

In Press: In R. Abrunhosa e C. Machado (Eds). Psicologia Forense. Coimbra: Quarteto

Avaliação do Abuso e Negligência de Pessoas Idosos: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos

José Ferreira-Alves¹

Universidade do Minho

Resumo

As transformações demográficas especialmente as mudanças dos padrões de distribuição de idades estão a levar a uma atenção especial aos mais idosos numa proporção que é nova na história humana. O aumento do número de idosos levanta inúmeros desafios às sociedades contemporâneas e novos problemas sociais, dos quais o tema dos maus-tratos é apenas um de muitos e que, entre nós, parece ainda não ser reconhecido como tal. Neste artigo procura-se definir e compreender o que é o abuso de idosos, a sua prevalência, teorizações explicativas do fenómeno e apresentar um modelo geral de avaliação dos maus-tratos, contribuindo assim para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos a idosos.

¹ Toda a correspondência relativa a este artigo poderá ser endereçada ao seu autor, cujo correio electrónico é: alves@iep.uminho.pt

1. Introdução

Furtivamente, nos últimos tempos, a nossa comunicação social tem dado conta de situações de abuso, de maus-tratos e negligência infligidos a idosos que residem em instituições que têm como tarefa formal central o cuidar das necessidades e bem-estar dos idosos que lá residem. Um sentimento de choque perpassou o país e ajudou a consolidar a demonização que muitos adultos e idosos nutrem por instituições de cuidado dos idosos e a veicular a ideia de que os maus-tratos a idosos são um fenómeno sobretudo institucional e de que têm uma natureza sobretudo de negligência das necessidades físicas mais básicas.

O que se sabe hoje sobre maus-tratos a idosos não confirma aquilo que porventura foi assimilado com as notícias vindas a público. Pelo menos, estudos feitos em outros países, que terão uma realidade social muito semelhante à nossa, não o confirmam. Com efeito, de acordo com a Associação Americana de Psicologia as situações de maus-tratos não estão confinadas aos que vivem marginalizados pela sociedade ou estão institucionalizados mas estão bem dentro do nosso meio de vida. A APA (1999) menciona os seguintes factos:

- a) A maioria dos incidentes de abuso não se dá em lares ou instituições.

Não obstante alguns casos que são relatados na imprensa, é

importante saber-se que apenas cerca de 4% (dados Norte-Americanos) dos idosos estão em instituições e que nestes a larga maioria tem as suas necessidades básicas satisfeitas sem a experiência de qualquer tipo de abuso

- b) A maioria dos casos de abuso passa-se em casa visto que é aqui que a larga maioria de idosos vive. Quando se dá o abuso ele é perpetrado por familiares, ou outros cuidadores pagos para exercerem essa função. Muitas vezes o abuso é subtil, não sendo fácil discernir entre o stress de certas situações interpessoais e o abuso tipificado. (cf. Também Marshall e col. 2000)
- c) Não há um padrão único de abuso no lar. Muitas vezes o abuso é a continuação de um longo padrão de abuso físico ou emocional naquela família. A forma mais comum de abuso será, talvez, derivada de mudanças relacionais e de situações de vida, advindas da progressiva fragilidade e dependência que o idoso fica dos seus familiares.
- d) Nem só os idosos que estão frágeis ou doentes estão sujeitos ao abuso. Os que têm perturbações mentais ou estão deprimidos também estão. Mas mesmo que não estejam em nenhuma destas condições, os idosos podem estar sujeitos ao abuso.

Após esta breve introdução, cabe perguntar: o que é o abuso, os maus-tratos ou a negligência dos idosos? De que é que se fala quando se fala de abuso de idosos? Em que definições podemos confiar ou por quais nos deveremos orientar para olhar para um fenómeno ainda não muito consciencializado ou conhecido?

2. O conceito de abuso

Não se pense que este seja apenas um problema filosófico ou uma preciosidade de espírito de alguns autores. De facto, a forma como se define o abuso é, na realidade, uma maneira de o construir socialmente. De acordo com Brammer e Biggs (1998), definir o abuso é definir um novo problema social e as formas como ele se pode identificar e combater. De acordo com os mesmos autores a maioria das definições tem seguido propósitos pragmáticos, embora haja definições de tipo conceptual que procuram “ compreender uma incidência particular de uma teoria psicológica ou sociológica mais geral” . As definições de propósitos mais pragmáticos tendem a aplicar na prática e a transferir para a prática, conhecimentos já obtidos de problemas sociais similares como o sejam, neste caso, os derivados dos movimentos de protecção social à infância e da violência familiar.

Devido aos problemas existentes no que respeita a uma definição de abuso de idosos, o comité nacional de abuso de idosos nos Estados Unidos (National Center on Elder Abuse, 1998), tomando uma postura mais pragmática

do que conceptual, fez uma análise e revisão das definições existentes, tendo chegado à definição de 7 tipos de abuso para idosos não institucionalizados:

- a) *Abuso físico*: o uso não accidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade. As punições físicas de qualquer tipo são exemplos de abuso físico. A sub medicação ou sobre medicação também se incluem nesta categoria;
- b) *Abuso sexual*: contacto sexual não consensualizado de qualquer tipo com uma pessoa idosa;
- c) *Abuso emocional ou psicológico*: inflicção de angústia, dor ou aflição, por meios verbais ou não verbais; a humilhação, a infantilização ou ameaças de qualquer tipo incluem-se nesta categoria;
- d) *Exploração material ou financeira*: uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens do idoso
- e) *Abandono*: a deserção de ao pé de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidados.
- f) *Negligência*: recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso.
- g) *Auto-negligência*: comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. A definição de

auto-negligência exclui situações nas quais uma pessoa idosa mentalmente capaz (que compreende as consequências das suas decisões) toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em actos que ameaçam a sua saúde ou segurança.

Em grande medida estas definições apresentam propósitos mais legais do que conceptuais ou científicos, tornando-se em definições que se assemelham em muito às já fornecidas pelos movimentos que resultaram no nível de protecção à infância que hoje conquistamos. De qualquer forma, estas definições parecem ser bem operatórias e com relevância jurídica, clínica e educativa para a sua identificação e prevenção.

O abuso e a negligência de idosos são um assunto que teve a sua primeira referência médica apenas há cerca de um quarto de século atrás (cf. Baker, 1975; Burston, 1975). E isto é significativo. Porque ao contrário do abuso de crianças que tem no pediatra uma figura que consegue integrar a investigação com o cuidado, o abuso aos idosos não tem a virtual figura do geriatra que seja capaz de apoiar a saúde do idoso prevenindo e impedindo em simultâneo o abuso e a negligência (cf. Hirsch & Loewy, 2002).

2. Prevalência

Devido a alguns estudos se debruçarem mais sobre incidência e outros mais sobre prevalência do abuso e devido ao facto de diferentes estudos utilizarem objectivos e metodologias diversas, não é possível comparar estudos para se chegar a consenso acerca da quantidade e tipo de abusos perpetrados sobre idosos.

O famoso estudo Americano “ The National Elder Abuse Incidence Study” (1997) – NEAIS – estimou que em 1996 houve 450 000 novos casos de abuso ou negligência, número que sobe para 551 000 se forem contabilizados os casos de auto-negligência. Recorde-se que os EUA têm uma população de idosos – de pessoas com 60 anos ou mais – na ordem dos 44 milhões de pessoas, o que dá uma taxa de quase 1,3% a incidência do abuso. Além disso, destes 551000 novos casos apenas 115110 foram reportados a agências apropriadas, o que dá apenas uma percentagem de 21%. E este facto aponta para a adequação da teoria do iceberg na explicação da visibilidade do abuso de idosos. De acordo com esta teoria, o abuso visível, reportado a instituições de protecção, é uma pequena percentagem quando comparado com o abuso não reportado. Além disso, de forma ainda mais subterrânea existirão vários casos de abuso nem sequer identificados. Temos assim três níveis de “ visibilidade” do abuso: o que é visível, vem à superfície e faz parte das estatísticas, o que não é referido mas é identificado e, por último, o que não é identificado nem reportado. De acordo com a Associação Americana de Psicologia (1999), por cada caso reportado às autoridades ou agências de

protecção, existirão cinco casos não referenciados ou não identificados. O estudo NEAIS tem sido criticado por apenas se basear em casos confirmados através de informações a agências de protecção e através da metodologia de “sentinela”, o que torna os números publicados e de acordo com a teoria do iceberg, números sub referenciados. Outros estudos baseados em vastos inquéritos em alguns estados dos EUA, apontam para uma cifra de abuso na ordem dos 4%. Igualmente, com base em estudos levados a cabo no Reino Unido e no Canadá, Dyer & Rowe (1999) apontam para uma expectativa de abuso entre os 3% e os 5%. Estes autores, referem, contudo, uma investigação levada a cabo por Pillemer & Finkelhor (1988) na qual se procurava detectar o abuso através de entrevistas telefónicas e se constatou que apenas um em cada 14 casos de abuso era conhecido das agências de protecção de adultos – responsáveis por investigar todos os casos de abuso. Não obstante este fenómeno de subreferenciação dos maus-tratos, Zinn (2002) dá conta do aumento de relatos de abuso.

De acordo com Quinn & Tomita (1997) o abuso de idosos é um assunto sub referenciado, sobretudo pelas próprias vítimas, devido a que as vítimas temem as seguintes ocorrências:

- a) A perda do cuidador mesmo sendo este abusivo
- b) Ficar só sem ter ninguém que o cuide
- c) Ser colocado numa instituição
- d) Perda de privacidade e de relações familiares

- e) Recriminações pelo alegado abusador
- f) Exposição pública e intervenção exterior
- g) Ninguém acreditar no abuso e
- h) Ser responsáveis pelo comportamento abusivo

Tendo em conta a teoria do iceberg, estas variáveis não esgotarão todas as razões da subreferenciação do abuso. Fornecem, porém, razões plausíveis e que merecem muita atenção social, clínica e educativa por parte de todos os profissionais de saúde e de bem-estar cuja missão passe pelo contacto com idosos.

Em algumas cidades norte-americanas e em todos os Estados, não referenciar o abuso às autoridades é considerado uma ofensa grave, passível de procedimento criminal. Entre nós, haveria muitas vantagens em seguirmos o mesmo padrão, não só por razões de conhecimento estatístico do fenómeno que nos permitiria compreendê-lo e controlá-lo melhor mas, também, por razões éticas onde é necessário infundir na cultura atitudes de desencorajamento dos maus-tratos (que tenderão a aumentar com o aumento da população idosa) e de protecção aos mais idosos.

Vimos, até agora, alguns dados da prevalência do abuso. Vejamos a seguir alguns dados acerca da distribuição dos vários tipos de abuso e também sobre a “ identidade” dos abusadores e das vítimas.

De acordo com o National Elder Abuse Incidence Study (1998) e a secção de estatísticas do departamento de justiça norte-americano,

- a) A negligência é o tipo mais frequente de maus-tratos aos idosos (48,7%), seguida do abuso emocional/ psicológico (35,5%), abuso financeiro ou material (30,2%) e o abuso físico (25,6%);
- b) Os filhos são os principais perpetradores com 47,3% de incidentes relatados, seguidos dos cônjuges (19,3%), outros familiares (8,8%) e netos (8,6%);
- c) Em quase 90% de incidentes de abuso e negligência o perpetrador é um familiar, sendo que, destes, 2/3 são filhos ou cônjuges;
- d) As vítimas de auto-negligência estão normalmente deprimidas, confusas ou extremamente frágeis;

Num outro estudo levado a cabo num serviço de psiquiatria geriátrica de um hospital Canadano, durante um ano completo (Vida & Monks & Rosiers, 2002) constatou-se que o abuso tinha uma prevalência de 16%. Embora a amostra fosse pequena – tinha apenas 126 pacientes – este estudo dá fortes indicações de que entre os pacientes de psiquiatria geriátrica o abuso pode ser um fenómeno comum. Observando a tipologia do abuso, neste estudo, o abuso financeiro foi o mais extenso com 13% (16 casos), negligência de 6% (7

casos), abuso emocional em 4% (5 casos), abuso físico em 2% (3 casos) e abuso múltiplo de 6% (7 casos).

De acordo com um relatório apresentado por uma comissão das nações unidas para o desenvolvimento social à segunda assembleia mundial sobre o envelhecimento, que teve lugar em Valência em 2002, (United Nations, 2002) os estudos sobre as taxas de prevalência são escassos. Mesmo assim, alguns estudos que existem, nomeadamente inquéritos realizados em contextos desenvolvidos como, por exemplo, na Austrália, Canadá, Grã-bretanha e Irlanda do Norte, apontam para uma taxa de abuso entre os 3 e os 10%. Além disso, no Canadá, a forma mais comum de abuso na comunidade e em contexto domésticos é a negligência (55% dos casos reportados), seguido do abuso físico (15%) e da exploração financeira (12%). Igualmente, o Centro Nacional de Abuso de Idosos, nos Estados unidos, constata que a negligência é o tipo mais comum de abuso e além disso verifica, à semelhança de Zinn (2000), um aumento de 150% os casos de abuso reportado entre 1986 e 1996. Além disso os perpetradores de abuso nesse período foram sobretudo os filhos (37%) seguidos pelo cônjuge (13%) e por outros membros da família (11%).

Sobre o abuso institucional poucos dados estão acessíveis. De acordo com o referido relatório (United Nations, 2002), num estudo realizado nos EUA, encontrou-se que 36% do staff de enfermagem testemunhou um incidente de abuso físico, 10% admitiram que cometeram pelo menos um acto de abuso

físico, 81% observaram um incidente de abuso psicológico e 40% admitiu ter abusado verbalmente de um residente nos últimos 12 meses.

3. Teoria

Pode parecer estranho a quem se inicia neste domínio, ouvir falar em teoria sobre o abuso de idosos. Contudo, à semelhança do que acontece em qualquer outro domínio do comportamento humano, aqui também se procura explicar ou interpretar o comportamento abusivo. Essas explicações permitem-nos ir para além da mera detecção de indícios, levando-nos a compreender as dinâmicas, muitas vezes idiossincráticas, que produzem comportamentos abusivos. E por isso, as teorias são um instrumento central não só de interpretação de indícios, de planeamento de intervenções e de fomento de práticas preventivas mas, também, da própria avaliação forense.

O conhecimento teórico produzido neste domínio não é unívoco mas, antes, é orientado por diferentes supostos, por diferentes paradigmas explicativos. Isto significa que, à semelhança de outra qualquer área, o assunto dos maus-tratos revela-se um assunto muito complexo, sobre o qual podemos pensar tendo em conta muitas dimensões e extensões do problema. Para além disso, as teorias aqui referenciadas como explicativas do problema reflectem também muitas semelhanças com modelos já utilizados na explicação dos maus-tratos infantis e da violência familiar.

A falta de unicidade nas explicações teóricas é secundada pela heterogeneidade de factores de risco para o abuso de idosos, apontados por vários trabalhos de investigação (Dyer & Rowe, 1999, Wolf, 1998; Hirsch, 2001). Como sabemos, os factores de risco são «extraídos» das variáveis que parecem ocorrer em concomitância com os comportamentos de abuso ou de maus-tratos. E deste modo, embora não sejam agentes causais, são factores cuja presença se associa ao aumento da probabilidade de se verificar abuso. Os estudos que investigam factores de risco podem servir de suporte empírico a alguns modelos teóricos explicativos do abuso.

O nosso objectivo não é, de momento, aprofundar cada um dos modelos mas, antes, resumir muito brevemente os seus supostos centrais. Vejamos, então, os cinco modelos teóricos:

a) O modelo do stress situacional

De acordo com este modelo, os maus-tratos são um fenómeno situacional que ocorre quando se gera stress no cuidador. Este stress seria causado principalmente pela incapacidade física ou mental da vítima bem como por condições sócio-económicas desfavoráveis e por baixas competências de coping do cuidador. O stress experienciado pelo cuidador levá-lo-ia a praticar maus-tratos ao idoso. É neste sentido e com estes supostos que existem vários programas destinados a

cuidadores, procurando aumentar-lhes as competências de coping com a situação de stress do complexo acto de cuidar (cf. Wilber & McNeilly, 2001; McDonald & Collins, 2000)

b) A teoria da troca social

De acordo com este modelo cada relação é caracterizada pela expectativa de que ela fornece benefícios ou recompensas e de que comporta igualmente responsabilidades. Por outras palavras, cada relação seria marcada pela reciprocidade ou por uma igualdade nas recompensas experienciadas. Além disso cada pessoa numa relação procurará retirar o maior número de recompensas e o menor número de prejuízos, Ora o envelhecimento pode trazer consigo uma maior dependência e – devido ao fenómeno do «ageism» – um mais baixo estatuto social, o que leva a desequilíbrios nas trocas sociais entre o idoso e o seu cuidador. Nestes dois casos existirá uma diferença de poder que altera a reciprocidade, fazendo com que o cuidador sinta maior poder mas simultaneamente menor recompensa na relação. E será este quadro que pode levar a abuso aos maus-tratos desde o abuso financeiro até aos maus-tratos físicos e psicológicos (cf. Wilber & McNeilly, 2001; McDonald & Collins, 2000)

c) O modelo da violência transgeracional

De acordo com este modelo, o abuso corresponderia a um ciclo de violência familiar no qual as crianças mal tratadas ou abusadas se tornariam em abusadores. Por outras palavras, o abuso dever-se-ia a uma aprendizagem ao longo do desenvolvimento, dada pela observação e/ou experiência de abuso ou maus-tratos, que se perpetuaria assim de geração em geração. É um modelo que tem as suas bases em estudos de violência familiar. Giordano & Giordano (1984) apontam para o facto de que em algumas famílias as crianças aprendem desde muito cedo que a violência é uma resposta aceitável ao stress bem como vários guiões (“scripts”) desta natureza para orientarem o seu comportamento no futuro. De acordo com um estudo de Steinmetz citado por Giordano & Giordano (1984), uma em cada 400 crianças que eram educadas de forma não violenta agrediam os seus pais mais tarde contra uma criança em cada duas que era maltratada e violentada pelos seus pais. Estes números parecem não deixar dúvidas sobre a forte componente de aprendizagem familiar deste tipo de resposta.

d) O modelo da violência bidireccional

De acordo com este modelo, a violência e o abuso são um fenómeno bidireccional sendo praticado, por isso, tanto pelo cuidador como pela pessoa que recebe os cuidados. Parece ser um fenómeno típico de famílias que ao longo do seu ciclo de desenvolvimento exercem controlo uns sobre os outros gritando, batendo ou ameaçando. Além disso Steinmetz (1988), que deu o nome a este modelo, constatou que em muitos casos há mais violência (tal como bater ou atirar objectos) da parte de quem recebe os cuidados do que pela parte do cuidador – 22% contra 3% dos casos. McDonald & Collins chamam modelo de interacção simbólica a esta abordagem, apontando para o facto de que no tema do abuso ou maus-tratos a idosos, não são só os comportamentos que estão em causa mas também a interpretação simbólica que cada um faz do comportamento do outro.

e) O modelo da psicopatologia do perpetrador

Finalmente, um outro modelo propõe que o risco de abuso está relacionado com as características do “abusador”. E dentro destas estão sobretudo em evidência aspectos da sua saúde mental (cf. Penhale & Kingstone, 1997). Em estudos realizados nos Estados Unidos, por Wolf e Pillemer (1989), 38% dos abusadores tinham história de doença mental e 48 % referiam uma diminuição na sua saúde mental.

4. Uma perspectiva forense do abuso (um modelo de averiguação de abuso)

Sendo este livro dedicado à psicologia forense, este artigo não poderia deixar de abordar uma perspectiva forense sobre o abuso de idosos. Assim, neste ponto, deter-nos-emos a construir um modelo que sirva de guia à avaliação de casos onde possa estar a ocorrer maus-tratos ou negligência de idosos. Este modelo poderá ser utilizado na prática privada, bem como em serviços de saúde e serviços sociais, por psicólogos ou outros técnicos credenciados. Iremos traçar pontos-chave da consideração deste modelo guia. Os conceitos e momentos chave do modelo que propomos são: o atendimento, a exploração, a avaliação e a finalização. Referir-nos-emos de seguida a cada um destes momentos com a consciência prévia de que eles não constituem uma sequência linear e diferenciada de passos mas, antes, momentos imprescindíveis do processo global de avaliação da possibilidade de maus-tratos. Durante todo este processo deveremos ter em conta variáveis relativas à vítima, ao cuidador (abusador), à relação entre eles, à história familiar, ao contexto mais próximo onde vivem, sem esquecer a cultura mais vasta que, com frequência, produz mitos sobre os idosos e segrega-os. Devemos igualmente manter uma consciência viva da complexidade do assunto dos maus-tratos e da impossibilidade de, em muitos casos, se ser categórico acerca da ocorrência ou não do abuso. Finalmente, é importante também manter a consciência de que não só a psicologia mas também a medicina, a enfermagem e vários serviços sociais podem e devem contribuir

com a especificidade das suas abordagens para a identificação do abuso. Vejamos, de seguida, o esclarecimento de cada um dos momentos chave do modelo.

Atendimento. A ideia básica de um atendimento é que o utente, a vítima ou o cliente se sinta acolhido, seguro e compreendido, ao longo de todo o contacto com o profissional que vai averiguar a possibilidade de abuso. No que respeita à vítima, em especial, é vital que ela possa ser atendida na maior privacidade, sozinha e que se possa estabelecer e construir uma relação de confiança, calorosa, de empatia e de suporte com a qual se vai discutir e compreender os problemas do idoso. Pode acontecer que para se atingir tal relação não chegue um encontro, mas sejam necessários vários até que a vítima sinta a confiança necessária em fazer auto-revelações. Welfel, Danzinger e Santoro (2000) apontam para a importância de o atendimento ser feito, não com todos os membros da família juntos mas, antes, em separado, devido à maior probabilidade de haver expressões mais honestas. O idoso pode refrear-se a fazer revelações no caso de estarem presentes todos os membros da família, especialmente se forem cuidadores. Os mesmos autores apontam o exemplo da abordagem de matérias de higiene pessoal como um dos assuntos que mais privacidade exige, para não haver sentimentos de embaraço ou constrangimento que podem impedir revelações seguras. Da parte dos cuidadores pode haver igualmente maior honestidade nas revelações porque

podem, numa relação a dois, expor com menor relutância os seus problemas em lidar com a pessoa idosa.

Quando os ingredientes de um *atendimento* estão presentes *ao longo de todo o processo* de avaliação, teremos fortes possibilidades de fazer uma avaliação fidedigna. O atendimento constitui-se como um conjunto de competências que devem estar presentes ao longo de toda a avaliação – e não só nos primeiros momentos do contacto – que visa proporcionar condições para a compreensão do utente e para a construção de confiança mútua; dito por outras palavras, é necessário efectuar atendimento ao longo de todo o tempo que dure o contacto, sobretudo se se tratar da vítima. É importante enfatizar isto devido ao facto de a detecção de maus-tratos ser uma tarefa difícil por várias razões. Os ferimentos podem estar cobertos por roupas ou explicados com a frequência com que o idoso sofre quedas e se fere. O abuso emocional e financeiro não é detectável pela simples observação ou pelo simples atendimento (Cf. Welfel, Danzinger & Santoro, 2000). Por isso mesmo é importante que o atendimento crie condições de empatia com as quais se possa proceder à exploração das condições de existência do idoso. Por outro lado, a detecção do abuso é difícil igualmente porque muitas vezes nem a vítima nem o abusador querem revelar o problema. As vítimas experienciam uma série de receios, já atrás expostos, quanto à revelação, que vão desde o medo do abandono, à institucionalização, até ao temor de serem eles próprios os responsáveis pelo

abuso ou/e não quererem que se accionem processos legais contra o cuidador – que, como sabemos, é com frequência o cônjuge ou filho. Isto significa que, para além de dúvidas na legitimidade da sua dor, a vítima desconhece, com frequência, os apoios ou recursos que poderá ter se denunciar a situação e se se tornar menos dependente do agressor. O agressor, por seu lado, sente muitas vezes vergonha do seu comportamento e não quer “manchar” o nome de família, sobretudo se se tratar de abuso financeiro.

Devido ao facto de o abuso ser muito sub referenciado e ser relativamente frequente e subtil nas suas formas, é importante considerar a possibilidade de ele estar a ocorrer sempre que se está em presença de idosos frágeis ou dependentes da família ou de outros. Sobretudo, como assinala Reis (2000), se nos confrontarmos com um perfil em que temos um cuidador problemático, com dificuldade de relacionamento com outros e um idoso que já foi vítima de abuso no passado e que tenha um suporte social inadequado. Por tudo isto, o atendimento deve revestir-se de uma grande sensibilidade, equilíbrio e profissionalismo. Sensibilidade, porque muitos atendimentos não terão a forma de um atendimento tradicional, mas passar-se-ão em serviços de saúde ou serviços sociais ou em outros contextos onde estejam idosos. E, por esse motivo, pode-se fazer atendimento sem o formato tradicional de um atendimento, no qual há um pedido ou uma marcação prévia. Equilíbrio, porque não se pode estereotipar todo o idoso como sendo

vítima de abuso mas, paralelamente, não se deve deixar de colocar e explorar essa possibilidade. Profissionalismo porque é sempre necessário seguir a orientação de o atendimento se passar na maior privacidade, obedecendo a guiões validados e sob uma relação empática e de confiança.

O conjunto destes dados leva-nos a sustentar a centralidade de uma atitude de atendimento durante o processo de avaliação de maus-tratos; esta atitude de atendimento deve ir mais além do que as necessárias competências interpessoais focalizando-se, igualmente, no conhecimento de recursos sociais, médicos e legais concretos que podem e devem ser sugeridos ou propostos ao utente durante o processo ou o momento da finalização. Nesta mesma linha de argumentação, quase seria desnecessário dizer que as estratégias confrontativas – que são de alguma forma a antítese de uma atitude de atendimento – devem ser evitadas, especialmente se estamos a tratar da vítima, na medida em que reduzem a quantidade e o tipo de informação que pode ser solicitada (cf. Wieland, 2000).

Exploração. A exploração diz respeito às estratégias intencionais de recolha de dados que permitirão emitir um juízo da probabilidade, da extensão, do foco e da dinâmica do abuso. Os momentos de exploração são momentos muito sensíveis da avaliação, na medida em que podem permitir obter dados suficientes não só para se detectar o abuso como, também, para o interpretar e explicar, que é o foco central do próximo momento.

Na exploração é importante não só o conteúdo ou o foco mas igualmente a forma como se procede à exploração. Por exemplo, a pergunta “ Sente-se seguro em casa?” pode provocar com mais probabilidade um relato honesto e importante do que “ Sente-se posto em perigo por outra pessoa em sua casa?” (cf. Welfel, Danzinger & Santoro, 2000). Esta última forma de explorar, que é desde logo acusatória, pode levar a reacções de defesa da própria vítima, que impedem um relato aberto e seguro. No que respeita ao cuidador é igualmente importante ter cuidados se queremos explorar com sensibilidade as suas respostas emocionais às situações de cuidado. Por exemplo, será melhor perguntar “ Cuidar de um pai com doença de Alzheimer deve ser muito difícil. Alguma vez perdeu o controlo?” do que “ Alguma vez mal tratou o seu pai devido ao stress?”

Daremos ainda mais alguns exemplos de formulação de perguntas sensíveis que foram sugeridas por Lachs & Pillemer (1995) e citadas no trabalho de Welfel, Danzinger e Santoro (2000):

“ Quem prepara as suas refeições e o(a) ajuda a manter a higiene pessoal?
Está satisfeito com os cuidados que tem?”

“ Quem guarda o seu livro de cheques? Sente controlo das suas finanças ou
satisfeito com a forma como estão a ser geridas?”

“ Tem com frequência desacordos com _____ (pessoa que presta cuidados
ou que pode estar a praticar maus tratos)”

“ Quando vocês discordam de _____o que é que acontece?”

“ Tanto quanto é capaz, sente liberdade de se movimentar dentro da casa ou para outros lugares?”

Além da sensibilidade com que a exploração deve ser feita, de modo a garantir segurança e a permitir a livre expressão, deve-se procurar focalizar diferentes áreas. Por exemplo, Reis (2000) propõe uma medida de despiste do abuso com base numa investigação em que procurou verificar a importância de uma lista de 60 itens como indicadores de abuso. Desses 60 itens iniciais verificou que 29 tinham importância enquanto indicadores de abuso. Paralelamente constatou que outros itens habitualmente relacionados como estando associados ao abuso, na realidade não se mostraram associados na sua investigação. Dos indicadores que se mostraram associados observou variáveis relacionadas com o cuidador e variáveis associadas com o idoso. A tabela seguinte ilustra as associações encontradas e os números indicam sequencialmente a força dessa associação.

Indicadores de Abuso (Reis, 2000)	
<i>Cuidador</i>	<i>Idoso</i>
1. Ter problemas de comportamento	4. Foi abusado no passado
2. Estar financeiramente dependente	5. Tem conflitos conjugais/familiares
3. Ter problemas mentais/emocionais	8. Pouca compreensão da sua condição médica

6. Ter problemas de abuso de álcool ou outras substâncias	11. Sofre de isolamento social
7. Ter expectativas irrealistas	15. Falta-lhe suporte social
9. Não compreende a condição médica do idoso	16. Tem problemas de comportamento
10. Relutância nos cuidados	18. É financeiramente dependente
12. Ter conflitos conjugais ou familiares	19. Tem expectativas irrealistas
13. Relação actual de baixa qualidade com o idoso	20. Tem problemas de álcool ou de medicação
14. Inexperiência na prestação de cuidados	21. Relação actual com o cuidador de baixa qualidade
17. Acusador	22. Sofre de ferimentos ou de quedas suspeitos
24. Relação passada com o idoso de baixa qualidade	23. Tem problemas emocionais/mentais
	25. Acusador
	26. É emocionalmente dependente
	27. Não tem médico regular

Assim, os três indicadores mais fortemente associados ao abuso estavam relacionados com o cuidador e foram os seus problemas de

comportamento, o estar financeiramente dependente do idoso e ter dificuldades ou problemas mentais ou emocionais. O quarto e o quinto indicador mais fortemente associado ao abuso, já disse respeito ao idoso e refere-se a ter sido abusado no passado e a ter conflitos conjugais ou familiares. Note-se que a estes indicadores não pode ser imputada a causalidade do abuso mas, apenas, uma associação que é mais ou menos forte consoante a variável considerada. É por esse motivo que alguns autores preferem falar de factores de risco.

Wolf (1998) apresenta, como factores de risco, itens semelhantes. Assim, para esta autora os dois principais factores de risco também se relacionam com o cuidador, nomeadamente a *dependência que o abusador tenha da vítima*, especialmente se for suporte financeiro e o *estado psicológico do abusador*, nomeadamente se praticar abuso de substâncias ou tiver história de doença mental. No primeiro caso há uma associação com o abuso físico e financeiro e, no segundo caso, uma associação com o abuso físico e psicológico. Outros dois factores de risco apontados por Wolf dizem respeito ao idoso vítima e à sua família, nomeadamente o *estado físico e cognitivo do idoso* – que se relaciona mais fortemente com a negligência do que com outras formas de maus-tratos e o *isolamento social da família*, que ocorre mais provavelmente em casos de negligência e de abuso financeiro.

À semelhança de Reis (2000), que constatou a pouca importância dos sentimentos de stress físicos ou emocionais, tanto do cuidador como da

vítima, no abuso de idosos, Wolf (1998) constata igualmente que acontecimentos de vida stressantes e uma história de violência são inconclusivos no que respeita ao abuso de idosos embora pareçam ser significativos no que respeita ao abuso de crianças e à violência conjugal. Vejamos, na tabela seguinte, os factores que, para Reis (2000), não estiveram significativamente associados ao abuso.

Itens constatados como não importantes na identificação de casos de abuso (Reis, 2000)		
<i>Para o cuidador e vítima</i>	<i>Para a vítima</i>	<i>Apenas para o cuidador</i>
Sentimentos de stress (físicos, emocionais e outros)	Relação de fraca qualidade com um cuidador	Cometeu abuso no passado
Dependência da família para actividades de vida diária (AVDs)		Sofre de isolamento social
Dependência de outros para actividades de vida diária (AVDs)		Falta de suporte social
Tem défices cognitivos		Dependência emocional

Tem défices físicos		Quedas ou ferimentos suspeitos
Tem outras dificuldades financeiras para além da dependência		Não faz consultas regulares ao médico
Deseja institucionalização		

Hirsch (2001), sumariando, de uma perspectiva médica, alguns trabalhos no domínio dos maus-tratos fornece-nos, igualmente, sinais indicadores de abuso. Apresentamos, de seguida, uma tabela que assinala sinais gerais, sinais físicos suspeitos e factores relacionados com o cuidador e com a vítima que se mostraram associados ao abuso.

Sinais de possíveis maus-tratos (Hirsch, 2001)

Generais	Sinais físicos suspeitos	Cuidador	Vítima
Cuidador de um idoso com défices cognitivos falta a	Múltiplas escoriações em diferentes fases	Baixo conhecimento dos problemas	Medo do cuidador (por exemplo, demonstrar medo)

uma consulta	de recuperação	médicos do idoso	quando o cuidador se aproxima)
O cuidador não visita o paciente no hospital	Escoriações em locais não usuais	Tentativas de dominar a entrevista médica	Relutância em estabelecer contacto ocular
Relutância em responder a perguntas sobre sinais físicos ou doenças suspeitas	Ferimentos com um padrão (ferimentos na forma do objecto usado para os provocar)	Abuso verbal ou hostilidade para o idoso durante o encontro	Diagnóstico de demência com história de desordens de comportamento
Explicações vagas ou não plausíveis do cuidador ou do paciente acerca de ferimentos	Evidência de ferimentos antigos não documentados previamente	Hostilidade para com o profissional de saúde	
Tensão ou indiferença entre cuidador e paciente	Nariz ou dentes partidos	Evidência de abuso de substâncias ou de problemas de	Depressão, ansiedade, insónia

	<p>Evidência radiográfica de fracturas antigas desordenadas</p> <p>Níveis sub terapêuticos de drogas</p> <p>Ausência de óculos, próteses dentárias ou auditivas</p>	saúde mental	
--	---	--------------	--

O conhecimento da investigação sobre factores de risco

Na ausência de sinais evidentes de abuso, o conhecimento dos factores de risco pode ser de grande ajuda para orientar os momentos de exploração. Na presença de sinais ou sintomas suspeitos deve-se, por rotina, considerar a possibilidade de se saber o grau no qual o abuso ou a negligência representam algum papel no seu aparecimento ou desenvolvimento. Mas na ausência desses sinais evidentes ou sintomas, deve-se começar por investigar a presença de factores de risco e orientar a avaliação por uma exploração aprofundada e sensível dos mesmos.

De acordo com Hirsch (2001), os principais factores de risco para o abuso são a *excessiva dependência do idoso de outrem* para as suas actividades de vida diária e o *stress do cuidador* – podendo este ser visível através de uma baixa qualidade da relação, devido a stressores externos como o emprego, a família ou as finanças pessoais, a falta de suporte social, o esgotamento emocional, depressão ou o aumento das necessidades de cuidados de um familiar demente. Para além destes dois factores que lideram como factores de risco, Hirsch (2001) considera ainda a existência de uma *história de violência familiar*, de *psicopatologia no cuidador* – como abuso de substâncias, personalidade sociopática, hostilidade dirigida a idosos, o ser autoritário ou rígido com os outros – a *dependência que o cuidador tenha do idoso* para habitação ou para ter suporte financeiro, o *ambiente sociocultural*, como por exemplo, uma habitação inadequada, *personalidade exigente do idoso* e a existência de *sanções culturais* contra a procura de ajuda fora da família.

Buttler (1999), por seu lado, refere como factor de risco principal, a coabitação do idoso com um membro familiar, especialmente se este membro detiver todo o controlo da sua situação de saúde e de cuidados (cf. Pennant, 2000).

Outro factor de risco importante é quando estamos na presença de défices cognitivos no idoso. Numa investigação conduzida por Cooney & Mortimer (1995), 55% dos 67 cuidadores de dementes que responderam a um

questionário admitiram ter cometido abuso, especialmente abuso verbal. Neste mesmo estudo fica claro o grande factor de risco que é a coabitação do cuidador com o idoso com demência. Nos 67 questionários recebidos dos 200 que foram enviados, constatou-se que 55 % dos cuidadores de idosos com demência admitiram ter cometido abuso físico (11,9%) e especialmente abuso verbal (52,2%) e alguma forma de negligência (11,9%). De todos estes respondentes apenas 1,5% admite ter praticado os três tipos de abuso e 17,2% 2 tipos de abuso. Alguns estudos anteriores, referenciados pelos autores, davam conta que uma pessoa com a doença de Alzheimer tem 2,25 vezes mais probabilidade de ser vítima de abuso do que outro qualquer idoso que viva na comunidade.

Curiosamente, neste estudo, não se constatou qualquer associação entre o tipo de abuso e o resultado nas escalas de dependência física e nas escalas de distúrbios de comportamento e de humor. Também não se constatou relação entre a dependência do cuidador sobre a pessoa idosa e o abuso, ao contrário do que constatou Pillemer referido por Lang (1993).

Outro dado importante no estudo de Cooney & Mortimer (1995) é o de que os cuidadores que admitiam praticar abuso físico tinham pontuações significativamente mais elevadas no questionário de medida da saúde psicológica, o que indica problemas de saúde. Finalmente, no que respeita à relação cuidador paciente, constatou-se que os cuidadores que praticavam o

abuso verbal e a negligência tinham uma relação de baixa qualidade com a vítima, anteriormente ao início da demência.

Neste estudo também se tornou evidente que os cuidadores que praticavam abuso físico eram cuidadores com um tempo de cuidado significativamente maior do que os que não praticavam abuso (7,9 anos contra 5,1 anos) e os que praticavam abuso verbal apreciavam-se a si próprios como estando socialmente mais isolados do que os não abusadores.

Dois dados interessantes e controversos deste estudo foram, por um lado, a ausência de suporte para o estereótipo de um perfil de vítima-abusador como uma mulher fisicamente incapaz, que vive com um cuidador dependente materialmente dela e, por outro lado, a qualidade pré-mórbida da relação que parece ser um indicador importante do posterior abuso verbal. A passagem do abuso verbal para o abuso físico pode resultar de uma sobrecarga duradoura de trabalhos de cuidado e da ausência de estratégias adequadas de coping por parte do cuidador para além da falha nos sistemas de suporte social ou/e nos serviços de saúde.

Na medida em que os abusadores físicos são igualmente abusadores verbais e que os abusadores físicos parecem ter resultados bem diferenciados no questionário de saúde geral de Goldberg & Williams (1998), uma estratégia de exploração importante seria administrar este instrumento a todos os indivíduos de quem se suspeite de abuso verbal.

Um outro factor de risco, este de natureza e de origem psicológica, é apontado por Pennant (2000): lutos não resolvidos que podem emergir tarde na vida das pessoas, podem ser um factor de risco para o abuso. A fragilidade, o sofrimento e a confusão experienciados pelo idoso podem ser instrumentalizados para a prestação de serviços excessivos ou desnecessários e que resultam na exploração financeira do idoso

Queremos ainda apresentar o trabalho de Ramsey-Klawnsnik (2000), que, embora focalizado na personalidade dos abusadores, nos elucida sobre a possível multidimensionalidade do fenómeno do abuso. De acordo com o autor, podemos encontrar 5 tipos de abusadores: abusadores stressados (“ overwhelmed offenders”), abusadores limitados ou com problemas (“ impaired offenders”), abusadores narcisistas (“ narcissistic offenders”), abusadores dominadores (“ domineering or bullying offenders”) e abusadores sádicos (“ sadistic offenders”). Esta tipologia chama a atenção para alguns traços que já antes havíamos referido, nomeadamente a importância dos factores situacionais e dos factores de personalidade, sobre a probabilidade de o abuso ser episódico ou crónico, sobre o nível de intimidação e de danos que o abusador provoca na vítima. O tipo de abusador stressado chama-nos a atenção para (1) a carga de trabalho da responsabilidade do cuidador que, quando excede as suas capacidades, pode transformá-lo em abusador episódico e ainda (2) para as práticas de gestão de algumas instituições que podem favorecer o aparecimento de abusadores stressados, devido a turnos

duplos, trabalho sem pausas, uma proporção inadequada de trabalhadores e pouco treino ou supervisão. Estes ingredientes constituem-se como factores de risco para o aparecimento deste tipo de abusador e devem por isso ser tidos em conta numa avaliação de despiste de maus-tratos. Por seu lado, os abusadores limitados exercem os maus-tratos principalmente sob a forma de negligência, visível, por exemplo, na manipulação de medicamentos. Por vezes este tipo de abusador também recorre ao abuso físico e psicológico sob a forma crónica ou intermitente dependendo do tipo de deficiência de que padece. A exploração financeira e a negligência são os principais maus-tratos dos abusadores narcisistas. Estes, os abusadores dominadores e os sádicos tendem a praticar maus-tratos de forma crónica e muitas vezes em escalada. As vítimas tendem a temer os dominadores e os sádicos.

Avaliação

Diz respeito aos momentos em que o técnico avaliador, com base nos indícios recolhidos ao longo do atendimento e da exploração, procura interpretar teoricamente ou conjugar os dados através de articulação teórica plausível. Este momento do processo de avaliação da possibilidade de abuso, torna o acto de avaliação não um mero acto de rotina, de verificação da presença ou ausência de indícios ou de factores de risco mas, igualmente, um

acto de reflexão, de articulação de dados e de construção de teoria e, portanto, de construção de significado a partir da observação realizada e da experiência tida ao longo de todo o processo de avaliação. Os modelos teóricos aos quais se pode recorrer em primeiro lugar serão aqueles já apresentados atrás: O modelo do stress situacional, a teoria da troca social, o modelo da violência transgeracional, o modelo da violência bidireccional, o modelo da psicopatologia do perpetrador. Contudo, admitimos que a construção de significado possa e deva conter igualmente a construção de teoria pessoal, oriunda dos quadros de conhecimento e de experiência do avaliador. Como se poderá verificar, as teorias sobre o abuso não parecem ser, quando utilizadas para interpretar casos concretos, mutuamente exclusivas. Por isso mesmo, a articulação e a construção pessoal torna-se, para além de importante, necessária para dar sentido às ocorrências e condições sempre idiossincráticas do abuso ou maus-tratos. A partir deste processo particular de avaliação, poderemos ficar na posse de histórias de abuso, que fazem sentido à luz das interpretações adiantadas pelo próprio avaliador e que são passíveis de nos fornecer ensinamentos, não só sobre as condições específicas do abuso mas, também, sobre o funcionamento humano debaixo de certas condições. É importante que o técnico que avalia para além de poder detectar o abuso, compreenda a sua dinâmica. É um pouco como fazem os criminologistas para quem não basta descobrir o crime e os culpados; é necessário igualmente descobrir os motivos e explicar. Assim, é importante obter alguma confirmação

do ponto de vista teórico, da dinâmica do abuso. É importante que os dados recolhidos sejam plausíveis à luz de algum modelo ou teoria de abuso, isto é, que possam ser explicados e que essa explicação faça sentido.

Vimos até agora como o processo geral de avaliação de maus-tratos ao idoso, é um processo que começa por *atender* o idoso, por explorar e identificar indícios, complementados com a observação ou com a enunciação de factores de risco e prossegue com a elaboração teórica explicativa ou interpretativa dos comportamentos de abuso. Falta-nos ainda identificar o último passo deste processo geral de avaliação dos maus-tratos, a que chamamos *finalização*.

Finalização. O processo geral de avaliação dos maus-tratos deve terminar com aquilo a que chamamos *finalização*. A *finalização* envolve a comunicação tanto com a vítima como com o abusador, bem como ainda com a sociedade mais ampla, com as suas instituições de suporte social económicas e jurídico-criminais². Essa comunicação visa finalizar o contacto com a vítima e eventualmente com a sua família e/ou cuidador e iniciar a participação à sociedade mais ampla através de algumas instituições vocacionadas para receber informações (com finalidade de apuramento estatístico, por exemplo) ou darem seguimento adequado a necessidades apuradas de apoio social,

² Entre nós, o Instituto para o Desenvolvimento Social (2002) publicou uma interessante brochura informativa que visa a prevenção da violência institucional contra os mais idosos.

económico ou jurídico. O que estamos a propor é que o acto de avaliação de maus-tratos não possa ou não deva fechar-se em si mesmo – ser apenas um acto técnico acéfalo – se o resultado dessa avaliação indiciar um abuso provável. É fundamental assegurar à vítima a legitimidade do seu sofrimento e informá-la dos meios que poderão ser colocados à sua disposição para a sua situação de sofrimento terminar, envolvendo para isso algumas instituições sociais, responsabilizando-as também, no quadro do respeito pelos direitos humanos fundamentais.

O sigilo que costuma proteger este tipo de relação profissional de ajuda, deve apresentar o limite decorrente da identificação de maus-tratos. Contudo, deve haver uma sensibilidade especial para se garantir que a vítima de maus-tratos não seja ainda mais penalizada por ter confiado expor a sua dor. Isto significa que deve ser garantido o apoio psicológico, social, jurídico e até mesmo económico para que a vítima possa sentir a coragem para protagonizar, também, a transformação do seu actual padrão de relações de dependência e de cuidados. Por outras palavras, parece-nos necessário que a vítima ganhe consciência de que, caso esteja a ser submetida a abuso ou a negligência, estes são inaceitáveis e de que poderá encontrar os apoios necessários a alterar as suas circunstâncias de vida.

A finalização é assim um processo que dá um necessário sentido social à avaliação efectuada, catalisando – sempre que necessário – a problemática

encontrada para serviços que apoiem ou protejam a vítima ou, então, que penalizem ou recuperem o agressor ajudando, assim, a construir uma cultura de dignidade e de respeito para com a pessoa mais idosa.

Conclusão

Os maus-tratos e a negligência aos idosos serão um dos problemas de saúde pública onde será mais certo um aumento nas próximas décadas. É importante que a sociedade portuguesa se possa preparar para responder a este novo problema social, que parece não estar associado apenas a certos estratos da população mas, antes, disseminado por todo o tecido social. Essa preparação poderá ser feita, por um lado, pela criação de instituições às quais se possa referenciar o abuso detectado ou muito provável e que sirvam, assim, inequivocamente, de protecção aos idosos. Por outro lado, é fundamental treinar ou educar diferentes técnicos de saúde – parece-nos fundamental que os diferentes curricula de formação de profissionais de saúde comecem a incluir formação específica nesta área – localizados em diferentes instituições, na detecção do abuso aos idosos. Seria um contra-senso apregoar a importância da avaliação e do despiste dos maus-tratos na ausência de instituições sociais que efectivamente defendam e protejam socialmente, juridicamente e economicamente os idosos, vítimas de abuso ou negligência. Seria encorajar o idoso a falar e a revelar a sua vida, alterando assim os seus

informações sobre competências mínimas de avaliação e de cuidado dos mais idosos.

relacionamentos habituais, sem que pudesse dar sequência às suas aspirações a ser bem cuidado. Não podemos, pois, apoiar o idoso a ser protagonista de mudanças na sua vida e na sua condição no caso de existência manifesta de maus-tratos, se não existir uma retaguarda social que lhe assegure essa aspiração.

Temos de admitir, por outro lado, que temos um atraso substancial na tomada de consciência da “ realidade” do abuso. Apesar disso, julgamos haver condições e a oportunidade de, desde já, tomarmos atitudes culturais mais ecléticas e inclusivas da exigência de uma sociedade para todas as idades, na qual a perspectiva forense do abuso de idosos não se restringiria a casos individuais, a ocorrências micro-relacionais que somos chamados a avaliar mas, antes, poderia ser alargada proactivamente, permitindo a identificação dos estereótipos culturais, de omissões e de mitos como causando danos de monta a todos os idosos. Isto significa que nos parece que algumas atitudes culturais que se mantêm face aos idosos são verdadeiros casos forenses, não permitindo uma verdadeira igualdade de oportunidades existenciais de respeito, consideração e protecção para todas as idades.

Queremos finalizar apontando para a importância e necessidade de mantermos este duplo registo sempre que falamos ou intervimos nos maus-tratos a idosos: por um lado o registo da ocorrência, a compreensão micro-relacional dos maus-tratos concretos e visíveis e, por outro lado, o contexto

social e cultural mais vasto que de forma directa ou indirecta pode encorajar ou desencorajar essa ocorrência.

Referências

- American Psychological Association. (1999). *Elder abuse and neglect: In search of solutions* [Brochure]. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Baker, A. (1975). Granny battering. *Modern Geriatrics*, 5, 20-24
- Baltes, P. & Smith, J. (2002). *New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of fourth age*. Plenary lecture prepared for the Valencia Forum, Valencia. Spain
- Brammer, A. & Biggs, S. (1998). Defining elder abuse. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 20 (3), pp.285-304.
- Burston, G. (1975). Granny-battering (letter), *BMJ*. 3, 592
- Buttler, R. N. (1999). Warning signs of elder abuse. *Geriatrics*, 54, 3
- Cooney, C. & Mortimer, A. (1995). Elder abuse and dementia: a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 4: 276-283
- Dyer, C. & Rowe, J. (1999). Elder abuse. *Trauma*, 1: 163-169
- Ferreira-Alves, J. (2003). Saúde mental e maus tratos a idosos. Comunicação apresentada às *I Jornadas de Saúde Mental no Idoso*. Porto
- Gold, D. & Gwyther, L. (1989). The prevention of elder abuse: An educational model. *Family Relations*, 38: 8-14
- Goldberg & Williams (1998). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER

- Hirsch, C. & Loewy, R. (2001). The management of elder mistreatment: The physician's role. *Wien Klin Wochenschr* 15;113(10):384-92
- Hudson, M. & Col. (1999). Elder abuse: Some African American views. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 9:915-939
- Instituto para o Desenvolvimento Social (2002). Prevenção da violência institucional perante as pessoas idosas e pessoas em situação de dependência. Ministério da Segurança Social e do Trabalho.
- Krebs, D. (2000). The evolution of moral dispositions in the human species. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 907:132-148
- Lang, S. S. (1993). Findings refute traditional views on elder abuse. *Human Ecology*, 21, 3
- Marshall, C. E. & Benton, D. & Brazier, J. M. (2000). Using clinical tools to identify clues of mistreatment. *Geriatrics*, 55, 2: pp. 42-53
- McDonald, L. & Collins, A. (2000). Abuse and neglect of older adults: a discussion paper. The National Clearinghouse on Family Violence. Ontario. <http://www.hc-sc.gc.ca/nc-cn>
- National center on elder abuse at the American Public Human Services Association (1998). The national Elder Abuse incidence study. Copiado de <http://www.aoa.gov/abuse/report/default.htm> em 2 de Setembro de 2002
- Penhale, B. & Kingston, P. (1997). Elder abuse, mental health and later life: steps towards an understanding. *Aging and Mental Health*, 1 (4): 296-304
- Pennant, L. (2000). Unresolved grief: A risk factor for abuse and neglect in old age. *Generations*, Vol. 24 Issue 2
- Ramsey-Klawnsnik, H. (2000). Elder abuse offenders: A typology. *Generations*. Vol. 24 Issue 2
- Reis, M. (2000). The IOA screen: An abuse-alert measure that dispels myths. *Generations*, Vol. 24 Issue 2
- United Nations (2002). Abuse of older persons: recognizing and responding to abuse of older persons in a global context. Copiado de <http://www.un.org/ageing/ecn52002pc2eng.pdf> em 27/1/2003
- Vida, S. & Monks, R. & Rosiers, P. (2002). Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47: 459-467

- Welfel, E. & Danzinger, P. & Santoro, S. (2000). Mandated reporting of abuse/maltreatment of older adults: A primer for counsellors. *Journal of Counseling & Development*, 78, pp.284-292
- Wieland, D. (2000). Abuse of older persons: An overview. *Holistic Nursing Practice*, Vol. 14, 4, pp.40-51
- Wolf, R. S. (1998). Domestic elder abuse and neglect. In Ingle Nordhus & Gary VandenBos & Stig Berg & Pia Fromholt (Eds). *Clinical Geropsychology*. Washington: American Psychological Association
- Zinn, L. (2002). Reaching out to protect elders. *Nursing Homes Long Term Care Management*, 51, 5