3.1.3. Caracterização da dinâmica abusiva

3.1.3.1. Caracterização da violência

Tabela 3 – Prevalência e categorização das diferentes formas de violência

Variáveis	Frequência (N)	Percentagem (%)
Violência física	32	65,3
Puxar cabelos com força	9	18,4
Bofetadas	15	30,6
Pontapés	5	10,2
Estrangulamento	8	16,3

Empurrões violentos	12	24,5
Cabeçadas	1	2
Dar sovas	20	40,8
Murros	20	40,8
Violência psicológica	34	69,4
Gritos/berros	17	34,7
Difamar/caluniar	20	40,8
Ser rude/grosseiro	29	59,2
Ameaçar	17	34,7
Ameaças de morte	13	26,5
Perseguição	1	2
Causar medo	22	44,9
Violência financeira	15	30,6
Controlar todo o dinheiro de casa	14	28,6
Violência sexual	-	-
Beijos ou carícias contra a vontade	-	-
Relações sexuais forçadas	-	-
Negligência	11	22,4
Incapacidade no desempenho de tarefas de cuidador	9	18,4
Inexperiência como cuidador	9	18,4

De acordo com os dados acima descritos (Tabela 3), a forma de violência que ocorreu com maior frequência foi a violência psicológica, com 69,4% dos casos, apesar de a violência física não se distanciar com grande amplitude dessa mesma percentagem, com 65,3%. Uma nota de destaque para a ausência nesta amostra, da violência sexual.

A nível de categorização de cada uma das formas de violência, constata-se que na violência física os comportamentos com uma amplitude de frequência maior foram as «sovas» (40,8%), os «murros» (40,8%) e as bofetadas (30,6%). Por sua vez, na violência psicológica, destaca-se a categoria «ser rude/grosseiro», com uma percentagem de 59,2%, apesar de existirem algumas ações que também são frequentes, como «causar medo» (44,9%) e «difamar/caluniar» (40,8%). Quanto à violência

financeira (30,6%), a única variável em estudo, «controlar todo o dinheiro da casa» surgiu em 28,4%. A violência sexual e a sua categorização não foram registadas durante a análise dos processos, e por isso, apesar de se encontrar indicado na tabela, considera-se como um valor nulo. No que diz respeito à negligência, que regista uma menor amplitude de frequência, com 22,4%, relativamente às outras formas de abuso, é possível notar que tanto a «incapacidade no desempenho de tarefas de cuidador» e «inexperiência como cuidador» apresentam-se com 18,4%

Procurou-se, ainda, através do teste qui-quadrado, - que testa a independência entre as linhas e colunas de uma tabela que cruza uma variável nominal com outra ordinal-, estabelecer uma relação entre as variáveis «sexo do agressor», «sexo da vítima», «idade da vítima» e «idade do agressor» com as categorias que se encontram discriminadas na caracterização da violência, nomeadamente a violência física, psicológica, financeira, sexual e negligência. De seguida, apresentamos os resultados encontrados relativamente a estas associações.

3.1.3.1.1. Caracterização da violência perpetrada e o sexo do agressor

Com vista a um entendimento mais aprofundado desta temática procuramos analisar se o sexo do agressor (homem ou mulher) estaria associado à forma de violência exercida sobre a vítima. Verifica-se uma associação positiva entre o sexo do agressor e a violência psicológica contra a vítima, $\chi^2 (1) = 6,906, p=,022$, isto é, existem mais indivíduos do sexo masculino (71,9%) a perpetrarem violência psicológica, comparativamente com a violência física, financeira e a negligência que não apresentaram uma associação significativa, uma vez que o valor de $p>,05$. No entanto, importa salientar que o sexo masculino é considerado o perpetrador de todas as formas de violência, além da violência psicológica.

3.1.3.1.2. Caracterização da violência perpetrada e a idade da vítima

No que concerne à associação entre a idade da vítima e a caracterização da violência, verifica-se que existe uma associação estatisticamente significativa apenas na violência psicológica, $\chi^2 (1) =,012$, e a idade da vítima. Com efeito, verifica-se que se encontram vítimas com idade inferior a 74 anos, na sua grande maioria (90,0%) e que são vítimas de violência psicológica.

3.1.3.2. Caracterização da relação abusiva

Tabela 4 – Características da relação abusiva entre a vítima e o ofensor

Variáveis	N	%
Relação do agressor com a vítima		
Cônjuge	13	28,3
Ex-cônjuge	1	2,2
Namorado(a)	3	6,5
Filho(a)	24	52,2
Neto(a)	3	6,5
Cuidador(a) institucional	1	2,2
Cuidador(a) informal	1	2,2
Omisso	3	6,5
Duração da relação abusiva em anos		
<1 ano	5	20,0
1 a 5 anos	11	44,0
6 a 10 anos	-	-
11 a 20 anos	2	8,0
21 a 40 anos	4	16,0
>40	3	12,0
Omisso	24	
Tipo de ofensa		
Continuada	36	85,7
Pontual	6	14,3
Omisso	7	14,3
Aumento da frequência nos últimos dois meses		
Sim	8	30,0
Não	19	70,4
Omisso	22	44,0
Aumento da frequência nos últimos 12 meses		
Sim	18	69,2
Não	8	30,7
Omisso	23	46,0
Aumento da intensidade nos últimos dois meses		
Sim	8	29,6
Não	19	70,3
Omisso	22	44,0
Aumento da intensidade nos últimos 12 meses		
Sim	19	70,4
Não	8	29,6
Omisso	22	44,0

Segundo a tabela 4, verifica-se que na relação abusiva o ofensor é filho (52,2%) da vítima, apesar da existência de 28,3% dos indivíduos da amostra que são cônjuges da

vítima. No que concerne à duração da relação abusiva entre a vítima e o agressor, em 44,0%, a duração é de 1 a 5 anos, ressaltando a existência de um elevado número de omissões, em que não foi possível ter conhecimento do espaço de tempo em que a relação abusiva ocorreu. É possível verificar que a relação abusiva foi, no geral, um ato continuado (85,7%), isto é, em que ocorreram sucessivos episódios de violência, tendo aumentado de frequência nos últimos 12 meses da relação (69,2%), e também de intensidade durante esse mesmo período temporal (70,4%). No entanto, é possível verificar que existe um elevado número de casos omissos relativamente ao aumento da intensidade e da frequência, tanto nos últimos 2 meses, como nos últimos 12.

3.1.4. Dependências do agressor e da vítima

Tabela 5 – Dependências do agressor e da vítima

Dependências do agressor e da vítima		
	N	%
Agressor		
Abuso de substâncias		
Álcool	8	40,0
Drogas	10	50,0
Alcoól e estupefacientes	2	10,0
Omissos	29	59,2
Dependências em relação à vítima		
Fiannceira	10	40,0
Habitacional	7	28,0
Financeira e habitacional	8	32,0
Omissos	24	49,0
Problemas/limitações físicas		
Mobilidade reduzida	1	2,0
Problemas cardíacos	-	-
Reduzida mobilidade e problemas cardíacos	-	-
Reduzida mobilidade e défice visual	-	-
Défice visual e problemas cardíacos	-	-
Omissos	48,0	98,0
Vítima		
Abuso de substância		
Alcoól	1	2,0
Drogas	-	-
Omissos	48	98,0
Dependências em relação ao agressor		

Física e/ou intelectual	4	23,5
Emocional	3	17,6
Financeira	5	29,4
Financeira e habitacional	5	29,4
Omissos	32	65,3
Problemas/limitações físicas		
Mobilidade reduzida	20	64,5
Problemas cardíacos	3	9,8
Reduzida mobilidade e problemas cardíacos	1	3,2
Problemas mentais	1	3,2
Vítima acamada	2	6,5
Reduzida mobilidade e déficit visual	3	9,7
Déficit visual e problemas cardíacos	1	3,2
Omissos	19	38,8

Após a análise da tabela, no que concerne às situações de consumo do agressor, verificamos o seguinte: na amostra em análise, os indivíduos mantêm consumo de drogas (50,0%); quanto à dependência da vítima, é possível observar que o agressor depende da mesma, principalmente, a nível financeiro, (40,0%); quanto aos problemas/limitações físicas, é possível verificar que a maior parte dos agressores não apresentam ou não existe conhecimento sobre esta categoria (98,0%), apesar da existência de um caso em que o agressor possui mobilidade reduzida (2,0%).

Quanto às dependências da vítima, é possível verificar que quase todos indivíduos da amostra, à exceção de um caso em que foi registado o consumo de álcool (2,0%) não possuem consumos aditivos. Os resultados da tabela permitem verificar ainda que a vítima depende do agressor a nível «financeiro» (29,4%) e a nível «financeiro e habitacional» (29,4%), e ainda, que as mesmas contêm mobilidade reduzida (64,5%).

Os valores omissos no geral, tanto quanto às dependências da vítima, como às dependências do agressor, são muito elevados, revelando-se em metade da amostra de indivíduos em cada categoria, dada a ausência e/ou parca informação.

3.2. Fatores de risco e de proteção

As tabelas 6, 7, e 8 sistematizam os dados relativos aos fatores de risco na vítima, no agressor e aos fatores de risco externos, contextuais e relacionais. Como já referido anteriormente, para o entendimento do processo de aferição dos fatores presentes no instrumento AGED, cada um dos itens é cotado segundo o fator “ausente”,

“parcialmente presente”, “ presente” e “omisso”, em que aqui se inclui o fator “Sem informação” e “Não se aplica”, e o fator crítico, assinalado com um “C”

3.2.1. Fatores de risco da vítima

Tabela 6 – Fatores de risco da vítima

Variáveis	Ausente		Parcialmente presente		Presente		Omisso		Fator crítico	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
V1 – Sexo	11	22,4	-	-	38	77,6	-	-	-	-
V2 – Idade	20	40,8	-	-	29	59,2	-	-	-	-
V3 – Problemas emocionais e/ou psicológicos	34	69,4	-	-	7	14,3	8	16,3	1	2,0
V4 – Demência	35	71,4	-	-	9	18,4	5	10,2	-	-
V5 – Abuso de substâncias	41	83,7	-	-	1	2,0	7	14,3	-	-
V6 – Problemas de comportamento	37	75,5	-	-	1	2,0	11	22,4	-	-
V7 – Culpabilização de terceiros	34	69,4	1	2,0	1	2,0	13	28,5	-	-
V8 – Legitimação e/ou banalização da violência	36	73,5	1	2,0	-	-	12	24,5	-	-
V9 – Problemas/limitações físicas	16	32,7	12	24,5	18	36,7	3	6,1	-	-
V10 – Recusa de serviços necessários	21	42,9	3	6,1	3	6,1	22	44,9	-	-
V11 – Acesso a cuidados de saúde	4	8,2	3	6,1	5	10,2	37	75,5	-	-
V12 – Violência doméstica no passado	13	26,5	15	30,6	15	30,6	6	12,2	15	30,6

Partindo da análise da tabela 6 é possível verificar que a maior parte das vítimas são do sexo feminino (75,5%), com idade superior a 74 anos (63,3%), com problemas/limitações físicas que condicionam a autonomia (36,7%), apresentando um historial de vitimação no passado (30,6%).

Por outro lado, evidencia-se a elevada ausência de fatores de risco em algumas variáveis, designadamente, V5 «Abuso de substâncias» (83,7%); V6 «Problemas de comportamento» (75,5%); V7 «Culpabilização de terceiros» (69,4%) e V8 «Legitimação e/ou banalização da violência» (73,5%).

É importante destacar a elevada percentagem de casos omissos em duas variáveis, que contém maior prevalência relativamente a todas as restantes, nomeadamente, V10 «Recusa de serviços necessários» (44,9%) e V11 «Acesso a cuidados de saúde».

Relativamente ao fator crítico, verifica-se apenas um caso em que a V3 «problemas emocionais e/ou psicológicos» (2,0%) foi considerada um fator crítico. Por sua vez, V12 «violência doméstica no passado», foi considerado um fator crítico, com uma prevalência de 30,6%.

3.2.2. Fatores de risco de violência do agressor

Tabela 7 – Fatores de risco do agressor

Variáveis	Ausente		Parcialmente presente		Presente		Omisso		Fator crítico	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A1- Histórico criminal	20	40,8	3	6,1	9	18,4	17	34,7	10	20,4
A2- História de agressão a terceiros	15	30,6	5	10,2	11	22,4	18	36,7	11	22,4
A3- Problemas emocionais e/ou psicológicos	16	32,7	1	2,0	9	18,4	23	46,9	9	18,4
A4- Abuso de substâncias	21	34,7	2	4,1	17	34,7	9	18,4	18	36,7
A5- Agressividade	10	20,4	4	8,2	34	69,4	1	2,0	34	68,4
A6- Problemas/limitações físicas	15	30,6	1	2,0	-	-	33	67,3	-	-
A7- Expetativas irrealistas	8	16,3	-	-	2	4,1	39	79,6	-	-
A8- Culpabilização de terceiros	9	18,4	4	8,2	3	6,1	33	67,3	-	-
A9- Problemas financeiros	18	36,7	9	18,4	12	24,5	10	20,4	-	-
A10- Vítima de violência doméstica no passado	16	32,7	2	4,1	2	4,1	29	59,2	3	6,1
A11- Perpetrador de violência doméstica no passado	10	20,4	19	38,8	13	26,5	7	14,3	11	22,4
A12- Déficit nas competências de <i>coping</i>	3	6,1	22	44,9	3	6,1	21	42,9	-	-
A13- Legitimação e/ou banalização da violência	4	8,2	8	16,3	4	8,2	33	67,3	3	6,1
A14- Ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas	25	51,0	6	12,2	14	28,6	4	8,2	20	40,8

De acordo com os dados sistematizados na tabela 7, esta indica que a maior parte dos agressores da nossa amostra apresentam histórico de agressão contra terceiros, com a existência de mais do que um episódio de violência (22,4%); abuso de substâncias (34,7%); existência de comportamentos agressivos dirigidos à vítima (69,4%); problemas financeiros que comprometem o cotidiano (18,4%); ter sido agressor/a de violência doméstica no passado (26,5%); ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas e/ou objetos (28,6%) e déficit nas competências de *coping* (44,9%).

Quanto aos fatores ausentes, a elevada frequência dos mesmos distingue-se nos fatores A1 «Histórico criminal»; A3 «Problemas emocionais e/ou psicológicos»; A4 «Abuso de substâncias» e A14 «Ameaças de morte credíveis. Este último fator foi aquele que foi cotado com maior frequência como sendo “ausente”, apesar de também ter sido referenciado como um fator presente nos agressores.

Existe elevada prevalência de fatores omissos nas variáveis A6 «Problemas/limitações físicas» (67,3%); A7 «Expetativas irrealistas» (79,6%); A8 «Culpabilização de terceiros» (67,3%); A10 «Vítima de violência doméstica no passado» (59,2%) e A13 «Legitimação e/ou banalização da violência» (67,3%).

Relativamente aos fatores críticos, os fatores de risco relativos à “agressividade” (A5); às “ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas” (A14), e ao “abuso de substâncias” (A4), foram os mais frequentemente cotados com o fator crítico, representando 68,4%, 40,8% e 36,7%, respetivamente. Sucedem-se os fatores relativos ao “histórico de agressão a terceiros” (A2) e “perpetrador de violência doméstica no passado” (A11), ambos com 22,4%; Quanto ao “histórico criminal” este representa 20,4% da amostra, sucedendo-se o fator de risco que concerne aos “problemas emocionais e/ou psicológicos” (A3) com 18,4%. Quanto a ser “vítima de violência no passado” (A10) e “legitimação e/ou banalização da violência” (A13), ambos apresentam 6,1%.

3.2.3. Fatores de risco externos, contextuais e relacionais

Tabela 8 – Fatores de risco externos, contextuais e relacionais

Variáveis	Ausente		Parcialmente presente		Presente		Omisso		Fator crítico	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
R1 – Incapacidade no desempenho de tarefas de cuidador	2	4,1	-	-	9	18,4	38	77,6	9	18,4
R2- Inexperiência como cuidador	2	4,1	-	-	9	18,4	38	77,6	9	18,4
R3- Dependência da vítima	28	57,1	10	20,4	7	14,3	4	8,2	17	34,7
R4- Dependência do/a agressor	16	32,7	15	30,6	12	24,5	6	12,2	-	-
R5- Violência intergeracional	12	24,5	2	4,1	5	10,2	30	61,2	5	10,2
R6- Historial de conflitos entre a vítima e o/a agressor/a	13	26,5	2	4,1	30	61,2	4	8,2	30	61,2
R7- Coabitação	5	10,2	4	8,2	38	77,6	2	4,1	-	-
R8- Isolamento social/suporte	4	8,2	4	8,2	-	-	41	83,7	-	-
R9- Condições habitacionais desadequadas e precárias	3	6,1	2	4,1	8	16,3	36	73,5	-	-
R10- Ausência de ligação afetiva/distanciamento	12	24,5	14	28,6	3	6,1	20	40,8	-	-

Os resultados da tabela 8 indicam maior prevalência na dependência da vítima relativamente ao agressor (20,4%); dependência do agressor em relação à vítima (30,6%) e historial de conflitos entre a vítima e o agressor, com a presença de mais do que um episódio de violência no passado (61,2%), encontrando-se os mesmos em regime de coabitação (77,6%) e fraca ligação afetiva/distanciamento (28,6%).

A respeito dos fatores ausentes, verifica-se que existem alguns fatores de risco que se encontram ausentes e que são importantes referir, nomeadamente o R3 «Dependência da vítima» (57,1%); R4 «Dependência do/a agressor (32,7%); R6

«Historial de conflitos entre a vítima e o agressor» (26,5%) e R10 «Ausência de ligação afetiva/distanciamento» (24,5%).

Quanto aos dados omissos, é claramente perceptível a ausência de informação no geral, destacando-se as variáveis R1 «Incapacidade no desempenho de tarefas de cuidador» (77,6%); R2 «Inexperiência como cuidador» (77,6%); R5 «Violência intergeracional» (61,2%); R8 «Isolamento social/suporte» (83,7%); R9 «Condições habitacionais desadequadas e precárias» (73,5%) e R10 «Ausência de ligação afetiva/distanciamento» (40,8%).

Relativamente aos fatores críticos, R6 que corresponde ao «historial de conflitos entre a vítima e o/a agressor/a», demarca-se dos restantes com 61,2%, seguindo-se o fator R3 relativo à «dependência da vítima», que representa 34,7% dos fatores críticos. Por sua vez, os fatores «Incapacidade no desempenho de tarefas de cuidador» (R1) e «Inexperiência como cuidador» (R2) apresentam uma percentagem menor, alcançando ambos os 18,4%, seguindo-se o fator «violência intergeracional» com 10,2%, todos demarcados também como fatores críticos.

3.2.4. Fatores de proteção da vítima

Tabela 9 - Fatores de proteção da vítima

Variáveis	Ausente		Parcialmente presente		Presente		Omisso	
	N	%	N	%	N	%	N	%
P1- Características da personalidade	4	8,2	4	8,2	-	-	41	83,7
P2- Estado de saúde	-	-	18	36,7	-	-	31	63,3
P3- Competências de <i>coping</i>	5	10,2	4	8,2	-	-	40	81,6
P4- Suporte social e comunitário	2	4,1	7	14,3	3	6,1	37	75,5

Os fatores de proteção da vítima que apresentam maior prevalência são o fator P2 relativo ao «Estado de saúde», representando 36,7% do universo amostral, demonstrando que o estado de saúde da vítima influencia o seu quotidiano e o fator P4 relativo ao «Suporte social e comunitário», com 14,3%.

Os resultados da tabela 11 permitem ainda verificar que existe baixa prevalência de fatores ausentes, contrariamente com o que acontece com os fatores omissos, que se demarcam tanto dos fatores ausentes como dos fatores presentes.

4. Total do nível de risco do AGED

Tabela 10 – Total do nível de risco do AGED

Nível de risco	N	%
Baixo	7	14,3
Médio	22	44,9
Elevado	20	40,8

Após a leitura dos dados da tabela é possível verificar-se que 85,7% das vítimas da nossa amostra se encontram num nível de risco médio ou alto. Apenas 14,3% apresentam um risco baixo.

Neste sentido é possível observar predominância no risco relativo aos fatores externos, contextuais e relacionais relativamente aos restantes grupos, com especial destaque dos fatores de risco da vítima que apresentam uma prevalência reduzida.

4.1. Valores totais do AGED por dimensão

Tabela 11 – Valor total do AGED por dimensão

Total dos fatores de risco	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil		
					25	50	75
Total dos fatores de risco da vítima	5,86	2,483	1	11	4,00	6,00	8,00
Total dos fatores de risco do agressor	7,14	4,628	0	18	3,50	6,00	11,00
Total dos fatores externos, contextuais e relacionais	5,98	3,976	0	13	4,00	6,00	7,50
Total AGED	19,12	6,366	4	29	15,00	21,00	24,00

Na tabela 3 podemos analisar os diferentes valores totais por dimensão do AGED. Entre as dimensões do AGED, é possível verificar que os fatores de risco obtêm uma média mais elevada ($M=7,14$), relativamente às restantes dimensões, o mesmo acontecendo quanto ao valor do desvio-padrão ($Dp=4,628$) e quanto ao valor máximo ($Máx=18$). A média do AGED total, correspondente a 19,12, varia entre um valor mínimo de 4 e um valor máximo de 29. Quanto ao desvio-padrão este apresenta um valor de 6,366, e do percentil 25 ao percentil 75 é possível verificar que este se encontra entre 15,00 e 24,00.

4.2. Comparação das médias dos valores totais ponderados do AGED

Tabela 12 - Comparação das médias dos valores totais ponderados do AGED

Total de fatores de risco	Média	Desvio-	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
---------------------------	-------	---------	----------	-----------	----------

	padrão				
Fatores de risco da vítima	-0,03	0,419	-,451	47	0,65
Fatores de risco do agressor					
Fatores de risco do agressor	-0,09	0,400	-1,571	47	0,12
Fatores externos, contextuais e relacionais					
Fatores de risco da vítima	-0,12	0,310	-2,640	47	0,01
Fatores externos, contextuais e relacionais					

O Teste T para amostras emparelhadas permite averiguar se a média das variáveis dependentes intervalares variam entre condições intra-sujeitos. Neste sentido, este teste avalia se a média os valores totais ponderados das dimensões do AGED diferem entre si. A única diferença estatística encontrada foi entre o total de fatores externos, contextuais e relacionais e o total de fatores de risco da vítima ($t(47) = -2,640$), $p < 0,05$).

3.3. Consistência interna

Tabela 13 - Coeficiente Alpha de Cronbach para cada dimensão do AGED

	<i>Alpha de Cronbach</i>
AGED_V	0,773
AGED_A	0,653
AGED_R	0,650

Na verificação da consistência interna procedeu-se ao cálculo do Coeficiente Alpha de Cronbach, para cada uma das dimensões e para o seu total. O cálculo do Alpha de Cronbach permite calcular o limite inferior da consistência interna de um grupo de variáveis ou itens. Considerando que o valor de alpha deve variar entre 0 e 1, verifica-se que o valor de alfa, analisado de forma isolada nas três dimensões, apresenta valores aceitáveis.

5. Comparação entre fatores de risco

Para a comparação de fatores de risco da vítima, do agressor e dos fatores de risco externos, contextuais e relacionais, foi utilizado o teste de diferenças não paramétricas, nomeadamente o Teste de Mann-Whitney (*Mann-Whitney Test, U*), que permite comparar as ordens médias entre dois grupos independentes ao nível de uma variável

dependente ordinal. As tabelas 16, 17 e 18 apresentam o valor da ordem média, o valor do Teste de Mann Whitney e o valor da significância associada ao valor de U , e representam os resultados entre a comparação dos fatores de risco da amostra recolhida no DIAP do Porto e da amostra de processos analisados numa estrutura de apoio à vítima, nas três dimensões, no sentido de perceber se existem semelhanças e diferenças estatisticamente significativas entre cada variável em análise.

5.1. Comparação entre fatores de risco da vítima

Tabela 14 - Resultados do Teste de Mann-Whitney para os fatores de risco da vítima entre a amostra do presente estudo e a amostra do estudo de comparação.

Fatores de risco	Amostra	Ordem média	U	p
AGED_V3	DIAP	68,28		
«Problemas emocionais e/ou psicológicos»	APAV	64,22	1710,500	,341
AGED_V4	DIAP	65,90	1742,500	,527
«Demência»	APAV	62,99		
AGED_V5	DIAP	74,23	2111,500	,117
«Abuso de substâncias»	APAV	72,50		
AGED_V6	DIAP	63,37	1667,000	,117
«Problemas de comportamento»	APAV	69,14		
AGED_V7	DIAP	68,24	1773,500	,912
«Culpabilização de terceiros»	APAV	67,91		
AGED_V9	DIAP	83,57	1469,000	,001
«Problemas/limitações físicas»	APAV	62,47		
AGED_V10	DIAP	78,50		
«Recusa de serviços necessários»	APAV	64,72	1147,500	,000
AGED_V12	DIAP	39,38		
«Vítima de violência doméstica no passado»	APAV	49,39	747,500	,047

A tabela 14 demonstra que o valor da ordem média em cada variável desta investigação é maior do que a ordem média encontrada no estudo de comparação, exceto a variável AGED_V6 «Problemas de comportamento» (63,37) e a variável AGED_V12 «Vítima de violência doméstica no passado» (39,38), que apresentam valores menores.

Através do valor de significância associado ao valor do teste de *Mann-Whitney* é possível verificar que não existem diferenças significativas entre as variáveis AGED_V3 «Problemas emocionais e/ou psicológicos» ($p=,341$); AGED_V4 «Demência» ($p=,527$); AGED_V5 «Abuso de substâncias» ($p=,117$); AGED_V6 «Problemas de comportamento» ($p=,117$) e AGED_V7 «Culpabilização de terceiros» ($p=,912$). Tendo em conta estes resultados, as diferenças estatisticamente significativas

foram encontradas nas restantes variáveis, nomeadamente AGED_V9 «Problemas/limitações físicas» ($p=,001$), e AGED_V10 «Recusa de serviços necessários» ($p=,000$) e AGED_V12 «Vítima de violência doméstica no passado» ($p=,047$).

5.2. Comparação entre fatores de risco do agressor

Tabela 15 - Resultados do Teste de Mann-Whitney para os fatores de risco do agressor entre a amostra do presente estudo e a amostra do estudo de comparação.

	Amostra	Ordem média	U de Mann-Whitney	p
AGED_A1 «Histórico criminal»	DIAP	41,59	803,000	,767
	APAV	43,06		
AGED_A3 «Problemas emocionais e/ou psicológicos»	DIAP	39,65	672,000	,963
	APAV	39,42		
AGED_A4 «Abuso de substâncias»	DIAP	48,00	1100,000	,081
	APAV	57,58		
AGED_A5 «Agressividade»	DIAP	91,73	2485,000	,138
	APAV	80,88		
AGED_A6 «Problemas/limitações físicas»	DIAP	44,34	573,500	,593
	APAV	46,35		
AGED_A7 «Expetativas irrealistas»	DIAP	50,00	405,000	,722
	APAV	47,76		
AGED_A8 «Culpabilização de terceiros»	DIAP	65,28	419,500	,000
	APAV	47,05		
AGED_A9 «Problemas financeiros»	DIAP	75,15	1866,000	,474
	APAV	70,12		
AGED_A10 «Vítima de violência doméstica no passado»	DIAP	12,50	40,000	,016
	APAV	19,50		
AGED_A11 «Perpetrador de violência doméstica no passado»	DIAP	34,75	556,500	,001
	APAV	50,25		
AGED_A12 «Défice nas competências de coping»	DIAP	68,82	271,000	,000
	APAV	36,73		
AGED_A13 «Legitimação e/ou banalização da violência»	DIAP	68,84	2063,000	,884
	APAV	69,82		
AGED_A14 «Ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas»	DIAP	74,63	398,000	,001
	APAV	50,37		

Relativamente aos valores da ordem média dos fatores de risco dos agressores (Tabela 17), estes encontram-se dispersos. As variáveis em que os valores da ordem média são maiores nesta amostra do que na amostra de comparação são na AGED_A5 «Agressividade» (91,73); AGED_A7 «Expetativas irrealistas» (50,00); AGED_A8 «Culpabilização de terceiros» (65,28); AGED_A9 «Problemas financeiros» (75,15); AGED_A12 «Défice nas competências de *coping*» (68,82) e na variável AGED_A14 «Ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas» (74,63).

A respeito das semelhanças estatísticas entre as duas amostras, verifica-se que os dois estudos não diferem ao nível dos resultados encontrados nas seguintes variáveis: AGED_A1 «Histórico criminal» ($p=,767$); AGED_A3 «Problemas emocionais e/ou psicológicos» ($p=,0963$); AGED_A4 «Abuso de substâncias» ($p=,081$); AGED_A5 «Agressividade» ($p=,138$); AGED_A6 «Problemas/limitações físicas» ($p=,593$); AGED_A7 «espetativas irrealistas» ($p=,722$); AGED_A9 «Problemas financeiros» ($p=,474$); AGED_A13 «Legitimação e/ou banalização da violência» ($p=,884$). A inexistência de variação nos resultados, indicam que os resultados dos dois estudos são concordantes entre si. No entanto, também seria esperado encontrar diferenças entre as duas amostras. Neste sentido, elencam-se os fatores de risco em que tal se confirma: AGED_A8 «Culpabilização de terceiros» ($p=,000$); AGED_A9 «Problemas financeiros» ($p=,474$); AGED_A10 «Vítima de violência doméstica no passado» ($p=,016$); AGED_A11 «Perpetrador de violência doméstica no passado» ($p=,001$) e AGED_A14 «Ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas» ($p=,001$).

5.3. Comparação entre fatores de risco externos, contextuais e relacionais

Tabela 16 - Resultados do Teste de Mann-Whitney para os fatores de risco externos, contextuais e relacionais entre a amostra do presente estudo e a amostra do estudo de comparação.

	Amostra	Ordem média	U de Mann-Whitney	p
AGED_R1 «Incapacidade no desempenho de tarefas de cuidador»	DIAP	90,64	257,000	,000
	APAV	56,88		
AGED_R2 «Inexperiência como cuidador»	DIAP	89,41	259,500	,000
	APAV	56,43		
AGED_R3 «Dependência da vítima»	DIAP	70,61	2142,500	,362
	APAV	76,90		
AGED_R5 «Violência intergeracional»	DIAP	12,84	54,000	,090
	APAV	18,00		
AGED_R6 «Historial de conflitos entre a vítima e o/a agressor/a»	DIAP	53,08	1301,500	,845
	APAV	52,06		

AGED_R7	DIAP	79,54	2610,500	,116
«Coabitação»	APAV	87,10		
AGED_R8	DIAP	60,50	240,000	,051
«Isolamento social/suporte»	APAV	46,29		
AGED_R9	DIAP	84,19	218,500	,000
«Condições habitacionais desadequadas e precárias»	APAV	49,82		
AGED_R10	DIAP	54,34	1141,000	,000
«Ausência de ligação afetiva/distanciamento»	APAV	78,25		

Relativamente à ordem média dos fatores de risco externos, contextuais e relacionais entre as duas amostras é possível inferir que os valores se encontram dispersos. Assim, verifica-se que os valores respectivos à ordem média dos fatores de risco deste estudo são mais elevados nas variáveis AGED_R1 «Incapacidade no desempenho de tarefas de cuidador» (90,64); AGED_R2 «Inexperiência como cuidador» (89,41); AGED_R6 «Historial de conflitos entre a vítima e/o agressor/a» (53,08); AGED_R8 «Isolamento social/suporte» (60,50) e AGED_R9 «Condições habitacionais desadequadas e precárias» (84,19).

Verificam-se semelhanças estatísticas entre as seguintes variáveis: AGED_R3 «Dependência da vítima» ($p=,362$); AGED_R5 «Violência intergeracional» ($p=,090$); AGED_R6 «Historial de conflitos entre a vítima e o/a agressor/a» ($p=,845$); AGED_R7 «Coabitação» ($p=,116$) e AGED_R8 «Isolamento social/suporte» ($p=,051$), demonstrando concordância entre as variáveis.

Ainda relativamente ao valor da significância, os resultados ressaltam também diferenças significativas nas variáveis, nomeadamente nas variáveis AGED_R1 «Incapacidade no desempenho de tarefas de cuidador»; AGED_R2 «Inexperiência como cuidador»; AGED_R9 «Condições habitacionais desadequadas e precárias» e AGED_R10 «Ausência de ligação afetiva/distanciamento», que apresentam o mesmo valor ($p=,000$).

Capítulo III - Discussão de resultados

Na discussão dos resultados serão enfatizados os dados mais relevantes relativos às características sociodemográficas da vítima e do agressor; caracterização da dinâmica relacional; dependências do agressor e da vítima; fatores de risco da vítima, do agressor, e fatores externos, contextuais e relacionais e também os fatores de proteção e a

comparação dos fatores de risco da vítima, do agressor e dos fatores externos, contextuais e relacionais, de forma a responder aos objetivos inicialmente definidos para esta investigação.

Relativamente às variáveis analisadas sobre as características sociodemográficas das vítimas, foi possível encontrar alguns dados que contrariam os resultados encontrados na amostra.

Os resultados conseguidos relataram ser o sexo feminino aquele que apresenta maior risco de ocorrer violência. Segundo alguns estudos, as pessoas idosas do género feminino apresentam maior probabilidade de serem vítimas de violência (Costa, Pimenta, Brigas, Santos & Almeida, 2009; Fernández-Alonso & Herrero-Valásquez, 2006; Gonçalves, 2006; Marmolejo, 2008; Oliveira, Lima, Simão, Cavariani, Tucci & Kerr-Corrêa, 2009; Penhale, 2003; Vergueiro & Lima, 2010). Por outro lado, Pillemer & Finkelhor (1989, cit in Pérez-Rojo, Izal, Montorio, Penhale, 2008) apontaram o sexo masculino como sendo um fator de risco predominante, apesar de Pritchard (2001, cit in Bell, Oyebode & Oliver, 2005) explicar que pode existir alguma relutância por parte dos homens em denunciar as situações abusivas, daí a menor prevalência do sexo masculino nos estudos de violência contra a pessoa idosa, o que contribui também para a invisibilidade desta questão. No entanto, além dos resultados encontrados nos estudos que indicam que tanto o homem como a mulher podem ser vítimas, também foi constatado numa investigação dirigida por Dimah e Dimah (2002) a inexistência de diferenças entre os homens e as mulheres, uma vez que ambos, na mesma proporção, denunciavam os atos abusivos.

A média da idade das vítimas deste estudo demonstrou ser de cerca de 70,06 anos, o que corrobora a literatura que tem indicado maior prevalência de indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 (Comijs, et al., 1998; Cooper, Selwood & Livingston, 2008; Lachs, Williams, O'Brien, Hurst, Horwitz, 1998). No entanto, outros estudos demonstram que a idade das vítimas é superior a 74 anos a idade das vítimas (Jones, Holstege & Holstege, 1997; Garre-Olmo, Planas-Pujol, López-Pousa, Juvinyà, Vilà, Vilalta-Franch, & Frailty and Dependence in Girona Study Group, 2009).

Quanto ao estado civil, em alguns estudos este foi associado à relação abusiva (Fisher & Reagan 2006; Desmarais & Reeves, 2007), tendo-se verificado que as vítimas encontravam-se separadas ou divorciadas do seu cônjuge (Fisher & Reagan, 2006)

apesar de outra investigação ter relatado que as vítimas eram casadas (Abrams, 2002; Wu et al., 2012; Beach, 2010; Andrade, 2017).

Quanto às características sociodemográficas do agressor, e segundo a análise da amostra, verificou-se que os mesmos apresentam idade superior a 51 anos. No entanto, segundo a literatura encontrada, a maior parte dos agressores têm mais de 25 anos (Manita, 2005; APAV, 2008; APAV, 2009),

Verifica-se, quanto ao estado civil, que existe uma enorme disparidade relativamente aos resultados que têm sido encontrados nos estudos. Os dados da amostra indicam que a maior parte dos agressores são solteiros. No entanto, ao contrário do que os resultados da amostra evidenciam, foram encontrados dados que inferiram que os agressores encontram-se separados ou divorciados (Biggs, Manthorpe, Tinker, Doyle & Erens, 2009; Racic, Kusmuk, Kozomara, Debelnagic, & Tepic, 2006). Na investigação que tem sido mencionada ao longo da metodologia e que foi objeto de comparação com os dados conseguidos nesta amostra, os agressores são casados (Andrade, 2017).

Os agressores desta amostra, ao nível de escolaridade, possuem apenas o primeiro ciclo. Curiosamente, a amostra de comparação, cujos dados foram analisados a partir da APAV, demonstram que os indivíduos agressores possuem o ensino secundário (Andrade, 2017).

Um estudo de Gil e colaboradores (Gil, Kislaya, Santos, Nunes, Nicolau & Fernandes, 2015) mostra que a maior parte dos indivíduos agressores apresentam o nível mais baixo de escolaridade, correspondente ao ensino básico. No entanto, é interessante salientar, que num estudo realizado por Luoma et al. (2011) denominado AVOW, que já foi mencionado anteriormente, verificou-se que a maior parte dos agressores possuíam de 5 a 9 anos de escolaridade, o que contraria os resultados encontrados nesta investigação. Apesar de Portugal ter sido incluído no estudo como o país que conteve um maior número de indivíduos que foram vítimas de violência contra idosos em relação com os outros países desse estumo, a verdade é que as disparidades são evidentes com a presente amostra.

No que concerne à caracterização da violência, os resultados desta amostra demonstraram que a forma de violência que ocorreu com maior frequência foi a

violência psicológica. A evidência empírica tem demonstrado ainda que a violência financeira atua como a segunda forma de violência mais recorrente entre a população idosa (Marmolejo, 2008; Lowenstein, Eisikovits & Winterstein, 2009).

A ausência de vítimas de negligência nesta amostra poderá estar relacionada com a dificuldade de operacionalização do conceito. No geral, verificam-se variações entre os estudos, apresentando valores díspares entre si (Santos, Nicolau, Fernandes & Gil, 2013). Um estudo de Garr-Olmo et al. (2009) indicou que na sua amostra foi encontrado um maior número de indivíduos que eram vítimas de negligência, comparativamente com as outras formas de abuso. Um estudo de Lowenstein, Eisikovits e Winterstein (2009) obteve exatamente a mesma conclusão, no entanto, noutras investigações (c.f. Podnieks, 1993; Marmolejo, 2008) verificou-se a existência de uma percentagem reduzida de casos de negligência. Por sua vez, um estudo de Ogg e Bennett (1992) não encontrou evidências de nenhum caso de negligência.

É importante ressaltar que a violência sexual, ao qual não foram registadas vítimas nesta amostra, é considerada uma das formas de violência menos avaliadas, devido ao reduzido número de indivíduos que reportam esta dimensão da violência (Luoma et al., 2011; Naughton et al., 2010). Esta questão pode ser resultante da vergonha em denunciarem este tipo de situações, o que leva a que o número de relatos de idosos nesta dimensão seja muito reduzido ou quase ausente. Por outro lado, é possível que a legitimação da violência sexual, seja entendida pela vítima como parte da prática comum e normal de um casal, e que resulte na banalização por parte da mesma em relação aos comportamentos que lhe são dirigidos. No entanto, é importante ressaltar, que o projeto AVOW demonstrou que Portugal foi o país em que foram registados mais casos de violência sexual, em relação aos restantes países que são incluídos nesse mesmo estudo (Luoma et al., 2011).

Curiosamente, tal como a violência sexual, a violência física é uma das formas de violência menos pronunciadas nos estudos, pelo que é pouco frequente que seja analisada (Santos, Nicolau, Fernandes & Gil, 2013), o que contraria totalmente os dados aqui indicados. O projeto AVOW aponta que na cidade do Porto a penúltima forma de violência mais denunciada foi a violência física. É perceptível a existência de um aumento da proporção de idosos que denunciam violência física, que pode ser explicado por algumas razões, ora motivadas pelo aumento do sentimento de segurança e

confiança nas forças de segurança públicas ou devido à maior consciencialização por parte da comunidade idosa relativamente a esta problemática.

Relativamente às correlações que foram efetuadas entre as variáveis relativas ao sexo do agressor e ao tipo de violência exercida contra as vítimas, um estudo de Ramos (2011) evidenciou que os agressores do sexo masculino perpetram violência psicológica, o que corrobora os resultados observados neste estudo.

Contrariamente aos resultados conseguidos nesta amostra relativamente à relação entre a idade da vítima e o tipo de violência exercida contra a mesma, um estudo indicou que as vítimas que apresentam idade entre os 75 e os 84 anos são vítimas de negligência (Garre-Olmo, Planas-Pujol, López-Pousa, Juvinyà, Vilà, Vilalta-Franch, & Frailty and Dependence in Girona Study Group, 2009).

Estas discrepâncias entre os resultados dos estudos podem ser consequência de inúmeros fatores, estejam eles relacionados com o contexto em que foi recolhida a amostra, com as limitações a nível cultural e jurídico de cada país, entre outras variáveis que possam interferir com as variações dos resultados.

No que respeita à caracterização da relação abusiva entre a vítima e o agressor, o principal agressor é o filho da vítima. Na literatura é possível encontrar com menor frequência filhos perpetradores da violência, o que tem sido justificado pela maior relutância da vítima na denúncia dos seus descendentes (Dias, 2000; Marmolejo, 2008). Amstadter e seus colaboradores (Amstadter, Cisler, MacCauley, Hernandez, Muzzy & Acierno, 2010) revelam que a maior parte dos agressores são cônjuges, apesar de firmarem a existência de uma relação abusiva frequente entre o progenitor e o seu descendente. O estudo de comparação (cf. Andrade, 2017), também indica que os agressores são os cônjuges. O contexto de recolha da APAV, que apesar de abranger vítimas de uma forma geral, é conhecido pela grande visibilidade de vítimas em contexto doméstico, isto é, de violência doméstica, sendo expectável encontrar maior número de agressores que são cônjuges das vítimas.

Quanto ao abuso de substâncias o agressor mantém consumo de drogas e álcool. A literatura encontrada corrobora estes resultados, verificando que a existência do consumo de álcool e drogas estão associadas ao aumento da probabilidade de o agressor ter comportamentos desfavoráveis sobre a vítima (Lachs & Pillemer 1995), tendo

alguns estudos associado o álcool e as drogas à violência financeira e verbal (Podnieks, 1993; Naughton et al., 2010). Parece existir um número significativamente maior de casos de abuso de álcool no agressor do que de drogas (Naughton et al., 2010). O uso de álcool pode resultar em inibições que acabam por dificultar o discernimento para lidar com a situação de forma mais racional, pelo que o agressor passa a usar recursos mais primitivos para resolver os problemas, aumentando o risco de utilização de violência (Aekplakorn & Kongsakon, 2007).

Quanto à dependência do agressor em relação à vítima, este depende da vítima maioritariamente a nível «financeiro» e a nível «financeiro e habitacional». Tendo em conta que os descendentes foram apontados como os principais agressores, neste estudo, já seria expectável o aumento da dependência a estes níveis. A baixa escolaridade do agressor e a situação profissional precária podem influenciar estes resultados, na medida que não possui autonomia a nível emocional e financeiro e necessita de assumir algum vínculo à vítima neste sentido.

É importante destacar, no entanto, que a literatura tem indicado que esta dependência do agressor relativamente à vítima tem sido assinalada sobretudo a nível «emocional» e «financeiro» (Wolf, Strugnell, & Godkin, 1982 cit Pillemer, Burnes, Riffin & Lachs, 2016; Anetzberger, 1987; Marmolejo, 2008; Greenberg, McKibben, & Raymond, 1990; Pillemer, 1986, 2004; Sethi et al., 2011).

Quanto à dependência desta relativamente ao agressor, verifica-se que as vítimas se encontram dependentes do mesmo a nível «financeiro» e a nível «financeiro e habitacional». A questão da dependência das vítimas, principalmente a nível financeiro e habitacional são dos principais domínios que impedem ou dificultam o término da relação abusiva, impulsionado pela manipulação e o uso de coacção por parte do agressor em demonstrar que a vítima está totalmente dependente do mesmo. A literatura corrobora parcialmente os resultados que foram encontrados nesta investigação, indicando que o aumento da propensão do risco de violência contra idosos é associado à dependência que a vítima mantém do agressor especialmente a nível emocional e financeiro (Acierno et al., 2010; Wu et al., 2012). No estudo desenvolvido por Acierno (2003), este relatou uma prevalência maior da dependência a nível físico, mas também financeiro, tendo como causa a existência de medo que o agressor seja preso, levando

neste sentido à institucionalização da pessoa idosa ou à perda de outro tipo de liberdades nessa sequência.

Relativamente aos fatores de risco da vítima, num estudo conduzido por Post e seus colaboradores (Post, Page, Conner, Prokhorov, Fang & Biroscak, 2010) os autores indicaram que os idosos que apresentavam um estado de saúde físico mais deficitário relatavam problemas a nível de higiene pessoal, locomoção ou incontinência, tendo-se verificado um aumento dos casos de violência contra idosos sempre que alguns destes problemas estavam presentes. Numa revisão sistemática recente, concluiu-se que o estado de saúde da pessoa idosa tem sido um dos determinantes analisados na maioria dos estudos, tendo sido um fator de risco associado às competências a nível funcional, às co-morbilidades e a problemas de foro psicológico da pessoa idosa (Alves & Serrão, 2018). Alguns autores referiram que as pessoas idosas que apresentam diversas patologias contêm maior probabilidade de sofrerem de violência psicológica, emocional e/ou verbal; violência física e violência sexual (Giraldo-Rodríguez, Carrasco & Mino-León, 2015). Um estudo de Lachs e Pillemer (1995) concluiu que o aumento da fragilidade ou a falta de saúde física em idosos provavelmente desempenhariam alguma influência na violência e na negligência. O risco aumenta quando as capacidades para a pessoa idosa se defender diminuem.

Quanto ao historial de vitimação, este fator de risco é associado à dificuldade da quebra do ciclo de violência, pelo que o facto de a vítima sofrer repetidas vitimizações a torna mais vulnerável e susceptível a voltar a sofrer de violência no futuro (Perista, Baptista & Silva, 2011, cit in Almeida, Baúto, Saavedra, Quintas & Alves, 2018).

Quanto aos fatores de risco do agressor nesta investigação foram encontrados alguns mais frequentes que não se encontram entre os fatores de risco salientes na amostra de comparação (cf. Andrade, 2017), nomeadamente, o histórico de agressão contra terceiros; ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas e/ou objetos e défice nas competências de *coping*. A ausência destes fatores de risco, que são claramente perceptíveis na amostra de comparação, podem indicar que existe pouca informação sobre o agressor, o que é expectável, tendo em conta que a recolha de dados foi efetuada numa instituição de apoio à vítima como a APAV, cujo propósito é fornecer apoio e orientação às vítimas.

A agressão contra terceiros, conhecidos ou desconhecidos, aumenta a probabilidade de o ofensor reincidir e ter comportamentos violentos sobre a vítima. Neste sentido, normalmente o registo criminal do agressor contém denúncias e registos de condenações e prisão preventiva (Gondolf, 1988).

Quanto ao comportamento agressivo do agressor contra a vítima, este poderá ter como causa o abuso de substâncias que potenciam o risco do uso de violência como forma de resolução de problemas. O comportamento violento acaba por ser o resultado de diversos problemas, nomeadamente o abuso de álcool, como já foi mencionado, os desentendimentos que antecedem a ocorrência do comportamento agressivo e a vivência num contexto violento. O comportamento violento também pode ser uma consequência da existência de problemas do foro psicológico, como é o caso de dificuldades na gestão mental e emocional ou psicopatia (Grande et al. 2010; Marmolejo, 2008; Podnieks, 1993).

Relativamente a problemas financeiros, os estudos demonstram um *status* baixo a nível socioeconómico nos agressores (Melchiorre et al., 2013) sendo associado à reduzida qualificação profissional e ao baixo suporte social que estes indivíduos apresentam (Dalgard, Mykletun, Rognerud, Johansen & Zahl, 2007; Lachs, Williams, O'Brien, Hurst & Horwitz, 1997; Hwalek, Neale, Goodrich, & Quinn, 1996). Os problemas financeiros foram também associados à dependência financeira do agressor relativamente à vítima (Hwalek, Neale, Goodrich, & Quinn, 1996), sendo também associado com maior frequência à violência psicológica (Gil, Kislaya, Santos, Nunes, Nicolau & Fernandes, 2015).

Relativamente a ter sido agressor no passado, alguns estudos mencionam o risco de reincidência da violência em indivíduos que já cometeram violência conjugal, tendo sido associado à teoria do ciclo de violência, isto é, da aprendizagem na infância de comportamentos violentos através dos modelos de referência. Por sua vez, as características de personalidade e problemas do foro psicológico como o narcisismo e a personalidade antissocial foram fortemente associados à reincidência de violência no âmbito doméstico (Saunders, 1992a; 1992b, 1992c, cit in Dutton & Kropp, 2000; Gondolf, 1988).

No que concerne ao fator «ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas e/ou objetos», a literatura corrobora a existência de mecanismos agressivos e

manipuladores do agressor contra a vítima. Segundo um estudo de Comijs, Jonker, Tilburg e Smit (1999) a hostilidade foi um comportamento adotado pelos agressores quando existe um ambiente de tensão, fúria e frustração entre a vítima e o agressor. No seio deste ambiente violento, o agressor adota estratégias de intimidação, ameaças, coação e manipulação para que a vítima não denuncie a situação ou que saia da relação, e para que esta sinta medo (Santos, Nicolau, Fernandes & Gil, 2013).

Relativamente aos défices a nível das competências de *coping*, este fator de risco tem sido associado ao conceito de *stress* no cuidador, aumentando a propensão para o risco de violência, sobretudo quando a vítima está dependente do agressor, reduzindo as habilidades no agressor para gerir o *stress* (Brandl, 2006).

Quanto aos fatores de risco externos, contextuais e relacionais, relativamente ao historial de conflitos, a literatura indica que as dificuldades na relação entre o idoso e o cuidador e as fragilidades sentidas no meio familiar, aumentam a probabilidade de existir violência contra a vítima, banalizando e legitimando a violência como forma de resolução dos problemas (Mascarenhas, Andrade, Neves, Pedrosa, Silva & Malta 2010).

Quanto à coabitação, é possível verificar num estudo de Gil e colaboradores (Gil, Kislaya, Santos, Nunes, Nicolau & Fernandes, 2015), que os agressores e as vítimas se encontram em regime de coabitação, corroborando os resultados indicados neste estudo, tendo sido associada ao risco de a vítima sofrer polivitmização, isto é, sofrer várias formas de violência subsequentes. Um estudo indica que a coabitação é uma causa da violência, uma vez que a dependência total de familiares pode levar à degeneração da estrutura familiar, resultando numa maior propensão para que situações violentas ocorram (Pitrou, 1997).

A ausência ou fraca ligação a nível afetivo entre a vítima e o agressor tem sido corroborada pelos estudos, como um fator de risco que aumenta a propensão para o risco de violência contra idosos, principalmente por parte de cuidadores familiares (Souza, Ribeiro, Atie, Souza & Marques, 2008). A carência de laços afetivos tem sido associada à questão do *stress* do cuidador e das competências de *coping*. A associação entre estes três fatores indica que os défices na capacidade de comunicação têm sido relacionados com redes de suporte social mais fraco, aumentando o *stress* no cuidador (Anders & Tucker, 2000).

Relativamente aos fatores de proteção, importa salientar que a quantidade elevada de omissões Esta omissão deve-se principalmente relativamente às variáveis que dizem respeito às características da personalidade, e às competências de *coping*, podem ser resultado da dificuldade em aceder a esta informação, primeiro, por não ser normalmente alvo de recolha no âmbito dos processos e porque não são questões perceptíveis no contacto direto do avaliador com a vítima.

Quanto aos fatores de risco do agressor, a literatura indica que os estudos sobre as características dos ofensores são menores do que os estudos sobre as vítimas porque é difícil obter informação sobre os mesmos (Choi & Mayer, 2000). No entanto, nesta amostra foi claramente visível a existência de maior quantidade de fatores de risco do agressor, relativamente à vítima e aos fatores externos, contextuais e relacionais. Isto indica, que neste estudo, a informação sobre os agressores foi proeminente.

Relativamente à avaliação do nível de risco, é possível observar predominância no risco relativo aos fatores externos, contextuais e relacionais relativamente aos restantes grupos, com especial destaque dos fatores de risco da vítima que apresentam uma prevalência reduzida. Como já foi referido, a literatura revela maior quantidade de informação relativa à vítima do que ao agressor (Choi & Mayer, 2000), que pode ser resultante do facto de normalmente ser a vítima a fazer queixa ou alguém próximo à mesma.

Relativamente à comparação estabelecida nos fatores de risco da vítima entre este estudo e a amostra de comparação verificou-se que existem diferenças significativas entre três fatores de risco, nomeadamente «problemas/limitações físicas» (V9); «Recusa de serviços necessários» (V10) e «Violência doméstica no passado» (V12), comparativamente com os restantes fatores de risco. Quanto aos fatores de risco do agressor os resultados revelam diferenças significativas nas variáveis relativas aos «problemas financeiros» (A9); «Vítima de violência doméstica no passado» (A10); «Perpetrador de violência doméstica no passado» (A11) e «Ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas» (A14), enquanto os fatores de risco externos, contextuais e relacionais demonstram que existe significância estatística em quatro fatores: «Incapacidade no desempenho de tarefas de cuidador» (R1); «Inexperiência como cuidador» (R2); «Condições habitacionais desadequadas e precárias» (R9) e «Ausência

de ligação afetiva/distanciamento» (R10), em que estes últimos apresentam exatamente o mesmo valor de significância.

As diferenças estatísticas significativas entre os fatores de risco nas três dimensões, devem-se possivelmente ao contexto de recolha de informação e à forma como a informação é recolhida e analisada em dois contextos. O DIAP é um organismo formal, de carácter judicial, em que decorre a investigação dos crimes, neste caso, de violência contra idosos. A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) é uma instituição particular de solidariedade social, que tem como objectivo estatutário promover e contribuir para a informação, protecção e apoio aos cidadãos vítimas de infracções penais. Neste sentido, já seria expectável encontrar diferenças na comparação dos fatores de risco, uma vez que a análise documental foi realizada em contextos diferentes.

Com base no trabalho desenvolvido, quer através da análise dos fatores de risco, quer através da determinação no nível de risco, realço a necessidade de identificar para algumas situações que necessitarão de um olhar mais atento. Apesar de entender que a última dimensão, relativa aos fatores de risco externos, contextuais e relacionais pretende incluir os fatores que fazem parte da dinâmica relacional do agressor e da vítima, a verdade é que me parece que os fatores R3 «dependências da vítima» e R4 «dependências do agressor» deveriam estar incluídos na dimensão que respeita aos fatores de risco da vítima e do agressor, respetivamente. São fatores que, estando retratados na terceira dimensão, podem interferir com os resultados da investigação.

Conclusão

A violência contra idosos é uma problemática que tem sido explorada com maior relevo na última década, pelo que o desenvolvimento de estudos neste âmbito têm permitido uma reflexão mais aprofundada sobre o tema. Tendo sido apenas reconhecido em finais dos anos 70 como um problema social e com as dificuldades inerentes à sua identificação e análise (Dias, 2004), a exploração do tema tem sido um processo gradual e moroso. No âmbito da violência intrafamiliar, que tem preocupado cada vez mais a sociedade e os profissionais que têm maior contacto com esta problemática, torna-se fundamental analisar o impacto que a violência contra idosos tem na população envelhecida. O facto de a violência contra idosos ser perpetrada na maior parte por

indivíduos da família revela uma contradição naquilo que é expectável por parte de um núcleo onde deve existir apoio, proteção e harmonia.

Tem-se verificado um investimento no aprofundamento acerca desta temática, todavia, verificam-se algumas limitações na análise relativa à violência contra a pessoa idosa, uma vez que as investigações se centram demasiado em estudos de prevalência e incidência, ignorando outros fatores importantes.

Existem também limitações na adoção do critério demográfico - 65 ou mais anos de idade -, como a faixa etária que designa a pessoa idosa (Naughton et al., 2010), a nível jurídico na criação de legislação que criminalize este tipo de comportamentos e a nível cultural, no sentido em que existe banalização do fenómeno na legitimação da violência.

Esta investigação procurou contrariar algumas destas limitações, no sentido em que permitiu que fossem abrangidas outras questões que interferem com a probabilidade de ocorrência de situações de violência contra a pessoa idosa. Com efeito, os fatores de risco permitem a avaliação do contexto em que este tipo de comportamento ocorre e uma análise às crenças e comportamentos que não devem ser passíveis de serem ignorados, numa sociedade que ainda vulgariza comportamentos desta índole e em que ainda se encontram enraizados alguns valores patriarcais. Por outro lado, o contexto de recolha de análise num organismo jurídico, permite apelar à importância de dar atenção a este fenómeno e de o criminalizar.

A ausência de informação sobre a vítima em alguns campos pode dificultar a avaliação do risco, uma vez que, com a carência de informação também se torna difícil investir na gestão do risco de violência, tendo em conta que as características relativas à mesma são essenciais para a sua proteção. Por outro lado, a elevada ausência de informação sobre os fatores de risco externos, contextuais e relacionais evidenciam a necessidade de informação sobre a relação que existe entre a vítima e o agressor para se proceder a intervenções mais eficazes.

O instrumento de avaliação AGED O instrumento de avaliação AGED, apesar de ainda estar a ser alvo de algumas modificações foi essencial para a análise destes dados. Destaca-se o seu potencial de ajustamento em função dos resultados das investigações que o têm utilizado como ponto de partida para uma recolha mais

estruturada de informação no domínio da avaliação de risco de violência doméstica contra pessoas idosas, com um particular enfoque nos fatores de risco que poderão conduzir aos fenómenos de violência doméstica e maus tratos.

Com efeito, importa salientar que a avaliação dos fatores de risco não foi realizada como base numa metodologia de avaliação de risco atuarial, tendo sido coagjuvada pela análise do investigador para a determinação do nível de risco. Neste sentido, a perceção de cada investigador face à informação recolhida é central. Atenta-se para a importância de que este instrumento, enquanto ferramenta de avaliação do risco deve incluir um julgamento profissional estruturado. Deve existir sensibilidade por parte dos investigadores não só no momento de tomar uma decisão, mas também de considerar todas as implicações na gestão do risco, principalmente quando existe uma investigação criminal a decorrer. É importante ressaltar que o objetivo do investigador deve ser no sentido de prevenir e não de prever o fenómeno, neste caso, da violência contra idosos (Dutton & Kropp, 2000).

Faz todo o sentido que existam cada vez mais investigações em Portugal, tendo em conta que é um dos países da União Europeia onde existe maior proporção de pessoas com 75 e mais anos existindo tendência para o aumento exponencial da população idosa (Fonseca, Gomes, Faria & Gil, 2012). Urge, neste sentido, a importância de apelar à consciencialização para esta problemática e para a adoção de medidas preventivas e de proteção na população envelhecida. E aqui surge o papel da criminologia. A importância da criminologia no estudo na problemática da violência contra idosos surge no sentido de procurar estratégias de implementação de programas, não só no sentido de proteger que estes eventos voltem a decorrer, mas atentando para as causas e para a prevenção, para que a atuação neste fenómeno possa ser mais célere e eficaz. Daí a necessidade de capacitar os profissionais para avaliação do risco, para a sensibilidade ao tratar uma questão tão particular e para o conhecimento de ferramentas que possam fornecer maior entendimento dos fatores de risco e de todas as variáveis que possam interferir com a probabilidade de ocorrerem estes atos.

Um dos principais desafios que poderemos encontrar no reconhecimento da violência contra a pessoa idosa, particularmente quando este fenómeno se cruza com a violência conjugal, na qual a mulher surge como a vítima mais frequente, é precisamente a identificação de fatores de risco que acautelem esta sobreposição de

vulnerabilidades: o facto de ser mulher e de ser pessoa idosa. A mulher continua a ser vista como a principal vítima destes acontecimentos, assim como a imagem de que o agressor é um homem continuam a perpetuar-se, apesar da existência de estudos mais recentes que começam a explorar a questão do género no seio da violência intrafamiliar. No entanto, apesar de a violência contra idosos também incluir violência conjugal, o seu afastamento da problemática relativa à violência doméstica deve emergir para se poder particularizar a atenção oferecida aos idosos, e não olhar somente para a mulher enquanto vítima. Dado o envelhecimento demográfico existente a nível nacional é necessário um olhar mais atento sobre as vítimas deste tipo de crimes, uma vez que cada mais se verifica que as vítimas não são só as mulheres, nem os agressores são apenas os homens. Dar visibilidade e enfoque às prevalências que são encontradas nos estudos, procurar criar programas de prevenção e intervenção - através do cruzamento da criminologia com outras áreas sociais, nomeadamente o serviço social, a geriatria e a psicologia -, podem alertar para a existência deste problema, principalmente nos organismos judiciais e estâncias formais que têm capacidade para intervir, sendo estas formas de apelar à consciencialização para o fenómeno.

Uma das limitações encontradas neste estudo poderá ser a dimensão da amostra, tornando limitada a generalização de dados. A ausência de informação nos relatórios sociais e/ou médicos da vítima também dificultou a cotação dos fatores de risco, e nem sempre foi perceptível e factual a existência de determinados fatores de risco apresentados nas ferramentas de análise. Neste sentido, este tipo de investigação poderia ser realizado com recruso à análise qualitativa, através de entrevistas à vítima e ao agressor, uma vez que seria uma forma de poder ter maior conhecimento sobre esta, e de recolher informação mais estruturada sobre as dimensões em análise. A análise multifontes permitiria reunir informação mais aprofundada acerca do fenómeno e fazer uma análise aprofundada de cada um dos fatores. Por outro lado, esta abordagem teria, seguramente um impacto muito positivo na diminuição das omissões identificadas. A utilização desta ferramenta de avaliação por parte dos profissionais que trabalham com este grupo particularmente vulnerável permitiria garantir que a informação necessária para uma avaliação e gestão de risco fosse mais completa e estruturada, permitindo tomadas de decisão mais formadas do ponto de vista da gestão do risco.

A violência contra as pessoas idosas reúne particularidades que não podem nem devem ser confundidas com outras problemáticas de vitimação. Esperamos que o conhecimento aqui reunido possa contribuir para este reconhecimento.

Referências

- Abrams, R. C., Lachs, M., McAvay, G., Keohane, D. J., & Bruce, M. L. (2002). Predictors of self-neglect in community-dwelling elders. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1724-1730;
- Acierno, R. (2003). Elder mistreatment: Epidemiological assessment methodology. In *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America* (pp.1-59). National Academies Press (US);
- Aekplakorn, W., & Kongsakon, R. (2007). Intimate partner violence among women in slum communities in Bangkok, Thailand. *Singapore medical journal*, 48(8), 763;
- Alves, C., & Serrão, C. (2018). Fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa: revisão sistemática. *Pan American Journal of Ageing Researche*, 6(2), 58-71;
- Amstadter, A. B., Cisler, J. M., McCauley, J. L., Hernandez, M. A., Muzzy, W., & Acierno, R. (2010). Do incident and perpetrator characteristics of elder mistreatment differ by gender of the victim? Results from the National Elder Mistreatment Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(1), 43-57;
- Anders, S. L., & Tucker, J. S. (2000). Adult attachment style, interpersonal communication competence, and social support. *Personal Relationships*, 7(4), 379-389;
- Andrade, C. F. T. D. (2015). *Os maus-tratos em idosos*. Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra;
- Andrade, B. F. S. (2017). *Pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar: Avaliação do risco*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Direito da Universidade do Porto, Porto;
- Almeida, I., Baúto, R. V., Saavedra, R., Quintas, J. & Alves, M. F. (2018). *Aged: Assessment guidelines for elder domestic violence*;
- Ananias, J., & Strydom, H. (2014). Factors contributing to elder abuse and neglect in the informal caregiving setting. *Social Work*, 50(2). 268-285;

Anetzberger, G. J. (2001). Elder abuse identification and referral: The importance of screening tools and referral protocols. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13(2), 3-22;

APAV (2010). *Manual Títono. Para o atendimento de pessoas idosas vítimas de crime e de violência*. Lisboa, APAV;

APAV (2017). Relatório anual da apav 2017: Os números da prevenção & apoio. Retirado de https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/1720-relatorio-anual-da-apav-2017-os-numeros-da-prevencao-apoio;

Beach, S. R., Carpenter, C. R., Rosen, T., Sharps, P., & Gelles, R. (2016). Screening and detection of elder abuse: Research opportunities and lessons learned from emergency geriatric care, intimate partner violence, and child abuse. *Journal of elder abuse & neglect*, 28(4-5), 185-216;

Bell, B., Oyebode, J., & Oliver, C. (2005). The physical abuse of older adults: The impact of the carer's gender, level of abuse indicators, and training on decision making. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 16(3), 19-44;

Bengston, V. L., & Allen, K. R. (2009). The life course perspective applied to families over time. In P. G. Boss, W. J. Doherty, R. LaRossa, W. R. Schumm, S. K. Steinmetz (Eds), *Sourcebook of family theories and methods* (pp. 469-504). Springer: Boston, MA;

Biggs, S., & Haapala, I. (2010). Theoretical development and elder mistreatment: spreading awareness and conceptual complexity in examining the management of socio-emotional boundaries. *Ageing International*, 35(3), 171-184;

Biggs, S., Manthorpe, J., Tinker, A., Doyle, M., & Erens, B. (2009). Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(1), 1-14.

Bomba, P. A. (2006). Use of a single page elder abuse assessment and management tool: A practical clinician's approach to identifying elder mistreatment. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3-4), 103-122;

Bonnie, R. J., & Wallace, R. B. (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Haworth Press;

- Bonnie, R. J., Wallace, R. B., & National Research Council. (2003). Concepts, definitions, and guidelines for measurement. In *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. National Academies Press (US);
- Borrvalho, O., Lima, M., & Ferreira-Alves, J. (2010). Maus-tratos e Negligência a Pessoas Idosas: Identificação e caracterização de casos num serviço de urgência de um hospital central. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (471-478). Braga: Universidade do Minho;
- Brandl, B., et al., (2006). *Elder abuse detection and intervention: A collaborative approach*. Springer Publishing Company;
- Burnett, J., Achenbaum, W. A., & Murphy, K. P. (2014). Prevention and early identification of elder abuse. *Clinics in geriatric medicine*, 30(4), 743-759;
- Camarano, A. A., & Ghaouri, S. K. E. (2003). Famílias com idosos: ninhos vazios?. *Texto para discussão*, 950 (2), 1-20;
- Choi, N. G., & Mayer, J. (2000). Elder abuse, neglect, and exploitation: Risk factors and prevention strategies. *Journal of gerontological social work*, 33(2), 5-25;
- Chokkanathan, S. (2015). Elder mistreatment and health status of rural older adults. *Journal of interpersonal violence*, 30(18), 3267-3282;
- Cohen, M. (2011). Screening tools for the identification of elder abuse. *JCOM*, 18(6), 261-270;
- Comijs, H. C., Jonker, C., van Tilburg, W., & Smit, J. H. (1999). Hostility and coping capacity as risk factors of elder mistreatment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(1), 48-52;
- Conrad K.J., Iris M., Ridings J.W., Langley K. and Wilber K. H. (2010b) Self-report measure of financial exploitation of older adults, *Gerontologist*, 50(6), 758-773;
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and ageing*, 37(2), 151-160;

Costa, I., Pimenta, Â., Brigas, D., Santos, L., & Almeida, S. (2009). Maus tratos nos idosos-Abordagem nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 537-42;

da Europa, C. (2007). Convenção do Conselho da Europa para a Protecção das Crianças contra a Exploração Sexual e os Abusos Sexuais. *Lanzarote: Série de Tratados do Conselho da Europa*;

da Europa, C. (2011). Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica. *Istambul: Série de Tratados do Conselho da Europa*, (210);

Vergueiro, M. E., & de Lima, M. P. (2010). O ageism e os maus-tratos contra a pessoa idosa. *Psychologica*, (52-II), 185-208;

de Ministros, P. D. C. (2013). V Plano Nacional de Prevenção e Combate Violência Doméstica e de Género 2014-17-Resolução do Conselho de Ministros,[Internet]. [citado em 27 Jul 2018]; 7017-7035;

Dalgard, O. S., Mykletun, A., Rognerud, M., Johansen, R., & Zahl, P. H. (2007). Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway. *BMC psychiatry*, 7(1), 20;

Daly, J. M., & Jogerst, G. (2003). Statute definitions of elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 13(4), 39-57;

Daniels, R. S., Baumhover, L. A., Formby, W. A., & Clark-Daniels, C. L. (1999). Police discretion and elder mistreatment: A nested model of observation, reporting, and satisfaction. *Journal of Criminal Justice*, 27(3), 209-225;

Desmarais, S. L., & Reeves, K. A. (2007). Gray, black, and blue: The state of research and intervention for intimate partner abuse among elders. *Behavioral Sciences & the Law*, 25(3), 377-391;

Despacho n.º 6378/2013 (2013). Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV). *Diário da República*, 2.ª série;

Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 25, 249-273;

- Dias, I. (2004). *Violencia na familia: uma abordagem sociológica*. Porto: Edições Afrontamento;
- Dias, M. I. C., Lopes, A., & Lemos, R. (2019). Violência contra pessoas idosas: um olhar sobre o fenómeno em Portugal. *Tendencias Sociales. Revista de Sociología*, (4), 42-56;
- Dimah, A., & Dimah, K. P. (2002). Gender differences among abused older African Americans and African American abusers in an elder abuse provider agency. *Journal of Black Studies*, 32(5), 557-573;
- Dong, X. (2013). Elder abuse: Research, practice, and health policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack award lecture. *The Gerontologist*, 54(2), 153-162;
- Dong, X. (2015). Elder abuse: systematic review and implications for practice. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1214-1238;
- Dong, X., & Simon, M. A. (2010). Gender variations in the levels of social support and risk of elder mistreatment in a Chinese community population. *Journal of Applied Gerontology*, 29(6), 720-739;
- Dong, X., et al. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *Jama*, 302(5), 517-526;
- Dong, X., Simon, M. A., Odwazny, R., & Gorbien, M. (2008). Depression and elder abuse and neglect among a community-dwelling Chinese elderly population. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20, 25-41;
- Dyer, C., & Rowe, J. (1999). Elder abuse. *Trauma*, 1(2), 163-169;
- Du Mont, J., Kosa, D., Macdonald, S., Elliot, S., & Yaffe, M. (2015). Determining possible professionals and respective roles and responsibilities for a model comprehensive elder abuse intervention: A Delphi consensus survey. *PloS one*, 10(12);
- Dutton, D. G., & Kropp, P. R. (2000). A review of domestic violence risk instruments. *Trauma, violence, & abuse*, 1(2), 171-181;
- Elsner, V. R., Pavan, F., & Guedes, J. M. (2007). Violência contra o idoso: ignorar ou atuar?. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(2);

- Fanslow, J., Hand, J., & Parsons, J. & Peri, K., (2009). Keeping older people safe by preventing elder abuse and neglect. University of Auckland. Nova Zelândia;
- Faria, M. P. R. (2018). *Os crimes praticados contra idosos*. Porto: Universidade Católica Portuguesa;
- Fernández-Alonso, M. C., & Herrero-Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Atención primaria*, 37(1), 56-59;
- Ferreira-Alves, J. (2005). Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. In R. Abrunhosa & C. Machado (Eds), *Psicologia Forense* (pp. 1-43). Coimbra: Quarteto;
- Ferreira-Alves, J. (2017). Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15;
- Fisher, B. S., & Regan, S. L. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46(2), 200-209;
- Florêncio, M. V. D. L., & Grossi, P. K. (2014). Instrumentos quantitativos validados para identificação/rastreamento de violência contra a pessoa idosa. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 19(3);
- Florêncio, M. V. D. L., Filha, M. D. O. F., & de Sá, L. D. (2007). A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. *Revista eletrónica de Enfermagem*, 9(3);
- 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;
- Fulmer, T., Strauss, S., Russell, S. L., Singh, G., Blankenship, J., Vemula, R., ... & Sutin, D. (2012). Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics. *Gerodontology*, 29(2), 96-105;

- Fulmer, T., Paveza, G., & Guadagno, L. (2002). Elder abuse and neglect: Policy issues for two very different problems. *Public Policy and Aging Report*, 12(2), 15-18;
- Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., López-Pousa, S., Juvinyà, D., Vilà, A., Vilalta-Franch, J., & Frailty and Dependence in Girona Study Group. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(5), 815-822;
- George, L. K. (2003). Life course research. In *Handbook of the life course* (pp. 671-680). Springer: Boston, MA;
- Gil, A. P. M., 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(3), 174-195;
- Gil, A. P., Santos, A. J., & Kislaya, I. (2014). Envelhecimento e Violência: Relatório científico;
- Giraldo-Rodríguez, L., Rosas-Carrasco, O., & Mino-León, D. (2015). Abuse in Mexican older adults with long-term disability: national prevalence and associated factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), 1594-1600;
- Gonçalves, C. A. (2006). Idosos: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22(6), 739-45;
- Gonçalves, R. A. & Machado, C. (2002). *Violência e vítimas de crime*. Coimbra: Quarteto.
- Gondolf, E. W. (1988). Who are those guys? Toward a behavioral typology of batterers. *Violence and victims*, 3(3), 187;
- Heydrich, L. V., Schiamberg, L. B., & Chee, G. (2012). Social-relational risk factors for predicting elder physical abuse: an ecological bi-focal model. *The International Journal of Aging and Human Development*, 75(1), 71-94;
- Hodge, P. D. (1999). National law enforcement programs to prevent, detect, investigate, and prosecute elder abuse and neglect in health care facilities. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 9(4), 23-41;

Homer, A. C., & Gillear, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *British Medical Journal*, 301(6765), 1359-1362;

Horsford, S., Parra-Cardona, J., Lori, A., & Post, L. (2010). Informing practice based on ecological and cultural frameworks. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 23(1);

Hudson, M. (1988). Analyses of the concepts of elder mistreatment: *Abuse and neglect*. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 1(1), 5-26;

Hwalek, M. A., Neale, A. V., Goodrich, C. S., & Quinn, K. (1996). The association of elder abuse and substance abuse in the Illinois Elder Abuse System. *The Gerontologist*, 36(5), 694-700;

Hwalek, M. A., & Sengstock, M. C. (1986). Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument. *Journal of Applied Gerontology*, 5(2), 153-173;

Ibañez, J. G. (2011). El maltrato familiar hacia las personas mayores: Algunas reflexiones para la delimitación de un territorio de fronteras difusas. *Oñati socio-legal series*, 1(8), 4-26;

Ibañez, J. G., & Carvalho, A. S. (2017). Os maus-tratos a idosos em contextos de cuidados familiares em Portugal: Proposta para uma abordagem ecológico-crítica. In Pereira, T. Oliveira, G. & Coltro A.C. (Eds), *Cuidado e afectividade. Projeto Brasil-Portugal 2016-2017* (pp.1-43). São Paulo: Atlas;

Imbody, B., & Vandsburger, E. (2011). Elder abuse and neglect: Assessment tools, interventions, and recommendations for effective service provision. *Educational Gerontology*, 37(7), 634-650;

Instituto de Segurança Social (2017). *Guia Prático - Apoios Sociais – Pessoas Idosas*.

Retirado de

http://www.segsocial.pt/documents/10152/33603/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb;

Johannesen, M., & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and ageing*, 42(3), 292-298;

- Jones, J. S., 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;
- Kleinschmidt, K. C. (1997). Elder abuse: a review. *Annals of emergency medicine*, 30(4), 463-472;
- Kohn, N. A. (2012). Elder (in) justice: A critique of the criminalization of elder abuse. *Am. Crim. L. Rev.*, 49, 1;
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 364, 1263–1272;
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 332(7), 437-443;
- Lachs, M. S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L., & Horwitz, R. (1997). Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *The Gerontologist*, 37(4), 469-474;
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Jama*, 280(5), 428-432;
- Leite, M. T., Hildebrandt, L. M., & dos Santos, A. M. (2008). Maus-tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11(2), 209-221;
- Lindenberg, J., Wentendorp, R., Kurrle, S., & Biggs, S. (2013). Elder abuse an international perspective: Exploring the context of elder abuse. *International Psychogeriatrics*, 25(8), 1213-1215;
- Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T., & Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(3), 253-277;
- Luoma, M. L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., Donder, L., Verté, D, ... & Penhale, B. (2011). *Prevalence study of abuse and violence against older women: results of a multi-cultural survey conducted in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal* (pp. 1-78). National Institute for Health and Welfare;

- Marmolejo, I. (2008). *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia - Centro Reina Sofía;
- Mascarenhas, M. D. M., Andrade, S. S. C. D. A., Neves, A. C. M. D., Pedrosa, A. A. G., Silva, M. M. A. D., & Malta, D. D. C. (2012). Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde-Brasil, 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 2331-2341;
- Mascoli, L. M. C. F. (2015). *O homicídio intrafamiliar: Contributos para a avaliação de risco*. Tese de Doutorado. Universidade Fernando Pessoa.
- Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise social*, (171), 339-363.
- McDonald, L. (2011). Elder abuse and neglect in Canada: The glass is still half full. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 30(3), 437-465;
- McDonald, L., & Thomas, C. (2013). Elder abuse through a life course lens. *International psychogeriatrics*, 25(8), 1235-1243;
- Melchiorre, M. G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., ... & Soares, J. F. (2013). Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PloS one*, 8(1), e54856;
- Mercurio, A. & Nyborn, J. (2006). Cultural definition of elder maltreatment in Portugal. *Jornal of Elder Abuse and Neglect*, 18(2), 51-63;
- Minayo, M. C. D. S. (2003). Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 783-791;
- Momtaz, Y. A., Hamid, T. A., & Ibrahim, R. (2013). Theories and measures of elder abuse. *Psychogeriatrics*, 13(3), 182-188;
- Morais, T. (2019). *Violência doméstica: O reconhecimento jurídico da vítima*. Coimbra: Edições Almedina;
- Moskowitz, S. (1998a). Private enforcement of criminal mandatory reporting laws. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 9(3), 1-22;

- Moskowitz, S. (1998b). Saving Granny from the Wolf: Elder Abuse and Neglect--The Legal Framework. *Conn. L. Rev.*, 31, 1-129;
- Mouton, C. P., Larme, A. C., Alford, C. L., Talamantes, M. A., McCorkle, R. J., & Burge, S. K. (2006). Multiethnic perspectives on elder mistreatment. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(2), 21-44;
- Mowlam A., Tennat, R., Dixon, J., & McCreadie, C. (2007). *UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Qualitative findings*. London: National Centre for Social Research;
- Nadien, M. B. (2006). Factors that influence abusive interactions between aging women and their caregivers. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087(1), 158-169;
- Natan, M. B., Lowenstein, A., & Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *International nursing review*, 57(1), 113-120;
- Naughton, C., Drennan, J., Treacy, M. P., Lafferty, A., Lyons, I., Phelan, A., ... & Delaney, L. (2010). Abuse and neglect of older people in Ireland. *Report on The National Study of Elder Abuse and Neglect. Report Summary. Ireland: National Centre for the Protection of Older People*;
- Neale, A. V., Hwalek, M. A., Goodrich, C. S., & Quinn, K. M. (1996). The Illinois elder abuse system: Program description and administrative findings. *The Gerontologist*, 36(4), 502-511;
- Novo, R., Prada, A. R. R., Fernandes, T., & Cerqueira, V. (2016). *Violência contra a pessoa idosa no contexto familiar. Guia de apoio aos profissionais na identificação e sinalização*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação;
- Ogg, J., & Bennett, G. (1992). Elder abuse in Britain. *BMJ: British Medical Journal*, 305(6860), 998;
- Oliveira, J. B. D., Lima, M. C. P., Simão, M. O., Cavariani, M. B., Tucci, A. M., & Kerr-Corrêa, F. (2009). Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e fatores associados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, 494-501;

- Paixão Jr, C. M., & Reichenheim, M. E. (2006). Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 1137-1149;
- Patterson, M., & Malley-Morrison, K. (2006). A cognitive-ecological approach to elder abuse in five cultures: human rights and education. *Educational Gerontology*, 32(1), 73-82;
- Payne, B. K. (2011). *Crime and elder abuse: An integrated perspective*. Charles C Thomas Publisher;
- Payne, B. K., Berg, B. L., & Toussaint, J. (2001). The police response to the criminalization of elder abuse: An exploratory study. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 24(4), 605-626;
- Payne, B. K., & Berg, B. L. (2003). Perceptions about the criminalization of elder abuse among police chiefs and ombudsmen. *Crime & delinquency*, 49(3), 439-459;
- Penhale, B. (2003). Older women, domestic violence, and elder abuse: A review of commonalities, differences, and shared approaches. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15(3-4), 163-183;
- Penhale, B. (1993). The abuse of elderly people: Considerations for practice. *The British Journal of Social Work*, 23(2), 95-112;
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing screening for elder abuse at primary health care level by Silvia Perel-Levin*. London: World Health Organisation;
- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., & Penhale, B. (2009). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of gerontology and geriatrics*, 49(1), 17-21;
- Perez-Rojo, G., Nuevo, R., Sancho, M., & Penhale, B. (2015). Validity and reliability of the Spanish version of Caregiver Abuse Screen (CASE). *Research on aging*, 37(1), 63-81;
- Pitrou, A. (1997). Vieillesse et famille: qui soutient l'autre?. *Lien social et politiques*, (38), 145-158.

- Peri, K., Fanslow, J., Hand, J. & Parson, J. 2009. Keeping older people safe by preventing elder abuse and neglect. *Social Policy Journal of New Zealand*, 35:159-172.
- Phelan, A., & Treacy, M. P. (2011). *A review of elder abuse screening tools for use in the Irish context*. Dublin: National Centre for the Protection of Older People (NCPOP);
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(S2), S194-S205;
- Pillemer, K., & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The gerontologist*, 28(1), 51-57;
- Podnieks, E., Penhale, B., Goergen, T., Biggs, S., & Han, D. (2010). Elder mistreatment: an international narrative. *Journal of elder abuse & neglect*, 22(1-2), 131-163;
- Podnieks, E. (1993). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 4(1-2), 5-58;
- Post, L., Page, C., Conner, T., Prokhorov, A., Fang, Y., & Biroscak, B. J. (2010). Elder abuse in long-term care: Types, patterns, and risk factors. *Research on Aging*, 32(3), 323-348;
- Racic, M., Kusmuk, S., Kozomara, L., Debelnagic, B., & Tepic, R. (2006). The prevalence of mistreatment among the elderly with mental disorders in primary health care settings. *The Journal of Adult Protection*, 8(4), 20-24;
- Ramos, F. D. S. (2012). Os agressores de pessoas idosas. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto;
- Reay, A. C., & Browne, K. D. (2001). Risk factor characteristics in caregivers who physically abuse or neglect their elderly dependents. *Aging & Mental Health*, 5(1);
- Reis M. (2000). The IOA screen: An abuse-alert measure that dispels myths, *Generations*, 24(2), 13-16;
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480;

- Rosas, I. C. G. (2015). *Idoso, Vulnerabilidade, Risco e Violência: Que medidas de proteção?*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Superior de Serviço Social do Porto;
- 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*, (72), 53-77;
- Santos, A. C. P., da Silva, C. A., Carvalho, L. S., & de Menezes, M. D. R. (2007). A construção da violência contra idosos. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 10(1), 115-127;
- Santos, A. C., Silva, C. A., Carvalho, L. S., Menezes, M. R. (2007). A construção da violência contra idosos. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 10(1), 115-127;
- Silva, C. F. S., & Dias, C. M. D. S. B. (2016). Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicologia Ciência e Profissão*, 36(3), 637-652;
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 27(3), 387-404;
- Schiemberg, L. B., & Gans, D. (1999). An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(1);
- Schiemberg, L. B., & Gans, D. (2000). Elder abuse by adult children: An applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 50(4), 329-359.
- Schofield, M. J., & Mishra, G. D. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*, 43(1), 110-120;
- Selwood, A., Cooper, C., Owens, C., Blanchard, M., & Livingston, G. (2009). What would help me stop abusing? The family carer's perspective. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 309-313;

- Silva, E. A. O., & Lacerda, A. M. G. M. (2007). A violência os maus-tratos contra a pessoa idosa. *Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas*, 17(2), 239-255;
- Souza, E. R. D., Ribeiro, A. P., Atie, S., Souza, A. C. D., & Marques, C. D. C. (2008). Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 1153-1163;
- Speaks, G. E. (1997). Documenting inadequate care in the nursing home: The story of an undercover agent. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 8(3), 37-45;
- Steinmetz, S. K. (1978). Battered parents. *Society*, 15(5), 54-55;
- Strasser, S. M., Kerr, J., King, P. S., Payne, B., Beddington, S., Pendrick, D., ... & McCarty, F. (2011). A survey of Georgia adult protective service staff: implications for older adult injury prevention and policy. *Western journal of emergency medicine*, 12(3), 357;
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Psychology*, 10(4), 504-511.
- The elder justice roadmap (2014). Roadmap A Stakeholder Initiative to Respond to an Emerging Health, Justice, Financial and Social Crisisily issues. *17(3)*, 283-316;
- VandeWeerd, C., Paveza, G. J., Walsh, M., & Corvin, J. (2013). Physical mistreatment in persons with Alzheimer's disease. *Journal of Aging Research*;
- Von Heydrich, L., Schiamberg, L., & Chee, G. (2012). Social-relational risk factors for predicting elder physical abuse: An ecological bi-focal model. *Journal of Aging and Human Development*, 75(1). 71-94;
- Wang J.J., Tseng H.F. and Chen K.M. (2007) Development and testing of screening indicators for psychological abuse of older people, *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(1), 40-47;
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health: Abuse of the elderly*;

- Wu, L., Chen, H., Hu, Y., Xiang, H., Yu, X., Zhang, T., ... & Wang, Y. (2012). Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. *PloS one*, 7(3), e33857;
- Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(3), 276-300;
- Yawn, B., Yawn, R., & Uden, D. (1992). American Medical Association diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. *Archives of Family Medicine*, 39
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147-e156.

Anexo A - Assessment guidelines for elder domestic violence (AGED)

AGED		ASSESSMENT GUIDELINES FOR ELDER DOMESTIC VIOLENCE		VERSÃO DE INVESTIGAÇÃO – V4 (recolha retrospectiva de processos-crime)			
Nº DE PROCESSO		PREENCHIDO POR		<input type="checkbox"/> INSTITUCIONALIZADO (PREENCHER APÊNDICE AGED-I) <input type="checkbox"/> NÃO INSTITUCIONALIZADO			
DADOS INTERVENIENTES (DI)				INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO			
VÍTIMA		DENUNCIADO(A) / AGRESSOR(A)		X	Sem Informação		
NOME:		NOME:		A	Ausente		
		RELAÇÃO COM A VÍTIMA (ESPECIFICAR):		PP	Possível ou Parcialmente Presente		
IDADE: _____ ANOS	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	IDADE: _____ ANOS	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	P	Presente		
HABILITAÇÕES:		HABILITAÇÕES:		N/A	Não se Aplica		
PROFISSÃO:		PROFISSÃO:		C	Item Crítico		
ESTADO CIVIL: CASADO(A)/UNIÃO DE FACTO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL: CASADO(A)/UNIÃO DE FACTO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/>		C	Item Chave		
FONTES DE INFORMAÇÃO (FI)							
<input type="checkbox"/> VÍTIMA		<input type="checkbox"/> DENUNCIADO(A) / AGRESSOR(A)		<input type="checkbox"/> PROCESSO-CRIME <input type="checkbox"/> OUTRO(S) _____			
CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA (CV)							
TIPO (NATUREZA)	FÍSICA <input type="checkbox"/>	PSICOLÓGICA <input type="checkbox"/>	FINANCEIRA <input type="checkbox"/>	SOCIAL <input type="checkbox"/>	SEXUAL <input type="checkbox"/>	NEGLIGÊNCIA <input type="checkbox"/>	OUTRO (S) <input type="checkbox"/>
ESPECIFICAR							
AUMENTO		ÚLTIMOS 2 MESES		ÚLTIMOS 12 MESES		DURAÇÃO	
FREQUÊNCIA		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		____ MESES/ANOS (RISCAR O QUE NÃO INTERESSA)	
INTENSIDADE		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
V	VÍTIMA - FATORES DE RISCO					COTAÇÃO	ITEM CRÍTICO
V1	SEXO Cotar A – Ser homem Cotar P – Ser mulher						

V2	IDADE Cotar A – Ter idade igual ou inferior a 74 anos Cotar P – Ter idade superior a 74 anos		
V3	PROBLEMAS EMOCIONAIS E/OU PSICOLÓGICOS Cotar PP- Presentes, mas não influenciam o quotidiano da vítima Cotar P – Presentes e influenciam o quotidiano da vítima		
V4	DEMÊNCIA Cotar PP- Presente, mas não influencia o quotidiano da vítima Cotar P – Presente e influencia o quotidiano da vítima		
V5	ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (ESPECIFICAR _____) Cotar PP – Abuso menos grave de substâncias Cotar P – Abuso grave ou dependência de substâncias (incl. medicação, álcool, drogas...)		
V6	PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO Cotar PP – Comportamento agressivo e/ou provocador da vítima sem impacto na situação de vitimação Cotar P – Comportamento agressivo e/ou provocador da vítima com impacto na situação de vitimação		
V7	CULPABILIZAÇÃO DE TERCEIROS Cotar PP – Culpabilização de terceiros face à condição de vida atual Cotar P – Culpabilização de terceiros, incluindo o/s cuidador/es face à condição de vida atual		
V8	LEGITIMAÇÃO E/OU BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA Cotar PP – Possíveis atitudes e/ou crenças que suportam e/ou atenuam o impacto da violência Cotar P – Existência de atitudes e/ou crenças que suportam e/ou atenuam o impacto da violência		
V9	PROBLEMAS/LIMITAÇÕES FÍSICAS (ESPECIFICAR _____) Cotar PP – Algumas limitações físicas que não condicionam a autonomia Cotar P – Limitações físicas que condicionam a autonomia		
V10	RECUSA DE SERVIÇOS NECESSÁRIOS Cotar PP – A vítima recusa alguns dos serviços de apoio que lhe são necessários (ex.: apoio domiciliário) Cotar P – A vítima recusa a grande parte dos serviços de apoio que lhe são necessários (incl. apoio médico e/ou cuidados de enfermagem)		

V11	ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE Cotar PP – A vítima tem acesso limitado a cuidados de saúde Cotar P – A vítima não tem acesso a cuidados de saúde		
V12	VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO PASSADO Cotar PP – Possível historial de vitimação no passado (incl. violência nas relações de intimidade) Cotar P – Historial de vitimação no passado		
A	AGRESSOR/A – FATORES DE RISCO	COTAÇÃO	ITEM CRÍTICO
A1	HISTÓRICO CRIMINAL (ESPECIFICAR _____) Cotar PP – Suspeita de prática de um ou mais crimes Cotar P – Condenação ou suspensão provisória do processo de pelo menos um crime		
A2	HISTÓRICO DE AGRESSÃO A TERCEIROS Cotar PP – Existência de apenas um episódio de violência contra terceiros Cotar P – Existência de mais do que um episódio de violência contra terceiros		
A3	PROBLEMAS EMOCIONAIS E/OU PSICOLÓGICOS Cotar PP – Presentes mas não influenciam o quotidiano do/a agressor/a Cotar P – Presentes e influenciam o quotidiano do/a agressor/a		
A4	ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (ESPECIFICAR _____) Cotar PP – Abuso menos grave de substâncias Cotar P – Abuso grave ou dependência de substâncias (incl. medicação, álcool, drogas)		
A5	AGRESSIVIDADE (ESPECIFICAR _____) Cotar PP – Possíveis comportamentos agressivos dirigidos à vítima Cotar P – Existência de comportamentos agressivos dirigidos à vítima		
A6	PROBLEMAS/LIMITAÇÕES FÍSICAS (ESPECIFICAR _____) Cotar PP – Problemas físicos que comprometam em parte o papel de cuidador (se aplicável) Cotar P – Problemas físicos que comprometam significativamente o papel de cuidador (se aplicável)		

A7	EXPECTATIVAS IRREALISTAS (ESPECIFICAR _____) Cotar PP - Expectativas irrealistas sobre as capacidades da vítima, ocasionalmente presentes Cotar P - Expectativas irrealistas sobre as capacidades da vítima		
A8	CULPABILIZAÇÃO DE TERCEIROS Cotar PP - Possibilidade de culpabilização de terceiros face à condição de vida atual Cotar P - Culpabilização de terceiros face à condição de vida atual		
A9	PROBLEMAS FINANCEIROS Cotar PP - Problemas financeiros que comprometam em parte o quotidiano Cotar P - Problemas financeiros que comprometam significativamente o quotidiano		
A10	VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO PASSADO Cotar PP - Possibilidade de ter sido vítima de violência doméstica no passado Cotar P - Ter sido vítima de violência doméstica no passado		
A11	PERPETRADOR DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO PASSADO Cotar PP - Possibilidade de ter sido agressor/a de violência doméstica no passado Cotar P - Ter sido agressor/a de violência doméstica no passado		
A12	DÉFICE NAS COMPETÊNCIAS DE COPING Cotar PP - Fracas competências de coping Cotar P - Ausência de competências de coping		
A13	LEGITIMAÇÃO E/OU BANALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA Cotar PP - Possíveis atitudes e/ou crenças que suportam e/ou atenuam o impacto da violência Cotar P - Existência de atitudes e/ou crenças que suportam e/ou atenuam o impacto da violência		
A14	AMEAÇAS DE MORTE CREDÍVEIS E/OU UTILIZAÇÃO DE ARMAS Cotar PP - Ameaças sérias de ofensas corporais e/ou ameaça de utilização de armas e/ou objetos Cotar P - Ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas e/ou objetos		
R	FATORES EXTERNOS, CONTEXTUAIS E RELACIONAIS	COTAÇÃO	ITEM CRÍTICO
R1	INCAPACIDADE NO DESEMPENHO DE TAREFAS DE CUIDADOR (se aplicável) Cotar PP- Capacidade limitada para desempenhar tarefas como cuidador Cotar P - Sem capacidade e/ou relutância para desempenhar tarefas como cuidador		

Autoria: Gabinete de Psicologia Forense do Laboratório de Ciências Forenses e Psicológicas Egas Moniz, Gabinete de Informação e Atendimento à Vítima – Espaço Cidadania e Justiça/Departamento de Investigação e Ação Penal de Lisboa, Associação Portuguesa de Apoio à Vítima e Escola de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto, 2016, 2017)

R2	<p>INEXPERIÊNCIA COMO CUIDADOR (se aplicável) Cotar PP – Inexperiência como cuidador, com investimento na realização das tarefas Cotar P – Inexperiência como cuidador, sem esforço para realização das tarefas</p>		
R3	<p>DEPENDÊNCIA DA VÍTIMA (ESPECIFICAR _____) Aqui inclui-se a dependência*- física e/ou intelectual, emocional e financeira: Cotar PP – Dependência em apenas uma área* Cotar P – Dependência em mais do que uma área*</p>		
R4	<p>DEPENDÊNCIA DO/A AGRESSOR/A (ESPECIFICAR _____) Aqui inclui-se dependência*- financeira e/ou habitacional: Cotar PP – Agressor/a dependente da vítima, em apenas uma área* Cotar P – Agressor/a dependente da vítima, em mais do que uma área*</p>		
R5	<p>VIOLÊNCIA INTERGERACIONAL (ESPECIFICAR _____) Cotar PP – Possibilidade de violência intergeracional Cotar P – Presença de violência intergeracional</p>		
R6	<p>HISTORIAL DE CONFLITOS ENTRE A VÍTIMA E O/A AGRESSOR/A Cotar PP – Presença de um episódio de violência no passado Cotar P – Presença de mais do que um episódio de violência no passado</p>		
R7	<p>COABITAÇÃO Cotar PP – O/A agressor/a passa grande parte do tempo na residência da vítima Cotar P – O/A agressor/a coabita com a vítima</p>		
R8	<p>ISOLAMENTO SOCIAL/SUORTE (ESPECIFICAR _____) Cotar PP – Vítima e/ou agressor/a têm fraco suporte social Cotar P – Vítima e/ou agressor/a não têm suporte social</p>		
R9	<p>CONDIÇÕES HABITACIONAIS DESADEQUADAS E PRECÁRIAS Cotar PP – Condições de habitação relativamente adequadas Cotar P – Condições de habitação desadequadas e precárias</p>		

Autoria: Gabinete de Psicologia Forense do Laboratório de Ciências Forenses e Psicológicas Egas Moniz, Gabinete de Informação e Atendimento à Vítima – Espaço Cidadania e Justiça/Departamento de Investigação e Ação Penal de Lisboa, Associação Portuguesa de Apoio à Vítima e Escola de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto, 2016, 2017)

R10	AUSÊNCIA DE LIGAÇÃO AFETIVA/DISTANCIAMENTO Cotar PP – Fraca ligação afetiva/distanciamento Cotar P – Ausência de ligação afetiva/distanciamento		
P	FATORES DE PROTEÇÃO DA VÍTIMA/CONTEXTO	COTAÇÃO	ITEM CHAVE
P1	CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE Cotar PP – A vítima possui características de personalidade capazes de reduzir em parte o impacto da vitimação Cotar P – A vítima possui características de personalidade capazes de reduzir significativamente o impacto da vitimação		
P2	ESTADO DE SAÚDE Cotar PP – O estado de saúde da vítima influencia em parte o seu quotidiano, mas é pró-ativa para o melhoramento e/ou não agravamento da sua situação Cotar P - O estado de saúde da vítima não influencia o seu quotidiano, e é pró-ativa para a manutenção da sua condição		
P3	COMPETÊNCIAS DE COPING (ESPECIFICAR _____) Cotar PP – A vítima apresenta competências de coping capazes de influenciar em parte o impacto da vitimação Cotar P - A vítima apresenta competências de coping capazes de influenciar significativamente o impacto da vitimação		
P4	SUPORTE SOCIAL E COMUNITÁRIO Cotar PP – A vítima apresenta suporte social <u>ou</u> comunitário Cotar P – A vítima apresenta suporte social <u>e</u> comunitário		
I	FATORES DE RISCO NO ESPAÇO INSTITUCIONAL (AGED-I)	COTAÇÃO	ITEM CRÍTICO
I1	FRACAS COMPETÊNCIAS DOS TÉCNICOS/AUXILIARES Cotar PP – Fracas competências dos técnicos/auxiliares que comprometem o papel de cuidador Cotar P – Fracas competências dos técnicos/auxiliares que comprometem significativamente o papel de cuidador		
I2	EXCESSO DE TRABALHO Cotar PP – Excesso de trabalho que compromete o papel de cuidador Cotar P – Excesso de trabalho que compromete significativamente o papel de cuidador		

13	AMBIENTE FÍSICO DEFICITÁRIO Cotar PP- Ambiente físico deficitário que não influencia o quotidiano da vítima Cotar P – Ambiente físico deficitário que influencia significativamente o quotidiano da vítima		
OUTROS FATORES ADICIONAIS:		COTAÇÃO	ITEM CRÍTICO
NÍVEL DE RISCO			
BAIXO <input type="checkbox"/>	MODERADO <input type="checkbox"/>	ELEVADO <input type="checkbox"/>	
RECOMENDAÇÕES E GESTÃO DO RISCO			

Página /

Autoria: Gabinete de Psicologia Forense do Laboratório de Ciências Forenses e Psicológicas Egas Moniz, Gabinete de Informação e Atendimento à Vítima – Espaço Cidadania e Justiça/Departamento de Investigação e Ação Penal de Lisboa, Associação Portuguesa de Apoio à Vítima e Escola de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto, 2016, 2017)

OUTRAS NOTAS RELEVANTES NA RECOLHA DE INFORMAÇÃO PROCESSUAL:

Anexo B – Grelha documental

	Entidade	DIAP Porto	MP Braga
	Nº Processo		

Características demográficas									
	Vítima			Denunciado			Denunciante		
Nº de vítimas									
Género	M	F		M	F		M	F	
Data de nascimento									
Habilitações literárias									
Situação Profissional									
Profissão									
Rendimentos									
Nacionalidade									
Naturalidade									
Residência									
Etnia									
Perturbações Mentais									
Dependências	Álcool	Droga	Outra	Álcool	Droga	Outra	Álcool	Droga	Outra
Dependência económica	Sim		Não	Sim		Não			
Relação de intimidade	Casado		Divorciado		Namorado				
	Unido Facto		Separado		Ex-namorado				
Duração da relação									
Relação familiar (agressor)	Progenitor	Filho	Avô	Neto	Outro				
Coabitação	Sim			Não					
Existência de menores	Comuns	Da Vítima		Do Denunciado		Outras			
Relação com as partes									
Antecedentes criminais (RC: MP, Polícia)	Sim	Não		Sim	Não				

Acusação/SPP					
Tipo de ofensa	Física	Sexual	Ameaça/ intimidação	Verbal	Dignidade e liberdade
Descrição da ofensa física	Puxar cabelos com força			Empurrões violentos	
	Bofetadas			Murros	
	Pontapés			Cabeçadas	
	Estrangulamento			Dar sovas	
	Agredir com objetos			Outros:	
Descrição da ofensa sexual	Beijos ou carícias contra a vontade			Atos sexuais contra vontade	
	Relações sexuais forçadas			Relações sexuais forçadas fisicamente	
Descrição da ofensa verbal	Gritos/berros			Insultar/chamar nomes	
	Difamar/caluniar			Ser rude/grosseiro	
Descrição da ameaça ou intimidação	Gritar para causar medo			Chantagear	
	Ameaçar bater			Ameaçar com armas	
	Partir coisas para causar medo			Perseguir para causar medo	
	Ameaçar retirar acesso aos filhos			Ameaça de morte	
Descrição da ofensa à dignidade e à liberdade	Dizer que é feia ou pouco atraente			Dizer que é incapaz	
	Impedir contacto com outras pessoas			Tratar como se fosse sua criada	
	Exigir que fique em casa			Controlar todo o dinheiro da casa	
Ferimentos	Olhos negros			Nódoas negras	
	Escoriações			Arranhões	
	Dentadas			Hemorragias	
	Fraturas			Outros:	
Medidas aplicadas no âmbito da SPP	Proibição de contacto com a vítima			Afastamento de residência	
	Proteção da vítima por teleassistência			Meios técnicos de controlo à distância	
	Proibição de uso e porte de armas			Programa para agressores de violência doméstica	
	Programa de tratamento de álcool ou drogas			Pagamento de indemnização à vítima	
	Instauração de processo para inibição do exercício do poder paternal				
Duração da SPP					
Estado da SPP	A decorrer		Arquivado		Prosseguimento por novos factos
Arquivamento					
Motivos	Falta de provas			Impossibilidade de identificar o autor do crime	
	Desistência de queixa			Extinção do procedimento criminal	

