

23. Dos maus tratos ao bom cuidado ¹

*João F. Fundinho
José Ferreira-Alves
Escola de Psicologia
Universidade do Minho*

Uma das importantes e o entendimento da suas práticas, foi a 1996 pela Mundial de Saúde pública (49th World 1996). Isto significa

Citar da seguinte forma:

Fundinho, J. & Ferreira-Alves, J. (2017). Dos maus tratos ao bom cuidado. In J. Augusto Felício (Ed). *Gestão de Organizações e Empreendedorismo na Economia Social* (pp.341-354). Lisboa: CAJIL

N.B. Há diferenças de pormenor e de formato entre esta versão e a versão final do livro.

decisões mais transformadoras para saúde humana e das decisão tomada em Organização em considerar a principal de saúde Health Assembly, que a violência pode

ter efeitos epidémicos na saúde das populações. Os atos de violência, todos os dias anunciados, tanto em cenários familiares, como em cenários comunitários, como em situações de guerra, têm efeitos demolidores junto de milhares de outras pessoas e instituições, múltiplas vezes além daquelas que diretamente e imediatamente são atingidas (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002). Este ponto de partida é importante para entendermos melhor a natureza danosa e “multiplicadora” da violência e a necessidade da sua compreensão e prevenção.

No trabalho de Krug e colaboradores (2002) atrás mencionado, a violência contra as pessoas idosas é relevada com um capítulo dedicado ao abuso da pessoa idosa, onde são explorados temas como a definição de maus-tratos, sua prevalência, fatores de risco e suas consequências. E se a violência tem impacto em todas as idades, é na população idosa que a sua relação com a saúde poderá ter um impacto mais extenso e mais deletério por razões biopsicossociais conhecidas (Graham, Christian & Kiecolt-Glaser, 2006).

¹ Os autores agradecem a disponibilidade do Dr. Diogo José Santos da Costa Ferreira para esclarecer dúvidas relativamente a aspetos específicos da legislação que envolve a violência doméstica.

Este trabalho foi desenvolvido no Centro de Investigação em Psicologia (PSI/01662), Universidade do Minho, e foi financeiramente suportado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, através de fundos nacionais, e co-financiado pelo FEDER, através do COMPETE2020, no âmbito do acordo Portugal 2020 (POCI-01-0145-FEDER-007653). O primeiro autor foi financiado por uma bolsa da Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia - FCT - (PD/BD/105965/2014).

Portugal apresenta indicadores tão ou mais preocupantes que outros países, nomeadamente europeus. A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima divulgou dados referentes aos anos de 2013-2014, nos quais registou 4.105 pedidos de apoio por parte de adultos com mais de 65 anos. Este número equivale a uma média de 5,6 pedidos de apoio por dia. Destes, 80% foram classificados como violência doméstica, a classificação judicial que se atribui no nosso país aos maus-tratos contra pessoas idosas que ocorrem no seio familiar (APAV, 2013). Ao nível da investigação, vários estudos situam Portugal com taxas de prevalência idênticas ou superiores a outros países. Por exemplo, no estudo AVOW, Portugal surgiu à frente de outros quatro países europeus, com uma taxa de prevalência de 39,4% (Ferreira-Alves & Santos, 2011). Ao contabilizar o abuso severo, Portugal tinha nesse estudo uma prevalência de cerca de 10% enquanto a média dos 5 países considerados era de 5,8%. O mesmo padrão foi constatado no estudo ABUEL que envolveu outros seis países (Soares et al., 2010).

Devido ao facto de a violência ser, pois, considerada um assunto de saúde pública, de a prevalência de abuso e negligência ser das maiores da Europa e de os efeitos serem mais significativos quando se considera a pessoa idosa, impõe-se divulgar e tornar mais compreensivo o assunto do abuso, especialmente junto daqueles que diariamente convivem e cuidam de pessoas idosas.

Neste artigo iremos, pois, explorar formas e definições de maus-tratos, bem como fazer uma breve exploração dos estudos de prevalência que foram desenvolvidos ou incluíram Portugal. Ademais, será feita uma breve caracterização das vítimas e dos perpetradores. Numa segunda parte deste artigo será explorado um outro conceito importante para a prevenção dos maus-tratos que é o bom trato ou bom cuidado. Serão exploradas as tarefas e competências que os prestadores de cuidados informais devem desenvolver para poder prestar cuidados adequados aos adultos idosos, bem como as consequências negativas e positivas que estão subjacentes à relação de prestação de cuidados.

23.1. Definições e tipos de maus-tratos

Mas afinal o que são os maus-tratos sobre as pessoas idosas? Muitas respostas diferentes podem ser dadas a esta questão, o que é de facto um problema conceptual na área dos maus-tratos à pessoa idosa (Kleinschmidt, 1997). Esta falta de acordo conceptual tem sido apontada na investigação como uma limitação para o desenvolvimento da investigação (Daly & Jogerst, 2003). Um conjunto de fatores pode contribuir para este problema. Os maus-tratos à pessoa idosa são uma temática abordada por diversas áreas de estudo diferentes, desde o serviço social, psicologia, enfermagem, medicina, direito e economia, investigação criminal (Lachs & Pillemer, 2004; Teaster, Nerenberg & Stansbury, 2003). Como tal, não é de todo surpreendente que cada área detenha interesses em aspetos particulares dos maus-tratos e, conseqüentemente, considere determinados aspetos mais relevantes na definição da problemática. Ademais, as manifestações de maus-tratos não são universais, não se pode dizer que exista uma síndrome que permita identificar com precisão os maus-tratos. Na verdade, os maus-tratos podem manifestar-se

de várias formas, nem todas particularmente evidentes (Lachs & Pillemer, 2004). De facto, a investigação tem indicado que a maioria das situações que constituem maus-tratos são subtis, ocorrendo com frequência em contextos de pouca exposição social, que promovem o secretismo (American Psychological Association, 2012). Todos estes fatores contribuem para que apresentar uma definição de maus-tratos seja sempre um desafio. Mas, na medida em que várias disciplinas podem concorrer para definir o fenómeno, poderemos dizer que os maus tratos são um fenómeno que tem toda a vantagem em ser visto de forma multidisciplinar e, no caso de pessoas idosas, ser um assunto da própria gerontologia.

Ao longo do tempo, diferentes tentativas foram sendo feitas para definir os maus-tratos à pessoa idosa. A primeira menção a maus-tratos à pessoa idosa surge em 1975, no jornal *“Modern Geriatrics”*, sob a designação *granny-battering*, utilizada sobretudo para designar violência física sobre as pessoas idosas (Baker, 1975). Ainda em 1975, em carta publicada no *“British Medical Journal”*, Burston adverte que, da sua experiência profissional, o cuidado desadequado por parte dos cuidadores informais, a quem é deixada a tarefa de cuidar, frequentemente sem qualquer preparação prévia, pode estar na origem destes casos de violência (Burston, 1975). Mais tarde, e após ter sido explorado em vários estudos de prevalência, a problemática ganha outro tipo de projeção ao ganhar o interesse da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 2002, a OMS divulgou a declaração de Toronto, um documento que procurava alertar para o problema dos maus-tratos contra os adultos idosos. Nesta declaração, os maus-tratos foram definidos da seguinte forma: *“o abuso ao adulto idoso é um ato único ou repetido, ou a ausência de resposta apropriada, ocorrendo em qualquer relação onde há uma expectativa de confiança e que causa dano ou sofrimento ao adulto idoso”* (World Health Organization, 2002). É ainda assumido que o abuso contra a pessoa idosa pode assumir várias formas, nomeadamente física, psicológica/emocional, sexual, financeira ou negligência (World Health Organization, 2002). A definição da OMS contribuiu para colocar o problema dos maus-tratos numa nova posição. O interesse demonstrado por uma organização mundial e de grande relevância como a OMS no tema dos maus-tratos contribuiu para a exposição mediática dos maus-tratos e dá boa indicação, como dissemos atrás, sobre a relevância da temática para a saúde a nível mundial.

Analisando a definição proporcionada por esta entidade e comparando-a com as ideias iniciais, pode-se identificar um conjunto de mudanças significativas. O foco inicial era na violência física e estendeu-se para outras formas de violência (psicológica, financeira, etc.). O perpetrador, inicialmente identificado como alguém que prestava cuidados à pessoa idosa, passou a ser identificado como alguém em quem o adulto idoso tem uma expectativa de confiança. A negligência, anteriormente não considerada, foi incluída como forma de maus-tratos. Como se pode verificar, a definição de maus-tratos tornou-se mais inclusiva, ao preço de alguma da sua especificidade. Ainda assim, a definição de maus-tratos ao adulto idoso provida pela OMS é provavelmente a definição mais citada em artigos científicos sobre os maus-tratos (alguns exemplos incluem: Yaffe, Wolfson, Lithwick, & Weiss, 2008; Daly & Jogerst, 2003).

Uma vez que a definição correntemente mais utilizada se tornou algo abrangente, é necessário ter em vista as tipologias de abuso que dão mais indicações sobre as formas concretas que o abuso pode tomar. Nas tipologias de destaque encontra-se a proposta pela NCEA (*National Center for Elder Abuse*), uma instituição norte-americana que se dedica ao estudo da problemática dos maus-tratos à pessoa idosa. No caso desta tipologia, são definidos 7 tipos de maus-tratos, tendo cada tipo uma forma de expressão diferente (NCEA, s.d.). De forma breve:

- **Abuso físico:** uso da força física que pode resultar em ferimentos corporais, dor física ou danos físicos. São exemplos de comportamentos associados à violência física o socar, pontapear, bater, etc.
- **Abuso sexual:** contacto sexual de qualquer forma que seja não consensual. Exemplos de comportamentos que refletem abuso sexual incluem o toque não consensual, a violação e coerção no sentido de expor nudez.
- **Abuso emocional ou psicológico:** infligência de angústia, dor ou desconforto através de atos verbais ou não verbais. Exemplos de comportamentos que podem ser considerados abuso emocional incluem insultos, ameaças ou humilhação.
- **Negligência:** recusa ou falha em cumprir as obrigações enquanto prestador de cuidados (formal ou informal) para com um adulto idoso. Exemplos de comportamentos associados à negligência incluem falhar em prover alimentação, vestuário ou abrigo.
- **Abandono:** deserção de um adulto idoso por alguém que detém responsabilidade de lhe fornecer cuidados. Ocorre habitualmente em hospitais, lares ou mesmo em casa.
- **Exploração financeira ou material:** uso ilegal ou impróprio dos fundos, propriedade ou bens de um adulto idoso. Exemplos comuns podem incluir retirar dinheiro sem autorização, utilizar indevidamente e sem autorização os bens do adulto idoso ou obrigar a assinar documentação legal.
- **Autonegligência:** comportamento do próprio adulto idoso que põe em causa a sua própria saúde ou segurança. Neste caso, é necessário que a pessoa idosa não esteja consciente de que está a colocar em risco a sua saúde ou segurança.

Esta tipologia extensiva permite identificar diferentes padrões de comportamentos que constituem maus-tratos. Eventualmente, estas diferentes configurações de comportamentos poderão ter diferente impacto no adulto idoso e requerer intervenções distintas. Apesar do detalhe produzido por esta tipologia, com pouca frequência é utilizada em investigação. Habitualmente opta-se por tipologias mais reduzidas, em que o abandono e a autonegligência não são incluídos enquanto formas de abuso (por exemplo: Acierno et al., 2010; Dong et al., 2010). Além disso, estas tipologias emergem da divisão de comportamentos geralmente conhecidos através da prática ou da

investigação que são, assim, agrupados na construção dos instrumentos/procedimentos de medida utilizados para identificar os maus-tratos. É assim de notar que estas tipologias aparecem sem um *background* teórico, fazendo com que sejam desprovidas de explicação sendo meramente conjuntos descritivos de manifestações possíveis de maus-tratos.

Apesar de parecerem emergir da prática, estes tipos de maus-tratos parecem ter sobretudo interesse académico. De facto, as definições legais que permitem a criminalização dos maus-tratos, pelo menos em Portugal, parecem não ter em conta os diferentes tipos de maus-tratos.

As definições legais decorrentes da legislação em vigor em cada país, assumem uma elevada importância por regularem a criminalização e o raio de ação judicial subjacente aos casos de maus-tratos; por isso mesmo, por vezes, é aconselhada a adoção das definições legais de maus-tratos como a definição base para investigação (Wallace & Bonnie, 2003). Em particular, o caso português enquadra os maus-tratos como uma forma de violência doméstica. Na legislação portuguesa, a violência doméstica é identificada como um crime público, pelo que qualquer pessoa que detenha conhecimento de uma situação de maus-tratos pode apresentar queixa e colocar o processo judicial em ação (Guerra & Gago, 2016). No entanto, contrariamente à legislação em outros países como a dos Estados Unidos da América, nenhum tipo de consequência recai sobre a pessoa que, detendo conhecimento de uma situação de maus-tratos, falha em reportá-la (Department of Justice, s.d.). O dever de reportar está confinado às forças de segurança e aos funcionários judiciais (Guerra & Gago, 2016). No caso português, o dever de reportar ou intervir de outra forma numa situação violenta vivida por outros é apenas um dever moral e cívico e não um dever legal.

A violência doméstica e, por conseguinte, os maus-tratos, são regulados pelo artigo 152º do Código Penal Português (Portugal, 2016). Neste artigo, a violência doméstica é caracterizada como sendo qualquer forma de maltrato físico ou psíquico, repetido ou não, contra o companheiro/parceiro atual ou não, ou contra “*pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade*”. Os comportamentos e especificidades dos maus-tratos não são abordados no artigo 152º. O artigo contempla a possibilidade de haver condenação de 1 a 5 anos, se nenhuma pena mais pesada se aplicar.

Outro aspeto relevante que se deve salientar ao referir a legislação portuguesa é o facto de a vitimação ser vista como mais gravosa dependendo da idade do alvo; é duvidoso que esta opção, que parece ter sido “importada” da legislação de outros países, tenha sido uma boa opção: assumir a existência de fragilidade meramente em função da idade é uma visão que pode retirar precisão na avaliação das situações concretas, pois a fragilidade é um quadro multifatorial e multicausal onde a idade se apresenta como uma variável muito grosseira. Esta visão idadista da fragilidade pessoal na legislação, pode enfraquecer a própria legislação e o seu poder operativo e regulador.

23.2. A extensão dos maus-tratos a pessoas idosas em Portugal: prevalências e protagonistas

A prevalência

A extensão dos maus-tratos em Portugal tem sido estudada em vários projetos ao longo do tempo, mas foi sobretudo depois de 2010 que os estudos de maiores dimensões começaram a ser desenvolvidos. Até 2010 os estudos que procuravam estabelecer a prevalência eram geralmente estudos de pequenas dimensões, com amostras reduzidas e pouco representativas que utilizavam medidas de *screening* como forma de identificar os maus-tratos (Santos, Ferreira-Alves & Penhale, 2011). Os resultados emergentes destes estudos, geralmente conduzidos no decorrer de monografias ou dissertações de mestrado, indicavam taxas de prevalência de maus-tratos a oscilar entre os 26.7% e os 100%.

A partir de 2010, 3 estudos de maiores dimensões foram conduzidos (ABUEL - Soares et al., 2010; AVOW - Donder et al., 2011; Violência e Envelhecimento - Gil et al., 2014). O projeto ABUEL (Soares et al., 2010) foi conduzido em 2010, contando com a participação de 7 países europeus, entre os quais Portugal. Utilizando entrevistas face-a-face e medidas de autorrelato, incluindo a Conflict Tactics Scale (Straus, 1979) e um questionário adaptado de O’Keeffe e colaboradores (2007) utilizado num estudo sobre abuso e negligência no Reino Unido, foram recolhidos dados de 656 participantes. Os resultados estimaram uma prevalência de maus-tratos na ordem dos 27.3%, com Portugal acima da média europeia a assinalar uma prevalência de 33.8%. Quanto à forma que os maus-tratos assumem, os maus-tratos psicológicos foram os mais prevalentes com uma prevalência de 19.4%, 21.9% em Portugal. De notar que a exploração financeira assumiu valores mais elevados no nosso país com uma prevalência de 7.8%, em comparação com 4.8% da Espanha, o segundo país com a prevalência de exploração financeira mais elevada.

Um ano mais tarde, o projeto AVOW (Luoma et al., 2011) foi conduzido em 5 países europeus, entre os quais Portugal. A recolha de dados foi feita com recurso a questionários enviados por correspondência e que foram construídos a partir da Conflict Tactic Scales (Straus, 1979), adicionando um conjunto de itens mais específicos à população em questão (Lang et al., 2014). Em Portugal foram recolhidos dados de 649 participantes. A prevalência média europeia encontrada foi de 28.1%, encontrando-se Portugal muito acima da média europeia com uma prevalência de 39.4%. Tal como no estudo ABUEL, a forma de violência mais comum foi a psicológica. Em certa medida, os resultados do estudo AVOW são congruentes com o estudo ABUEL, sendo que os maus-tratos contra os adultos idosos parecem ter uma saliência particular no nosso país em comparação com o resto da Europa, seja por existirem prevalências mais elevadas ou por certas formas de maus-tratos serem particularmente proeminentes na nossa população.

O terceiro estudo de grandes dimensões a procurar a prevalência dos maus-tratos, foi o estudo Violência e Envelhecimento (Gil et al., 2014), um projeto de cariz nacional. Este estudo levou a cabo 1123 entrevistas telefónicas que procuraram averiguar a existência de 12 comportamentos considerados abusivos. Excluindo os comportamentos perpetrados por estranhos, a taxa de prevalência dos comportamentos abusivos foi na ordem dos 12.3%. Em congruência com os estudos anteriores, as formas de maus-tratos reportadas com maior frequência, foram as psicológicas e a exploração financeira, ambos com uma prevalência de 6.3%.

Nesta fase é importante tecer algumas considerações, em relação aos estudos descritos, que são relevantes para a sua interpretação. Os 3 estudos encontraram taxas de prevalência diferentes: 39.4% (AVOW); 27.3% (ABUEL); 12.3% (Violência e Envelhecimento). As formas de violência mais comuns foram congruentes nos estudos: psicológica e financeira. As diferentes taxas de prevalência encontradas nos três estudos podem ter várias explicações. Em primeiro lugar, o estudo AVOW teve como participantes apenas adultos idosos do sexo feminino. A investigação tem mostrado que os indivíduos do sexo feminino estão habitualmente sob um maior risco de maus-tratos, pelo que alguma da prevalência pode ser explicada por esse aspeto. Em segundo lugar, é importante referir as medidas utilizadas nos 3 estudos. Os estudos ABUEL e AVOW utilizaram medidas mais extensas do que o estudo “Violência e Envelhecimento”. Assim, é provável que tenham identificado comportamentos que o estudo “Violência e Envelhecimento” não foi capaz de identificar. É ainda importante referir as taxas de participação nos 3 estudos. Só 45.2% das pessoas abordadas participaram no estudo ABUEL, uma taxa similar à do estudo AVOW (40.9%). No estudo “Violência e Envelhecimento” que utilizou entrevistas telefónicas, só 20.4% das chamadas foram atendidas e destas só 73% eram elegíveis para o estudo. As reduzidas taxas de participação são o suficiente para criar algum ceticismo aquando da leitura dos dados apresentados e sugerem que a real extensão do problema está ainda por descobrir. Ainda assim, e considerando as comparações com os dados de outros países providos pelos estudos ABUEL e AVOW, parece ser evidente que os maus-tratos contra as pessoas idosas existem no nosso país e têm taxas de prevalência que tornam o fenómeno preocupante não só ao nível nacional como europeu.

As características das vítimas

Os estudos de prevalência acabam por demonstrar a existência do problema no nosso país, mas a real extensão do problema acaba por ser ainda desconhecida. De elevada importância para a caracterização dos maus-tratos é perceber quem são as vítimas e quem são os perpetradores. Os mesmos estudos de prevalência apresentados procuraram também utilizar um conjunto de variáveis sociodemográficas para caracterizar tanto o perpetrador como a vítima. Parece haver um conjunto de características individuais que contribuem para um aumento do risco de a pessoa idosa ser vítima de maus-tratos. O sexo feminino parece estar associado a uma maior probabilidade de ser vítima, exceto no caso da exploração financeira, onde os homens reportam mais vezes ser vítimas (Gil et al., 2014). No caso específico das mulheres, ser casada, estar próximo da reforma, ter mais baixa saúde física e mental e adotar a desistência comportamental (“*behaviour disengagement*”) como estratégia de *coping* mais utilizada, está associado a risco significativamente maior de reportar maus-tratos (Luoma et al., 2011). No geral, menor número de anos de escolaridade está associado a maior risco de maus-tratos (Gil et al., 2014). Da mesma forma, sofrer de doença prolongada ou de sintomas depressivos está também associado a maior risco de maus-tratos (Gil et al., 2014; Soares et al., 2010). Necessitar de auxílio para desempenhar as atividades de vida diárias está também

associado a um maior risco de maus-tratos (Gil et al., 2014). Estes fatores de risco encontram-se sistematizado no Quadro 1.

Quadro 1 - Fatores associados ao relato de maus-tratos nos idosos encontrados na população portuguesa

Fatores de risco:	
Demográficos	Sexo feminino Sexo masculino (exploração financeira) Casados Baixo nível de escolaridade Proximidade da idade da reforma
Saúde	Saúde física ou mental debilitada Sofrer de doença prolongada Apresentar sintomatologia depressiva
Funcionais	Necessitar de auxílio para desempenhar as atividades de vida diárias
Psicológicos	Desistência comportamental como estratégia de <i>coping</i>

Assim, parecem existir um conjunto de aspetos pessoais e circunstanciais que contribuem para que um indivíduo esteja numa posição que o torna mais facilmente vítima de maus-tratos.

A relação com o agressor

Após termos clarificado alguns traços mais frequentes das vítimas de maus-tratos, vamos ver quem são habitualmente os perpetradores. Podem ser apontadas algumas discrepâncias na identificação dos perpetradores. Diferentes estudos apontam diferentes indivíduos como sendo os perpetradores mais prováveis. O parceiro ou companheiro é reportado como sendo o principal perpetrador (Luoma et al., 2011; Soares et al., 2010). Para além do parceiro, filhos (Luoma et al., 2011), amigos, conhecidos e vizinhos (Soares et al., 2010) e outros familiares (Gil et al., 2014) são também identificados como potenciais perpetradores.

Até agora verificamos que os vários estudos de prevalência indicam que os maus-tratos à pessoa idosa são um fenómeno que existe e, embora a sua total extensão não seja completamente conhecida, sabe-se o suficiente sobre o panorama europeu para admitir que as proporções do fenómeno são preocupantes. Em segundo lugar, verificamos que certas características das vítimas podem estar associadas a um maior risco de maus-tratos. Em específico, características que demonstram algum tipo de fragilidade, nomeadamente, pior saúde física e mental, nível de escolaridade baixo, presença de sintomatologia depressiva, necessidade de apoio no desempenho das atividades de vida diárias, parecem estar mais associadas ao risco de maus-tratos. Em terceiro lugar, os perpetradores mais comuns são o parceiro, os filhos, amigos, conhecidos e vizinhos e outros familiares.

Dos pontos expostos acima, os dois últimos são particularmente relevantes. Parece existir na vítima um conjunto de características que a podem fragilizar e, portanto, fazer com que esta se apoie no seu prestador de cuidados, seja ele formal ou informal. Além disso, os maus-tratos emergem no contexto de uma relação, nomeadamente entre o adulto idoso e o perpetrador. Ora, não é de todo surpreendente que os perpetradores identificados na literatura sejam também eles os habituais prestadores de cuidados. Poderá de facto existir uma ligação entre a prestação de cuidados e os maus-tratos? Eventualmente, as competências de prestação de cuidado, ou a sua ausência, podem estar na origem de muitas das situações de maus-tratos reportadas. Esta ideia remete-nos às origens da problemática dos maus-tratos ao adulto idoso, nomeadamente às primeiras menções feitas ao problema. Tal como referido anteriormente, já em 1975, Burston (1975) sugeria que um conjunto de situações de maus-tratos que encontrava na sua prática pareciam emergir de falta de competências de cuidado por parte dos prestadores de cuidados informais. Estas indicações parecem, portanto, manter-se atuais ainda hoje. Faz, por isso, sentido, pensar os maus-tratos como um capítulo possível dos cuidados e em oposição aos bons-tratos. Assim, de seguida, abordaremos os bons tratos ou bons cuidados.

23.3. Competências para cuidar: E se falássemos de bons cuidados?

A problemática dos maus-tratos, tal como foi descrita até agora, emerge de um conjunto de interações violentas ou pouco saudáveis entre indivíduos. Como é obvio, essas interações requerem mais do que um interlocutor. Pode assim dizer-se que emergem em contexto relacional, ou seja, da relação entre duas pessoas. Em muitos casos de maus tratos, como vimos, esta relação é muito específica pois existe um conjunto de expectativas muito característica, tal como a expectativa de cuidado (World Health Organization, 2002). Assim, as interações que se desenvolvem no âmbito desta relação podem ser conceptualizadas como interações de cuidado. Visto que um conjunto de interações podem ser violentas, maltratantes ou prejudiciais, estas podem ser consideradas cuidados inadequados. Por oposição, um conjunto de interações positivas, construtivas e que oferecem suporte podem ser considerados cuidados adequados. Faz assim todo o sentido, parece-nos, que após termos visto em detalhe a questão dos cuidados inadequados abordemos, agora, o que serão cuidados adequados.

A prestação de cuidados pode ser definida como a prestação de assistência ou auxílio para além do que é requerido como parte da vida quotidiana normal como acontece quando alguém está debilitado devido a uma doença ou condição crónica. (Walker, Pratt & Eddy, 1995). Muitas atividades podem ser incluídas nesta relação de prestação de cuidados. As atividades que são com mais frequência abordadas na relação de prestação de cuidados incluem, mas não se limitam, às atividades de vida diárias e às atividades instrumentais de vida diárias (Walker et al., 1995). Contudo, vários padrões de ajuda diferentes podem ser identificados. Matthews e Rosner (1988) constataram a existência de 5 estilos de participação na prestação de cuidados aos adultos idosos desempenhados pelos filhos (Quadro 2).

Quadro 2 - Estilos de participação no cuidado aos adultos idosos de acordo com Matthews e Rosner (1988).

Estilo	Descrição
<i>Ajuda de rotina</i>	Assistência regular incorporada nas atividades do prestador de cuidados. É uma assistência previsível e requer um prestador de cuidados disponível para fazer o que for necessário.
<i>Ajuda de reserva</i>	Não há envolvimento no cotidiano, mas é proporcionado apoio quando este é requerido.
<i>Ajuda circunscrita</i>	É um tipo de ajuda previsível, mas circunscrito a domínios específicos. Há limites claros sobre o que o prestador de cuidados está disposto a fazer.
<i>Ajuda esporádica</i>	Forma de ajuda que é dada de acordo com a conveniência do prestador de cuidados. Apoio é incerto, mas valorizado pelo adulto idoso.
<i>Dissociação</i>	Neste estilo é previsível que não vai ocorrer nenhuma forma de cuidado. Está habitualmente relacionado com um distanciamento entre o prestador de cuidados e o adulto idoso.

Estes estilos de envolvimento podem variar em função de um conjunto de características dos prestadores de cuidados. Por exemplo, os estilos de ajuda de rotina e ajuda de reserva são mais comuns por parte das filhas enquanto prestadoras de cuidados. Por sua vez, o estilo de ajuda circunscrita é mais comum dos filhos (Matthews & Rosner, 1988).

O perfil do prestador de cuidados requer também atenção quando se fala da prestação de cuidados. A partir de um estudo desenvolvido no projeto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) é possível ficar com uma melhor ideia de algumas características dos prestadores de cuidados informais em Portugal (Pego, 2013). De acordo com os dados desse estudo, 29,7% dos adultos idosos não identificam um prestador de cuidado informal. Quanto aos adultos idosos que identificam um cuidador informal, 53,3% coabitam com o prestador de cuidados. Os prestadores de cuidados que residem com o adulto idoso são sobretudo o cônjuge (55,5%) ou os filhos (24,2%). Os filhos cuidadores são sobretudo do sexo feminino (71,4%).

Mas afinal em que consiste a relação de prestação de cuidados? Vários autores têm vindo a explorar que tarefas ou competências estão subjacentes a uma relação de prestação de cuidados. Clark e Rakowski (1983), com base numa revisão da literatura existente até à data, identificaram tarefas ou competências que bem poderiam ser consideradas ainda hoje um guião para o desenvolvimento de bons cuidados que passa

necessariamente por dar atenção não só à pessoa de quem se cuida mas a todo o sistema familiar e ao seu próprio funcionamento pessoal. Essas competências ou tarefas foram enquadradas em 3 dimensões: a) tarefas associadas ao cuidador enquanto prestador de assistência direta; b) tarefas pessoais enfrentadas pelo prestador de cuidados e c) tarefas familiares e sociais do papel de cuidador. As tarefas que correspondem a cada dimensão estão organizadas respetivamente nos Quadros 3, 4 e 5. Deve-se sublinhar que as tarefas nomeadas descrevem o que pode ou deve ser feito pelos prestadores de cuidados tendo em conta as necessidades particulares de cada recetor de cuidados, de cada prestador de cuidados e de cada sistema familiar. Não se trata, pois, de uma “receita” de competências para todos os casos e situações.

Quadro 3 - Tarefas associadas ao cuidador enquanto prestador de assistência direta identificadas por Clark e Rakowski (1983)

- 1) Estar disponível quando necessário
 - 2) Supervisionar tratamentos prescritos e recomendações gerais
 - 3) Avaliar opções de tratamento e/ou de serviços
 - 4) Monitorizar a situação e avaliar mudanças significativas
 - 5) Avaliar pontos fortes/recursos do recetor de cuidados
 - 6) Antecipar necessidades de assistência futura
 - 7) Criar estrutura para as atividades diárias do recetor de cuidados
 - 8) Auxiliar em contexto social e comunitário sem interferir
 - 9) Manter a estabilidade das rotinas diárias dentro de possíveis limites impostos pela condição física
 - 10) Supervisionar/auxiliar na gestão dos recursos
 - 11) Lidar com comportamentos do recetor de cuidados que possam causar frustração
 - 12) Manter comunicação adequada com o recetor de cuidados
 - 13) Auxiliar nas atividades de vida diárias
 - 14) Satisfazer a necessidade de criatividade para afastar o tédio
-

Quadro 4- Tarefas pessoais enfrentadas pelo prestador de cuidados, identificadas por Clark e Rakowski (1983)

- 1) Compensar desgaste emocional
- 2) Compensar ou recuperar tempo pessoal
- 3) Ganhar conhecimento sobre possíveis doenças
- 4) Evitar desgaste na vitalidade e saúde física

- 5) Resolver culpa sobre sentimentos negativos direcionados ao recetor de cuidados

- 6) Resolver sentimentos de desapontamento com a sua performance na prestação de cuidados
- 7) Evitar perda/restricção de planos futuros
- 8) Reajustar rotinas pessoais
- 9) Compensar disrupção do sono
- 10) Aceitar emocionalmente a possibilidade de um desenvolvimento negativo da situação
- 11) Trabalhar sobre mudanças na relação com o recetor de cuidados
- 12) Ajustar o locus de culpa
- 13) Assumir custos financeiros
- 14) Confrontar a possibilidade da institucionalização
- 15) Compensar ou evitar a redução da intimidade física e emocional
- 16) Separar sentimentos relativos à pessoa idosa de sentimentos evocados pela condição de saúde da pessoa idosa.
- 17) Resolver incertezas em relação às competências de prestador de cuidados
- 18) Libertar tensões direcionadas ao recetor de cuidados
- 19) Lidar com um futuro incerto

Quadro 5 - Tarefas familiares e sociais relacionadas com a prestação de cuidados identificadas por Clark e Rakowski (1983)

- 1) Designar outro prestador de cuidados
- 2) Manter comunicação familiar e trocar informação
- 3) Equilibrar o prestar assistência com outras responsabilidades familiares
- 4) Lidar com a restrição de planos familiares futuros
- 5) Gerir sentimentos direcionados a outros membros da família que não prestam suporte
- 6) Manter a família como um grupo de tomada de decisão
- 7) Dar consideração apropriada às opiniões e preferências do recetor de cuidados
- 8) Considerar a necessidade de institucionalização em família
- 9) Interagir com profissionais médicos, de saúde e de serviços sociais
- 10) Conhecer os serviços de ajuda e as suas opções
- 11) Agir como advogado ou negociador do recetor de cuidados
- 12) Conhecer as ajudas financeiras disponíveis

Parece existir algum consenso de que as tarefas ou competências apresentadas nos Quadros 3, 4 e 5 são importantes e relevantes no processo de prestação de cuidados; no entanto, diferentes autores adicionam outras tarefas ou sugerem uma organização diferente para aquelas competências. Clark e Rakowski (1983) defendem que estas mesmas tarefas por eles apresentadas podem ser agrupadas em quatro áreas generalistas: a) cuidados diretos; b) tarefas (intra) pessoais, preocupações e dificuldades; c) laços interpessoais com outros membros da família e d) interação com as redes sociais e de cuidados de saúde. Por sua vez, Schumacher e Stewart (2000) defendem que a prestação de cuidados consiste em desempenhar tarefas relacionadas com 9 dimensões generalistas,

nomeadamente: monitorizar o estado do recetor de cuidados, interpretar os sinais observados, tomar decisões com base na interpretação da situação, tomar medidas sobre o cuidado, facultar cuidado próximo, fazer ajustes no processo de cuidado, avaliar recursos, trabalhar conjuntamente com o recetor de cuidados e negociar com o sistema de saúde. De salientar que estas tarefas vão variando em função de um conjunto de aspetos, nomeadamente a integridade das competências cognitivas, o estado de saúde, as características da esfera familiar, entre outros.

Algumas destas tarefas podem ser mais exigentes para o prestador de cuidados do que outras, sendo identificados 2 níveis hierárquicos de dificuldade para estas tarefas: difícil e muito difícil (Clark & Rakowski, 1983). Como é expectável, e porventura derivado da dificuldade das tarefas, a prestação de cuidados é muitas vezes identificada como uma fonte de *stress* para o prestador de cuidados. A sobrecarga e o *stress* experienciado pelo prestador de cuidados são por vezes associados à emergência dos maus-tratos à pessoa idosa (Wilber & McNeilly, 2001). No entanto, a prestação de cuidados não implica necessariamente *stress*. Um conjunto de variáveis podem afetar a forma como se experiencia *stress* a partir da relação de cuidados. Um exemplo é o sexo do prestador de cuidados; os homens geralmente experienciam menos *stress* com a prestação de cuidados do que mulheres (Horowitz, 1985). A experiência de *stress* está também dependente da confiança que o prestador de cuidados detém sobre as suas competências enquanto prestador de cuidados. Reduzir a incerteza do prestador de cuidados sobre as suas competências parece amparar a sua experiência de *stress* (Given, Sherwood & Given, 2008).

Apesar de tudo, a prestação de cuidados parece ter um conjunto de riscos associados. Por exemplo, ao nível da saúde, os prestadores de cuidados parecem estar sob um maior risco de desenvolver problemas de saúde do que não cuidadores (Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003). Novamente, algumas variáveis demográficas tais como o sexo parecem moderar a relação entre prestação de cuidados e o risco de desenvolver doenças. Ao nível da saúde mental é, também, importante referir que os prestadores de cuidados se encontram sob risco de desenvolver sintomatologia depressiva, sobretudo quando a relação entre prestador de cuidados e recetor de cuidados é uma relação de matrimónio ou análoga (Pinquart & Sörensen, 2011).

As tarefas de prestação de cuidados podem assumir proporções que as tornam difíceis de ser geridas pelos prestadores de cuidados e podem gerar um conjunto de consequências para a saúde dos mesmos. Se a saúde dos prestadores de cuidados se debilita, a qualidade dos cuidados prestados pode vir a sofrer com isso. É, portanto, importante ter em mente que os prestadores de cuidados à pessoa idosa, sobretudo quando a pessoa idosa se encontra debilitada de alguma forma, física ou cognitivamente, podem necessitar eles próprios de alguma forma de apoio ou suporte, quer seja nas tarefas relacionadas com a prestação de cuidados ou em tarefas relacionadas em manter a sua própria saúde física e mental em boas condições.

Apesar da dificuldade das tarefas de prestação de cuidados, da possível sobrecarga, *stress* e consequências para a saúde do prestador de cuidados, aspetos positivos podem emergir da prestação de cuidados. Através da análise de sessões de

grupos de apoio para prestadores de cuidados, Hogstel, Curry e Walker (2005) identificaram 4 benefícios que advém da prestação de cuidados: celebrar as pequenas coisas, resolver conflitos do passado, desenvolver força e preparação para o processo de envelhecimento e experienciar a totalidade da vida do adulto idoso. Segundo os autores, as exigências do processo de prestação de cuidados levam a uma reavaliação das perspectivas do prestador de cuidados, desenvolvendo este um novo sentido de apreciação para aspetos comuns do dia-a-dia. Quando a prestação de cuidados implica o cuidar de um progenitor, esta ocorre muitas vezes quando o prestador de cuidados se encontra na meia-idade, época em que as tarefas desenvolvimentais subjacentes estão associadas a uma reflexão sobre as trajetórias do passado. Neste caso, a prestação de cuidados pode colocar uma oportunidade para colocar a relação com o recetor de cuidados sob uma nova perspectiva e ajudar a resolver conflitos passados. O terceiro aspeto positivo apontado por Hogstel e colaboradores (2005) prende-se com o desenvolvimento de competências e a preparação para o próprio processo de envelhecimento. A exposição ao processo de envelhecimento pode estimular a mudança de hábitos que estimulem um envelhecimento mais saudável, bem como ajuda a desenvolver competências que permitem resolver problemas relacionados com o envelhecimento de forma criativa. O último aspeto é experienciar o total da vida do adulto idoso (Hogstel et al., 2005). A proximidade e confiança desenvolvida com a pessoa idosa gera oportunidades para aprender e experienciar o processo de reminiscência do adulto idoso. São oportunidades únicas para ganhar uma maior compreensão sobre a pessoa de quem se está a cuidar bem como para melhor compreender o processo de envelhecimento.

Nesta secção foram abordados um conjunto de aspetos importantes para compreender a relação entre o prestador de cuidados e o adulto idoso. Vimos diferentes formas de abordar o cuidado, os diferentes tipos de competências necessários ao prestador de cuidados e as diferentes consequências que advém da prestação de cuidados, umas positivas outras negativas. É importante salientar que as ações do prestador de cuidados devem ser sempre moldadas às necessidades do adulto idoso, evitando facultar cuidados excessivos ou desnecessários, que podem em alguns casos constituir mesmo uma violação dos direitos do adulto idoso, mas evitando, também, facultar cuidados a menos, que podem eventualmente constituir comportamentos negligentes. Acima de tudo é importante manter a noção de que o adulto idoso é uma pessoa, que tem os seus propósitos e, como tal, deve ser tratada com o devido respeito e compreensão. As tarefas de prestação de cuidados, apesar da sua exigência, podem constituir uma mais-valia para o prestador de cuidados, sobretudo se o prestador de cuidados for capaz de apreciar os aspetos mais positivos e construtivos que advém da relação com o adulto idoso.

23.4. Conclusões

Neste trabalho foi explorado o assunto dos maus-tratos à pessoa idosa. Inicialmente abordamos as questões referentes à definição de maus-tratos, tendo sido explorada a definição mais aceite internacionalmente, a definição legal em Portugal e uma tipologia que explora as formas que os maus-tratos à pessoa idosa adotam. Foram ainda explorados,

em detalhe, os estudos de prevalência do abuso em Portugal e foram apresentados alguns dados sobre as características das vítimas e dos perpetradores. Estes são, no seu conjunto, alguns dos elementos fundamentais para compreender a larga agenda de assuntos que estão envolvidos no domínio dos maus-tratos à pessoa idosa.

Numa segunda parte foi explorada a questão dos bons-tratos, onde abordamos os níveis de envolvimento e as tarefas básicas que fazem parte da prestação de cuidados à pessoa idosa por parte de um prestador de cuidados informal. Foram ainda exploradas brevemente as consequências positivas e negativas que a relação de prestação de cuidados pode ter para quem presta assistência à pessoa idosa. Os aspetos explorados nesta segunda parte permitem ganhar perspetiva e compreensão sobre as competências necessárias para desempenhar a prestação de cuidados de forma adequada, prevenindo de alguma maneira os maus tratos e ganhando compreensão sobre as responsabilidades inerentes ao cuidado.

Nos últimos anos, a projeção mediática da violência contra os adultos idosos tem vindo a crescer; no entanto, a investigação e a procura de estratégias preventivas do fenómeno não têm sido capazes de crescer ao ritmo a que aumentam essas notícias. No nosso país a problemática dos maus-tratos tem considerável saliência, inclusivamente pelos padrões europeus, pelo que a consciencialização do público geral e a procura de estratégias interventivas, mas sobretudo preventivas, deve ser encorajada. Uma das formas porventura mais eficazes de prevenção dos maus tratos será, além da difusão de informação aqui veiculada, a formação, o acompanhamento e a difusão de práticas de bons cuidados.

Este trabalho explorou a ideia de que os maus-tratos emergem em contexto relacional de prestação de cuidados e deste modo constituem ou são uma consequência direta de cuidados inadequados. Esta formulação privilegia mais o olhar para os maus tratos como uma prática inadequada de cuidados do que uma forma de violência. Isto não significa que se olhem os maus tratos como não sendo violência. Significa tão só uma estratégia de olhar para o fenómeno que permite identificar mais rapidamente necessidades de formação e de alteração de práticas, que não são práticas apenas para com o recetor de cuidados, mas para com a própria pessoa que cuida. As atitudes e as formas de relação que os prestadores de cuidados têm para com quem cuidam, são, igualmente, formas de relacionamento consigo mesmos.

As tarefas inerentes à prestação de cuidados são exigentes e podem promover *stress* e sentimentos de sobrecarga no prestador de cuidados. É, portanto, importante que os prestadores de cuidados informais sejam capazes de procurar auxílio quando o necessitam e que mantenham o cuidado próprio, sem o qual a prestação de cuidados a outra pessoa fica fragilizada. A promoção da prestação de cuidados adequados é, na nossa opinião, fundamental para a prevenção dos maus-tratos contra as pessoas idosas. A promoção de cuidados adequados passa não só por dar competências aos cuidadores informais, técnicas e humanas, mas, também, por incorporarem o respeito pelos direitos do adulto idoso e por dar a conhecer os benefícios que advêm das relações de prestação de cuidados, que têm, também, o potencial de contribuir para a realização e o crescimento do próprio prestador de cuidados.

Bibliografia

- 49th World Health Assembly. (1996). Prevention of violence: a public health priority. *WHA49.25 Prevention of violence: a public health priority*, 2–3. Disponível em http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf.
- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. *American Journal of Public Health*, *100*(2), 292–297. doi:10.2105/AJPH.2009.163089.
- American Psychological Association. (2012). *Elder Abuse & Neglect: In search of solutions*.
- APAV. (2013). *Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência (2013-2014)*. Acedido a 9 mar. 2016. Disponível em http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas-Idosas-Vitimas-Crime-Violencia_2013-2014.pdf.
- Baker, A. (1975). Granny battering. *Modern Geriatrics*, (5), 20–24.
- Burston, G. (1975). Granny-battering (letter). *British Medical Journal*, 592.
- Clark, N. M., & Rakowski, W. (1983). Family caregivers of older adults: improving helping skills. *The Gerontologist*, *23*(6), 637–642. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/geront/23.6.637>.
- Daly, J. M., & Jogerst, G. (2003). Statute Definitions of Elder Abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. doi:10.1300/J084v13n04_03.
- Donder, L., Luoma, M. L., Penhale, B., Lang, G., Santos, A. J., Tamutiene, I., ..., Verté, D. (2011). European map of prevalence rates of elder abuse and its impact for future research. *European Journal of Ageing*, *8*(2), 129–143. doi:10.1007/s10433-011-0187-3.
- Department of Justice. (s.d.). Elder Justice Status. Acedido a 15 jun. 2016. Disponível em <https://www.justice.gov/elderjustice/prosecutors/statutes.html>.
- Dong, X., Simon, M. A., Wilson, R. S., Mendes de Leon, C. F., Rajan, K. B., & Evans, D. A. (2010). Decline in Cognitive Function and Risk of Elder Self-Neglect: Finding from the Chicago Health Aging Project. *Journal of the American Geriatrics Society*, *58*(12), 2292–2299. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03156.x.
- Ferreira-Alves, J., & Santos, A. (2011). Prevalence study of violence and abuse against older women. Results of the Portugal survey (AVOW Project). Disponível em http://www.inpea.net/images/AVOW-Portugal-Survey_2010.pdf.
- Gil, A. P. M., Kislaya, I., Santos, A. J., Nunes, B., Nicolau, R., & Fernandes, A. A. (2014). Elder Abuse in Portugal: Findings From the First National Prevalence Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *6566*, 1–22. doi:10.1080/08946566.2014.953659.

- Given, B., Sherwood, P. R., & Given, C. W. (2008). What knowledge and skills do caregivers need? *The American journal of nursing*, *108*(9 Suppl), 28–34; quiz 34. doi:10.5175/JSWE.2008.773247703.
- Graham, J. E., Christian, L. M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2006). Stress, age, and immune function: Toward a lifespan approach. *Journal of Behavioral Medicine*. doi:10.1007/s10865-006-9057-4.
- Guerra, P., & Gago, L. (Eds.). (2016). *Violência doméstica: implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenómeno*. Centro de Estudos Judiciários.
- Hogstel, M. O., Curry, L. C., & Walker, C. (2005). Caring for Older Adults: The Benefits of Informal Family Caregiving. *Journal of Theory Construction & Testing*, *9*(2), 55–60.
- Horowitz, A. (1985). Sons and daughters as caregivers to older parents: differences in role performance and consequences. *The Gerontologist*, *25*(6), 612–617. doi:10.1093/geront/25.6.612.
- Kleinschmidt, K. C. (1997). Elder Abuse: A Review. *Annals of Emergency Medicine*, *30*(4), 463–472. doi:10.1016/S0196-0644(97)70006-4.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*.
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*, 1263–1272. doi:10.1016/S0140-6736(04)17144-4.
- Lang, G., De Donder, L., Penhale, B., Ferreira-Alves, J., Tamutiene, I., Luoma, M.-L.,... Luoma, M. L. (2014). Measuring Older Adults' Abuse: Evaluation of Formative Indicators to Promote Brevity. *Educational Gerontology*, *7*, 531–542. doi:10.1080/03601277.2013.857892.
- Luoma, M.-L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., De Donder, L., Verté, D., ..., Penhale, B. (2011). *Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal*.
- Matthews, S. H., & Rosner, T. T. (1988). Shared Filial Responsibility: The Family as the Primary Caregiver. *Journal of Marriage and Family*, *50*(1), 185–195. doi:10.2307/352438.
- NCEA. (s.d.). Types of Abuse. Acedido a 15 jun. 2016. Disponível em http://www.ncea.aoa.gov/FAQ/Type_Abuse/index.aspx.
- O'Keeffe, M., Hills, A., Doyle, M., Mccreadie, C., Scholes, S., Constantine, R., ..., Erens, B. (2007). UK Study of Abuse and Neglect of Older People Prevalence Survey Report, 185.
- Pego, M. A. S. S. (2013). *Cuidados informais : Os idosos em situação de dependência em Portugal*. Disponível em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/10752/1/RUN> - Tese de Mestrado - Maria Ana Pego.pdf.

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychology and aging, 26(1)*, 1–14. doi:10.1037/a0021863.
- Portugal. (2016). *Código do Processo Penal (6ª Edição)*. Coimbra: Almedina.
- Santos, A., Ferreira-Alves, J., & Penhale, B. (2011). Prevalence of older adults' abuse and neglect in Portugal: An overview. *Quality in Ageing and Older Adults, 12(3)*, 162–173. doi:10.1108/14717791111163596.
- Schumacher, K., & Stewart, B. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health, 23(3)*, 191–203.
- Soares, J. J. F., Barros, H., Torres-gonzales, F., Ioannidi-kapolou, E., Lamura, G., Lindert, J., ..., Stankunas, M. (2010). *Abuse and Health among elderly in Europe*. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.
- Straus, M. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family, 41(1)*, 75–88. doi:10.2307/351733.
- Teaster, P. B., Nerenberg, L., & Stansbury, K. L. (2003). A National Look at Elder Abuse Multidisciplinary Teams. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. doi:10.1300/J084v15n03_06.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological bulletin, 129(6)*, 946–972. doi:10.1037/0033-2909.129.6.946.
- Walker, A., Pratt, C., & Eddy, L. (1995). Informal caregiving to aging family members: A critical review. *Family Relations, 44(4)*, 402–411. doi:10.2307/584996.
- Wallace, R., Bonnie, R., & Eds. (2003). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. Washington D.C.: National Academic Press. doi:10.17226/10406.
- Wilber, K. H., & McNeilly, D. P. (2001). *Elder abuse and victimization*. (J. Birren & K. Schaie, Eds.) (5th ed.). San Diego: Academic Press.
- World Health Organization. (2002). *The Toronto Declaration: the Global Prevention of Elder Abuse*. Geneva: WHO.
- 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. doi:10.1080/08946560801973168.