

Factores de risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos

José Ferreira-Alves¹

Universidade do Minho

Resumo

Muitos técnicos de saúde e forenses bem como a opinião pública em geral parecem estar mais conscientes do que nunca do fenómeno dos maus-tratos na infância e também da violência doméstica. De forma significativamente menos consciente está o problema dos maus-tratos e negligência exercidos contra pessoas idosas por parte dos seus cuidadores. Embora ainda não tenhamos dados da prevalência dos maus-tratos a idosos no nosso país eles não devem ser diferentes dos encontrados em outros países Europeus, Asiáticos e também nos EUA. Os dados de prevalência situam o fenómeno entre os 1% e os 10% na comunidade. Neste artigo, além de revermos esses dados da prevalência, exploraremos o conceito de abuso de idosos, e resumiremos os principais indicadores e factores de risco para o abuso apontados por vários autores.

“Os meus filhos recusaram-se a construir uma casinha lá nas traseiras da casa de um deles para eu viver. Eles dizem que sou muito velha para construir uma casa só para mim. Se fosse mais nova construía. O meu filho tem tanto espaço lá em casa dele. Ele tem muito terreno, agora até tem um pavilhão grande para jogarem à bola, tem muitas lojas... ele é muito rico. E lá na casa onde mora tem muito jardim, mesmo nas traseiras da casa tem muito espaço. E eu só queria uma casinha pequenina para viver. E eu ficava lá arrumadinha no meu cantinho, não chateava ninguém. Eu não precisava disto não (de estar num lar). ...eu tinha uma casinha só minha lá na terra onde sempre vivi, onde criei os meus filhos e onde tenho todas as minhas amigas. Mas os meus filhos venderam-na sem eu saber. Quando cheguei à minha casa vi-a toda fechada e comecei a chorar porque percebi aquilo que tinha acontecido. ... eu estava na casa da minha irmã, Fui lá visitá-la e estive lá uns dias, depois quando voltei vi o que se tinha passado. Eles venderam-me tudo e o que não venderam deram aos vizinhos. Tinha tantas coisas de enxoval, talheres, tinha uma malinha muito linda em Zinco que agora me dava muito jeito para por a minha roupa aqui no meu quarto à minha maneira, eu aqui tenho muito espaço mas a mala faz-me falta. Eles para me contentar deram-me uma mala destas de viagem que não cabe nada, porque dizem que tenho muito espaço e não preciso da mala para nada. Venderam a casa e nunca vi tostão da venda. A casa era minha, eu é que tinha direito ao dinheiro da venda. ...como vim para aqui.... Eu vinha aqui visitar um doente, já nem me lembro quem era. Enquanto estava lá com o doente, eles deveriam ter estado a acertar os preços. Só sei que quando saí eles disseram-me que ia ficar aqui. Eles já tinham a minha mala pronta; já estava tudo tratado e a única que não sabia nada era eu...nem me perguntaram se queria vir para aqui ou nãoparece que não tenho ideia daquilo que quero ... disseram-me que aqui é que estou bem, que tenho conforto, se me achar doente tenho logo quem me valha. ... mas na minha casinha eu estava perto deles e eu contratava uma mulher para cuidar de mim, mas ele não liga nada ao que eu digo. Diz que quer o meu bem mas se quisesse mesmo construía-me a casinha. Eu não peço muito... queria uma casinha pequenina lá nas traseiras da casa dele. Diz que aqui estou bem e que só quer o meu bem.Quando

¹ Professor Auxiliar no departamento de psicologia, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Toda a correspondência relativa a este artigo poderá ser endereçada para o correio electrónico alves@iep.uminho.pt

vim para o lar fiquei nem sei explicar como. Fiquei perdida, muito triste. Fiquei com aquela ideia de que uma pessoa passa uma vida a educar os filhos e dar-lhes tudo de bom E quando vai para velha está sujeita a andar ao mando deles. Agora eles é que sabem tudo. ... Fazem as coisas nas minhas costas, trazem-me para um sítio que eu nem sabia, eu vim para aqui na inocência. Se fosse mais nova, ninguém passava por cima de mim. Vim para aqui, para um lugar onde só há velhos. “ (Senhora X, 91 anos, a viver num lar de idosos no Norte de Portugal, história ouvida em Fevereiro de 2004)

Introdução

Nas poucas vezes que até hoje apresentamos dados e estatísticas internacionais em território nacional sobre o abuso, maus-tratos e negligência a idosos, as reacções têm sido curiosas: ao mesmo tempo que desperta enorme interesse e curiosidade, surge a dúvida de se saber se os dados apresentados retirados de estudos em outros países se aplicarão à nossa realidade nacional.

Embora possa haver dúvidas sobre a prevalência do fenómeno em Portugal, não há qualquer dúvida de que em todos os países em que o fenómeno foi estudado a sua prevalência tem uma dimensão importante. E este facto torna indicativo e até prescritivo que entre nós se façam estudos similares. Enquanto eles não aparecem será importante ir difundindo o conhecimento já obtido em outros contextos acerca do abuso ou maus-tratos de pessoas com mais de 65 anos, sensibilizando desta forma agentes legais, de saúde e de solidariedade social para vários indicadores de possíveis ocorrências. É que além de ser reconhecidamente já um problema de saúde pública é igualmente um problema de direitos humanos, que promete aumentar, na sua prevalência, devido ao aumento exponencial do número de idosos no mundo industrializado.

Neste artigo resumiremos o entendimento praticamente consensual sobre a definição do conceito de abuso em idosos, apontaremos dados conhecidos sobre a sua prevalência em vários países e igualmente indicadores e factores de risco para a ocorrência do abuso ou negligência nos cuidados a idosos.

2. O conceito de abuso

Existem várias propostas de definição e, portanto, de identificação do abuso. As propostas mais extensamente divulgadas são aquelas que permitem uma identificação legal dos maus-tratos com vista, possivelmente, à defesa das vítimas e à penalização dos abusadores. Por isso, poderemos dizer que a esmagadora maioria das definições e diferenciações dos vários tipos de abuso seguem propósitos mais pragmáticos do que conceptuais.

O comité nacional de abuso de idosos nos Estados Unidos (National Center on Elder Abuse, 1998), propõe as seguintes definições de 7 tipos de abuso para idosos não institucionalizados, com base numa análise e revisão das definições já existentes:

- a) *Abuso físico*: o uso não acidental da força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade. As punições físicas de qualquer tipo são exemplos de abuso físico. A submedicação ou sobremedicação 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 aflicção, 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.

Esta tipologia, ou tipologias similares, tem sido explorada no sentido de nela incluir dezenas formas diferentes de cada um dos tipos de abuso. Com base em Anetzberger, 2001 e Nagpaul, 2001, vejamos alguns exemplos de cada um dos diferentes tipos de abuso:

Abuso físico

- a) Bater, empurrar, compelir, arranhar ou restringir
- b) Ameaçar com uma faca
- c) atacar, danificar ou ferir sexualmente

Abuso psicológico

- a) Gritar, chamar nomes, insultar
- b) Ameaçar com ferimento físico
- c) Fechar o idoso num quarto
- d) Seguir o idoso ou andar sempre à volta dele

Negligência pelo próprio ou pelos outros

- a) Negar cuidado e supervisão adequados (especialmente em casos de pessoas com incapacidades físicas ou mentais)
- b) Não estar a ser tratado por problemas físicos de saúde
- c) Isolado dos outros
- d) Vestido inadequadamente face ao tempo ou às condições ambientais
- e) Falta de cobertura adequada

Exemplos de Exploração

- a) Uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedade ou outros bens sem consentimento
- b) Assinatura forjada em cheques ou em outros documentos financeiros e legais
- c) Largas somas de dinheiro retiradas de contas bancárias (sem o seu conhecimento)

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.

Entre nós, num relatório do Provedor de Justiça (2002) acerca da utilização da linha do cidadão idoso nesse ano, ficamos a saber que das 3273 chamadas recebidas nesse ano, 132 diziam respeito a situações de abandono de idosos. Além disso houve 116 chamadas que disseram respeito a “consulta jurídica” e 241 a “informação jurídica”. É possível que algumas destas chamadas de “informação” ou “consulta” jurídica pudessem ter a ver com maus-tratos mas o relatório não nos permite ser conclusivos sobre isso. Para o assunto que nos interessa poderá ser relevante mencionar

que houve 105 chamadas que “caíram” na categoria “solidão”. É possível igualmente que algumas destas chamadas pudessem estar relacionadas com situações de negligência. Contudo o relatório não nos permite concluir isso de forma categórica. Seria bom que esta linha de atendimento pudesse ter protocolos de observação de situações de maus-tratos para os poder identificar. Para além deste relatório não temos conhecimento de outro documento que identifique claramente situações de maus-tratos, negligência ou abandono de idosos. E é pena pois somos dos raros países da Europa que não possuímos estudos de prevalência deste fenómeno. Vejamos de seguida o que sabemos sobre a prevalência do fenómeno em outro países.

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 proteção de adultos – responsáveis por investigar todos os casos de abuso. Não obstante este fenômeno de subreferenciação dos maus-tratos, Zinn (2002) dá conta do aumento de relatos de abuso.

Ao nível da prevalência do fenômeno dos maus-tratos poderemos, com base em estudos norte-americanos e europeus, situá-la entre os 3.5% e os 5.4% (Pillemer and Finkelhor, 1988; Podnieks et al., 1988; Kivela et al. 1992 e Ogg, 1993). Os países a que estes estudos se referem são EUA, Canadá, Finlândia e Reino Unido. Estes são dados sobre a prevalência em 4 países. O primeiro destes estudos exclui a auto-negligência e a exploração financeira. Em termos brutos numéricos estima-se que só nos EUA haverá para cima de 2 milhões de idosos a sofrer abuso de algum tipo por ano. De forma muito resumida ainda temos mais os seguintes dados:

a) Em 1982, Gioglio e Blakemore através de uma amostra randômica de idosos de New Jersey constataram que apenas 1% eram vítimas de abuso. Pillemer e Finkelhor (1988) completaram um estudo em larga escala na região de Bóston para estimar com precisão os maus-tratos a idosos e o abuso doméstico a idosos reportado (excluindo auto-negligência e exploração financeira) em 32 por 1000 idosos. A prevalência de maus-tratos numa amostra randômica de 2020 pessoas idosas foi de 2% para a agressão física, de 1% para a agressão verbal e de 0,4% para a negligência.

b) Na Holanda, 5,6% de pessoas com 65 anos ou mais no Estudo de Idosos de Amsterdão, relataram o abuso ocorrido durante o período de um ano. A prevalência de agressão verbal encontrada foi de 3,2%, de agressão física de 1,2%, de maus-tratos financeiros de 1,4% e de negligência de 0,2% (Comijs, Pot, Smit, et al., 1998).

c) No Reino Unido, a prevalência de abuso numa amostra nacionalmente representativa de 589 pessoas de mais de 60 anos foi de 5,6% para o abuso verbal, 1,7% para o abuso físico e de 1,5% para o abuso financeiro (Ogg & Bennett, 1992).

d) Numa comunidade semi-rural Finlandesa, a prevalência de abuso tanto na comunidade como em instituições foi referenciada em 6,7% para aquelas pessoas de 65 anos e mais (Kivela, Kongas-Saviaro, Kesti, et al., 1992).

e) Experiências de abuso de mulheres na Irlanda, Itália e Reino Unido de uma amostra de 150 pessoas com 60 anos e mais, constataram que 23% tinham tido experiências de alguma forma de maus-tratos. A proporção das que sofria abuso aumentava com a idade (Ockleford, Barnes-Holmes, Morichelli, et al., 2003).

f) Em Hong-Kong, Yan e Tang (2001), referem uma maior prevalência de abuso verbal, na ordem dos 21%, enquanto o abuso físico era de 2% e o abuso social de 4%.

g) Em Londres, Homer e Gilleard (1990) avaliaram a prevalência de abuso de pessoas idosas pelos seus cuidadores e constataram que 45% dos cuidadores admitiram alguma forma de abuso sendo o abuso verbal o tipo mais frequente.

h) Outro estudo de prevalência de abuso de idosos, medicamente focalizado, foi completado na Austrália através de uma revisão retrospectiva de registos de pacientes com mais de 65 anos que tinham sido referenciados para um serviço geriátrico e de reabilitação. Esse serviço à população tinha uma taxa de 4.6% de ocorrência de abuso de idosos (Kurrle, Sadler, & Cameron, 1992).

i) Nos EUA, de acordo com estatísticas do estado, o abuso doméstico de idosos em 1993 foi de 184166, com 60% dos casos confirmados. Em 1994 e 1995 o número de relatos de abuso aumentou para 191053 e 274550 com um leve aumento na confirmação de 61% para 63% (Tatara & Blumerman, 1996; and Tatara & Kuzmeskus, 1997). Em 1996 houve uma quebra no relato de abuso doméstico de idosos para 250281 já com 64% de confirmação (Tatara & Kuzmeskus, 1997). Jogerst, Daly, Brinig, et al. (2003) encontraram 242430 investigações registadas de abuso doméstico de idosos em 47 estados para 1999; isto é 5,5 investigações por cada 1000 idosos. Eles também reportaram 102879 confirmações em 35 estados o que significa que houve 2.7 confirmações por cada 1000 idosos. Há de facto uma discrepância entre o número de casos de abuso investigados por Estados (menos de 0.6%) e o que é encontrado em estudos de população (1-3.2%). As estimativas de que proporção do abuso actual é reportada e confirmada por autoridades do Estado vão de 1 em 14 (Tatara & Blumerman, 1996; Tatara, & Kuzmeskus, 1997) até 1 em 5 (National Center on Elder Abuse, 1998). Podemos concluir destes dados que foram cerca de 5 vezes mais os incidentes de abuso de idosos negligência e auto-negligência que não foram reportados do que os que foram reportados e confirmados por agencias de serviços de protecção de adultos em 1996. Há um consenso geral de que o abuso doméstico é subreportado e uma pesquisa nacional de trabalhadores de serviços de protecção de adultos documentava que 73% acreditava que o abuso era subreportado na sua área de serviço (Jogerst, Daly, & Ingram, 2001).

A proporção dos diferentes tipos de abuso e a identidade dos abusadores e das vítimas

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 que, embora não sejam consensuais em todos os estudos, nos podem dar indicações importantes sobre o fenómeno.

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).

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.

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

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.

3. Indicadores de Abuso e factores de risco

Recentemente propusemos um modelo que pudesse servir de guião à avaliação de maus-tratos ou de negligência de idosos (Ferreira-Alves, no prelo). Esse guião que se focalizava na importância da consideração de 4 momentos na avaliação dos maus-tratos – o atendimento, a exploração, a avaliação e a finalização - faz jus à conhecida complexidade do fenómeno e à necessidade de o avaliador dever contar com a contribuição de várias opiniões e especialidades na apreciação dos casos, na formulação de juízos e nas possibilidades de intervenção. Consideramos hoje que os seguintes factores, comprovados pela investigação, justificam a orientação pelo modelo que propusemos:

- a) O abuso emocional e financeiro não é muitas vezes detectável pela simples observação ou pelo simples atendimento
- b) O idoso pode refrear-se a fazer revelações no caso de estarem presentes todos os membros da família, especialmente se forem cuidadores.
- c) As vítimas vivem uma série de receios desde o medo de abandono, à institucionalização até ao temor de serem eles próprios os responsáveis pelo abuso.

- d) A detecção do abuso é difícil porque muitas vezes nem a vítima nem o abusador querem revelar o problema.
- e) A vítima desconhece, com frequência, os apoios ou recursos que poderá ter se denunciar a situação e se se tornar menos dependente do agressor.
- f) 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.
- g) O abuso é um assunto com demasiado nível de subreferenciação e deve ser sempre considerado especialmente se se estiver na presença de idosos frágeis ou dependentes.
- h) A conjugação do factor “um idoso com pouco suporte social, que já foi abusado no passado”, com “um cuidador problemático, com dificuldades de relacionamento” é de grande risco para a ocorrência de abuso (Reis, 2000)
- i) Embora não se possa estereotipar todo o idoso como sendo vítima de abuso paralelamente, também, não se deve deixar de colocar e explorar sempre essa possibilidade.
- j) Em situações potenciais de maus-tratos é importante fornecer às vítimas, conhecimentos sobre recursos sociais, médicos e legais

Vejamos agora indicadores de abuso referenciados por vários investigadores.

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	23. Tem problemas emocionais/mentais

qualidade	
	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, dizia 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 fizer 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.

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)

Gerais	Sinais físicos suspeitos	Cuidador	Vítima
Cuidador de um idoso com défices cognitivos falta a uma consulta	Múltiplas escoriações em diferentes fases de recuperação	Baixo conhecimento dos problemas médicos do idoso	Medo do cuidador (por exemplo, demonstrar medo 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 saúde mental	Depressão, ansiedade, insónia
	Evidência radiográfica de fracturas antigas desordenadas		
	Níveis sub terapêuticos de drogas		
	Ausência de óculos, próteses dentárias		

	ou auditivas		
--	--------------	--	--

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.

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.

Ramsey-Klawnsnik (2000), apresenta-nos uma tipologia de abusadores consoante o seu tipo de personalidade. Ele distingue 5 tipos de abusadores

- a) Os stressados – quando a carga de trabalho e de responsabilidade excede a capacidade do cuidador ele pode tornar-se em abusador episódico
- b) Os limitados – Estes cuidadores exercem os maus-tratos principalmente sob a forma de negligência mas pode igualmente recorrer ao abuso físico ou psicológico, crónico ou intermitente dependendo do tipo de limitação ou deficiência de que padecem.
- c) Os narcisistas – Estes praticam sobretudo a exploração financeira e a negligência de forma crónica e eventualmente em escalada
- d) Os dominadores – São um dos dois tipos de cuidadores que as vítimas mais temem. Os maus-tratos tendem a ser crónicos
- e) Os sádicos - São um dos dois tipos de cuidadores que as vítimas mais temem. Os maus-tratos tendem a ser crónicos

Conclusão

Os maus-tratos a negligência e também o abandono de idosos serão um problema cada vez com mais visibilidade entre nós. Este aumento de visibilidade dar-se-á quando surgirem estudos de prevalência (Ferreira-Alves, em preparação) e obviamente também quando a comunicação social começar a dar atenção ao fenómeno. Para além disto parece-nos seguro que haverá cada vez mais a consciência de que os maus-tratos a idosos poderão ser um sério problema de saúde pública e um sério problema jurídico-legal. Importa, por agora, difundir o conhecimento que já temos, a partir de estudos levados a cabo em outros países, sobre a dinâmica deste fenómeno e igualmente alertar a comunidade para a importância de reportar em várias instâncias (linha do cidadão idoso, APAV, autoridades em geral) os casos de que têm conhecimento ou de que suspeitam.

Referências

- American Psychological Association. (1999). *Elder abuse and neglect: In search of solutions* [Brochure]. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Anetzberger, G. (2001). Elder Abuse Identification and Referral: The Importance of Screening Tools and Referral Protocols. *Journal of elder Abuse and Neglect*, 13, 1
- Baker, A. (1975). Granny battering. *Modern Geriatrics*, 5, 20-24
- 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
- Comijs, H. e col. (1998). Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *JAGS*, 46: 885-888
- 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
- Ferreira-Alves (em preparação). A prevalência de abuso emocional, físico e sexual de idosos numa amostra da comunidade de Braga.
- 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
- Harrell R, Toronjo CH, McLaughlin J, Pavlik VN, Hyman DJ, Dyer CB. 2002. How geriatricians identify elder abuse and neglect. *Am J Med Sci*. Jan; 323(1):34-8.
- Hirsch, C. & Loewy, R. (2001). The management of elder mistreatment: The physician's role. *Wien Klin Wochenschr* 15;113(10):384-92
- Homer, A. & Gilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *BMJ*, 301: 1359-1362
- 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.
- Kivelä, S. et col. (1992). Abuse in old age: epidemiological data from Finland. *Journal of elder abuse and neglect*, 4 (3): 1-18
- Krebs, D. (2000). The evolution of moral dispositions in the human species. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 907:132-148
- Kurrle, S. & Sadler, P. & Cameron, I. (1992). Patterns of elder abuse. *The Medical Journal of Australia*, 157, 16: 673-676
- Lang, S. S. (1993). Findings refute traditional views on elder abuse. *Human Ecology*, 21, 3
- Litwin, H. & Zoabi, S. (2003). Modernization and elder abuse in an Arab-Israeli Context. *Research on Aging*, 25, 3: 224-246
- 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>
- Nagpaul, K. (2001). Application of Elder Abuse Screening Tools and Referral Protocol: Techniques and Clinical Considerations. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13, 1.
- 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
- Ogg, J. & Bennett, G. (1992). Elder abuse in Britain. *BMJ*, 305: 998-999
- Podnieks, E. & Pillemer (1990). *National survey on abuse of the elderly in Canada. Ontário*: Ryerson Polytechnical Institute
- 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
- Pillemer, K. & Finkellor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *The gerontologist*, 28, 1: 51-57
- 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
- Yan, E. & Tang, C. (2001). Prevalence and Psychological Impact of Chinese Elder Abuse. *Journal of interpersonal violence*, 16, 11: 1158-1174
- Zinn, L. (2002). Reaching out to protect elders. *Nursing Homes Long Term Care Management*, 51, 5