

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE E CRIMINAL

CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS PERPETRADA POR CUIDADORES

Trabalho submetido por
Leonor Isabel Mestre Maia
para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense e Criminal

março de 2024

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO EM PSICOLOGIA FORENSE E CRIMINAL

CARACTERIZAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS PERPETRADA POR CUIDADORES

Trabalho submetido por
Leonor Isabel Mestre Maia
para a obtenção do grau de **Mestre** em Psicologia Forense e Criminal

Trabalho orientado por
Prof.^a Doutora Ana Cristina Neves

e coorientado por
Prof.^a Doutora Iris Almeida e Prof.^o Doutor Ricardo Baúto

março de 2024

Dedicatória

Ao meu grande amor, os meus Avós.

“Não honrar a velhice é demolir de manhã a casa onde vamos dormir à noite”

Jean Baptiste Alphonse Karr

Agradecimentos

Professora Ana Cristina Neves, foi difícil, mas a tese “modesta” está cá fora. O meu obrigada por todos os ensinamentos e dedicação, não só ao longo deste último ano, mas por todos os anos que foi minha docente.

Agradeço aos meus coorientadores, Prof.^a Doutora Iris Almeida por tudo o que me transmitiu ao longo dos últimos cinco anos e, ao Prof.^o Doutor Ricardo Baúto pela sua disponibilidade e paciência.

Aos meus pais, Carla e Ernesto, por me proporcionarem tudo na vida, seja académica ou pessoal, por estarem sempre ao meu lado mesmo estando longe e, por acreditarem em mim quando eu já não o consigo fazer. O meu eterno obrigada!

Aos meus avós, Maria, Antónia, Tói e Feliciano, as pessoas que todos os dias me fazem sentir saudades de casa. O meu obrigada pelas palavras de sossego, preocupação e principalmente de amor. Foi por vocês!

À Dianinha e à Guida, o meu sinónimo de casa, conforto e o meu ombro amigo não só nos momentos mais felizes, mas também nos desafios que enfrentámos juntas. Sem vocês o caminho tinha sido mais difícil!

À Margarida Dias, o meu profundo obrigada, pelo apoio e incentivo inabaláveis. Por te teres dedicado a esta dissertação como se fosse tua (e na realidade é).

A todos os meus amigos, que me acompanharam nestes últimos cinco anos, pelo apoio, amizade e confiança transmitidos. Mas em especial à Jéssica, ao Gui, à Carol e à Idreia pelo companheirismo e por terem sido pilares fundamentais, vão estar sempre no meu coração. Às minhas amigas de sempre Ana Raquel, Telma e Sara que mesmo estando longe estão presentes em tudo na minha vida. E por fim à Ana Rita, por ser o meu braço direito e, por ter feito de mim parte da pessoa que sou hoje.

A ti Egas Moniz, por teres sido a minha segunda casa, por me teres proporcionado tantas aprendizagens e me dares a conhecer pessoas tão incríveis, sem dúvida moldaram o meu crescimento enquanto ser humano. Obrigada!

Resumo

A violência contra a pessoa idosa é caracterizada por qualquer ação, comportamento ou omissão que cause dano a uma pessoa idosa. Esta problemática pode ocorrer em ambientes nos quais deveria existir uma relação de confiança, como relações familiares e/ou contextos institucionais (i.e., cuidadores da pessoa idosa). O presente estudo tem como finalidade analisar as características sociodemográficas dos agressores e das vítimas, caracterizar os fatores de risco e proteção associados à violência contra idosos perpetrada por agressores cuidadores e, verificar se existe associação entre os tipos de violência perpetrada e os fatores de risco e de proteção. A amostra é constituída por 53 processos de avaliações de risco de violência doméstica. Os dados foram recolhidos com recurso ao instrumento *Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence* (AGED). Observou-se que a maioria das vítimas são do sexo feminino e, por sua vez, a maioria dos agressores são do sexo masculino. Os descendentes são os principais perpetradores de violência, verificando-se a violência psicológica como o tipo de violência mais praticada. Destacam-se como fatores de risco do agressor, os comportamentos agressivos, o abuso de substâncias, os problemas financeiros, emocionais e/ou psicológicos e legitimação e/ou banalização da violência. Já nos fatores de proteção, destaca-se o suporte social e comunitário. Observaram-se associações entre os vários tipos de violência (violência física, violência psicológica e negligência) e os fatores medidos pelo instrumento. Verificou-se que quando há ocorrência de negligência, existe uma presença significativamente superior de fatores de vulnerabilidade da vítima. Os resultados destacam a importância de adotar estratégias preventivas e interventivas, envolvendo a colaboração entre os diferentes setores da sociedade e, ainda a necessidade de medidas públicas voltadas para a proteção da pessoa idosa.

Palavras-chave: idosos, fatores de risco, fatores de vulnerabilidade, cuidadores, AGED

Abstract

Elder abuse is characterized by any action, behavior, or omission that causes harm to an elderly person. This issue can occur in environments where there should be a relationship of trust, such as family relationships and/or institutional contexts (i.e., caregivers of the elderly). The present study aims to analyze the sociodemographic characteristics of both perpetrators and victims, characterize the risk and protective factors associated with elder abuse perpetrated by caregiver aggressors, and determine if there is an association between the types of violence perpetrated and the risk and protective factors. The sample consisted of 53 risk assessment processes of domestic violence. Data were collected using the Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence (AGED) instrument. It was observed that the majority of victims are female, while the majority of perpetrators are male. Descendants are the primary perpetrators of violence, with psychological violence being the most commonly practiced type. Risk factors for the aggressor include aggressive behaviors, substance abuse, financial, emotional, and/or psychological problems, and legitimization and/or trivialization of violence. On the other hand, protective factors include social and community support. Associations were observed between various types of violence (physical violence, psychological violence, and neglect) and the factors measured by the instrument. It was found that when neglect occurs, there is a significantly higher presence of victim vulnerability factors. The results highlight the importance of adopting preventive and intervention strategies involving collaboration among different sectors of society, as well as the need for public measures aimed at protecting the elderly.

Keywords: *elderly, risk factors, vulnerability factors, caregivers, AGED*

Índice Geral

Índice das Tabelas	7
Lista de Abreviaturas	9
Caracterização dos Fatores de Risco para a Violência contra Idosos Perpetrada por Cuidadores	11
Evolução do Conceito de Violência contra a Pessoa Idosa	12
Tipologias de Violência	13
Prevalência da Violência contra a Pessoa Idosa	14
O Cuidador da Pessoa Idosa	16
Estratégias de Prevenção da Violência e Proteção da Pessoa Idosa	18
Estratégias de Prevenção da Violência	18
Proteção da Pessoa Idosa	20
Teorias Explicativas da Violência Contra a Pessoa Idosa	22
Modelo da Psicopatologia do Agressor	22
Teoria da Aprendizagem Social	23
Teoria do Stress do Cuidador	23
Teoria das Trocas Sociais	23
Modelo da Violência Bidirecional	24
Teoria do Poder e do Controle	24
Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano	24
Fatores de Risco para a Violência sobre a Pessoa Idosa	25
Vítima	26
Agressor	28
Características da Relação Interpessoal	30
Características Contextuais e Situacionais	31
Avaliação de Risco de Violência contra a Pessoa Idosa	31
Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence (AGED)	34

O Presente Estudo	35
Método	37
Amostra.....	37
Instrumento	37
Procedimento	38
Resultados	39
Características Sociodemográficas	39
Relação Vítima-Agressor.....	40
Tipos de Violência Perpetrada	41
Análise das Dimensões do AGED	41
Fatores de Vulnerabilidade da Vítima	41
Fatores de Risco da Pessoa Agressora	42
Fatores Externos, Contextuais e Relacionais	44
Fatores de Proteção da Vítima/Contexto	45
Total do Nível de Risco do AGED	46
Associações de Variáveis e Comparações de Grupos: Tipos de Violência e Dimensões do AGED	46
Violência Física	47
Violência Psicológica.....	48
Negligência	51
Violência Económica	53
Discussão	55
Implicações Práticas.....	58
Limitações do Estudo e Necessidade de Estudos Futuros	60
Referências.....	63

Índice das Tabelas

Tabela 1. *Características sociodemográficas dos agressores e das vítimas*

Tabela 2. *Relação vítima - agressor*

Tabela 3. *Tipos de violência perpetrada*

Tabela 4. *Fatores de vulnerabilidade da vítima*

Tabela 5. *Fatores de risco do agressor*

Tabela 6. *Fatores externos, contextuais e relacionais*

Tabela 7. *Fatores de proteção da vítima/contexto*

Tabela 8. *Total do nível de risco do AGED*

Tabela 9. *Itens com associação estatisticamente significativa com a violência física*

Tabela 10. *Itens com associação estatisticamente significativa com a violência psicológica*

Tabela 11. *Itens com associação estatisticamente significativa com a negligência*

Lista de Abreviaturas

AGED – *Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence*

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CASE – *Caregiver Abuse Screen*

CP – Código Penal

EAI – *Elder Assessment Instrument*

EARVI – Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos

EASI – *The Elder Abuse Suspicion Index*

H-S/EAST – *Hwaslek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*

IOA – *Indicators of Abuse*

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

QEEA – *Questions to Elicit Elder Abuse*

TAV – Técnicos de Apoio à Vítima

VASS – *Vulnerability to Abuse Screening Scale*

Caracterização dos Fatores de Risco para a Violência contra Idosos Perpetrada por Cuidadores

A população mundial está a envelhecer e todos os países do mundo estão a assistir a um crescimento no número e na proporção de pessoas idosas na sua população (Organização das Nações Unidas, 2019) (ONU). O envelhecimento apresenta-se como um dos desafios centrais do século XXI, pois tem-se registado um aumento contínuo do número de pessoas idosas que transformou as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas (Cabral et al., 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002a), considera-se que um indivíduo é idoso quando, face ao declínio físico, este já não consiga desempenhar de forma independente as atividades necessárias à sua vida familiar e profissional. Contudo, o conceito de pessoa idosa não é unânime, especialmente quanto ao limite etário mínimo para um indivíduo ser considerado idoso. A ONU (2010) afirma que este limite deve ser a partir dos 60 anos, por entender que esta é a faixa etária que melhor espelha a realidade verificada num maior número de países. Mesmo que esta definição não seja consensual, a categoria dos idosos surge, numa perspetiva demográfica, como aquela em que se incluem todos os indivíduos que possuem 65 anos ou mais, idade também ligada socialmente à idade da reforma.

Ao envelhecimento demográfico estão ainda associados novos desafios e problemas sociais e de saúde como, por exemplo, os elevados custos com a saúde, o aumento da população inativa, o isolamento, entre outros. A diminuição no contacto das redes sociais e na qualidade de vida, as dificuldades emocionais, sociais e de acesso aos cuidados de saúde poderão facilitar a fragilidade do idoso e originar uma maior suscetibilidade a situações violentas (Júnior, 2010).

Considerando o aumento populacional e as transformações da sociedade, é expectável que a violência contra a pessoa idosa continue a crescer. Atualmente, este tipo de violência é reconhecido à escala global como um grave problema de saúde pública e de direitos humanos. Trata-se de um fenómeno que poderá ocorrer na própria residência da pessoa idosa, mas também noutros contextos (e.g., hospitais, centros de saúde, lares, centros de dia) (Dias et al., 2019). Os seus efeitos são devastadores na medida em que não só comprometem a qualidade de vida e o bem-estar psicossocial da pessoa idosa, como estão associados a um aumento das taxas de mortalidade e de morbilidade, pelo que os seus custos sociais são elevados (Pillemer et al., 2016). Contudo, ao contrário da maioria das situações de doença que afetam a velhice, a violência contra a pessoa idosa é passível de prevenção, pelo que a compreensão das suas

causas, tipologia e perfil das vítimas e dos agressores surge como uma prioridade internacional (Dias et al., 2019).

Evolução do Conceito de Violência contra a Pessoa Idosa

O conceito de violência contra a pessoa idosa começou a ser discutido como uma questão de interesse público posteriormente à violência contra as crianças e à violência contra as mulheres, durante a década de 70, sendo que ao longo do tempo este conceito passou por várias mudanças e evoluções (Mysyuk et al., 2013).

Bruston (1975) e Baker (1975) foram os pioneiros na abordagem a este tópico, introduzindo o conceito “*granny battering*” para descrever este tipo de violência. Esta definição para além de circunscrever o abuso aos maus-tratos físicos que ocorrem em contexto familiar (Mysyuk et al., 2013) sendo, por isso, considerado como uma manifestação da violência doméstica, também englobava práticas que podem afetar a saúde e o bem-estar da pessoa idosa (e.g., sobremedicação, uso de drogas, entre outros) (Baker, 1975). Inicialmente, o foco estava nas mulheres idosas vulneráveis, principalmente vítimas de agressões físicas. No entanto, apesar deste conceito ter orientado a intervenção numa fase inicial, revelou uma certa tendência para o idadismo (i.e., discriminação das pessoas idosas, manifestando-se através de atitudes negativas e estereotipadas devido à idade) (Levy & Macdonald, 2016). Além disso, esta definição representava os idosos como indivíduos dependentes, excluindo aqueles que são autónomos e vítimas de violência.

Em 1979, Block e Sinnott propuseram o termo “*battered elder syndrome*”. Em contraste com o conceito anterior, este termo passou a abranger não só a agressão física, mas também outros tipos de violência (e.g., violência física, violência psicológica e violência económica) e os fatores de risco associados à mesma (e.g., situação de dependência, condições ambientais, perturbações mentais do agressor). Apesar deste conceito ampliar os vários tipos de violência, o uso do termo “*battered*” estava fortemente associado à violência física e o termo “*syndrome*” sugeria que a violência era vista como uma doença que necessitava de tratamento (Dias, 2010; Mysyuk et al., 2013).

Na década de 80 devido às limitações dos conceitos previamente mencionados, Eastman (1984), com o objetivo de expandir a definição, apresentou o conceito “*old age abuse*” que referia que a violência afetava todas as pessoas idosas não sendo limitada a um determinado género.

A partir de meados dos anos 90, houve avanços significativos no processo de definição do conceito de violência contra a pessoa idosa e nos tipos de violência associados.

Comijs e colaboradores (1998) propuseram o conceito “*elder mistreatment*”. Este englobava todos os atos com caráter regular direcionados a pessoas com 65 anos ou mais, perpetrados por indivíduos que têm uma relação pessoal ou profissional com os mesmos e que lhes causam danos físicos, psicológicos e/ou materiais (Comijs et al., 1998). Ainda na mesma década, a definição mais impactante foi apresentada pela *Action on Elder Abuse* (1995), posteriormente adotada pela OMS. É entendida como “*qualquer ato isolado ou repetido, ou ausência de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, causador de dano ou incômodo a uma pessoa idosa*” (OMS, 2002a). Atualmente esta é a definição mais ampla e aceita de forma mais unânime tanto pela comunidade científica como pelas próprias agências sociais.

Tipologias de Violência

A perpetração da violência contra a pessoa idosa poderá ocorrer de diversas formas. Alguns autores distinguem os tipos de violência perpetrados contra a pessoa idosa em cinco categorias (e.g., Garre-Olmo et al., 2009; Johannesen & LoGiudice, 2013; Lachs & Pillemer, 2004; Pillemer et al., 2016; Yon et al., 2018), nomeadamente a violência física, a violência psicológica/emocional, a violência financeira ou económica, a violência sexual e a negligência. Porém, também há autores que englobam o abandono (e.g., Burnett et al., 2014; Fernandes & Leite da Silva, 2016; Pinto et al., 2013; Roberto, 2016).

A violência física consiste em qualquer ação não acidental que envolva o uso da força física (e.g., esbofetear, empurrar, estrangular, entre outros) com o objetivo de coagir, intimidar ou causar dores, ferimentos, deficiências ou a morte da pessoa idosa por parte do seu cuidador (Brozowski & Hall, 2010; Fernandes & Leite da Silva, 2016).

A violência psicológica/emocional engloba o uso de ações verbais e gestuais com o intuito de humilhar, assustar, coagir, restringir a liberdade ou isolar do convívio social que resultam em angústia, dores e mal-estar psicológico e emocional à pessoa idosa (Burnett et al., 2014; Dias, 2005; Fernandes & Leite da Silva, 2016; Johannesen & Logiudice, 2013).

A violência financeira/económica ocorre quando existe um uso impróprio ou ilegal dos recursos financeiros ou patrimoniais da pessoa idosa (Bond & Butler, 2013; Burnett et al., 2014) (e.g., apropriação indevida de bens e propriedades da pessoa idosa, modificação forçada de documentos jurídicos, impedimento ao acesso dos seus fundos e recursos pessoais, entre outros) (Dias, 2005).

A violência sexual envolve a participação da pessoa idosa em qualquer atividade sexual sem o seu consentimento (e.g., relações sexuais ou práticas eróticas por meio da

coação ou aliciamento, toques, fotografias explícitas, contacto sexual, entre outros) (Brozowski & Hall, 2010; Burnett et al., 2014; Fernandes & Leite da Silva, 2016; Johannesen & Logiudice, 2013).

A violência associada à negligência pode assumir dois tipos distintos, a ativa e a passiva (Dias, 2005). A negligência ativa refere-se à recusa deliberada ou à omissão na prestação de cuidados fundamentais (e.g., saúde, alimentação, higiene, afeto, entre outros) que são imprescindíveis ao bem-estar físico e psicológico da pessoa idosa (Burnett et al., 2014). Já a negligência passiva diferencia-se da anterior por não ser consciente ou intencional (Dias, 2005). A negligência está muitas vezes associada a outros tipos de violência, que resultam em lesões, traumas físicos, emocionais e sociais (Fernandes & Leite da Silva, 2016).

Por fim, o abandono surge através da deserção ou ausência do cuidador responsável em zelar pelas necessidades básicas da pessoa idosa (Burnett et al., 2014; Fernandes & Leite da Silva, 2016; Minayo, 2005).

Prevalência da Violência contra a Pessoa Idosa

A prevalência da violência contra a pessoa idosa é uma questão relevante, tanto a nível internacional como nacional, uma vez que proporciona uma melhor compreensão da extensão do problema. Porém, é fundamental interpretar os dados da prevalência com cautela, uma vez que qualquer dado deste tipo depende da medida utilizada, que consequentemente está dependente da conceptualização do fenómeno (Fundinho & Ferreira-Alves, 2019).

Dong e colaboradores (2014), concluíram que na América do Norte e do Sul, a prevalência da violência foi de 10%, na Europa estimou-se que o fenómeno oscilou entre 2.2% na Irlanda, e 24.2% na Croácia, enquanto isso, no continente africano, a prevalência oscilou entre 30% e 43,7%. No estudo de Santos e colaboradores (2013), as taxas globais de prevalência estimaram variações entre 0.8% em Espanha e 18.4% em Israel.

Jeon e colaboradores (2019), relataram que as mulheres sofrem mais violência (10.6%) do que os homens (8.8%). Ho e colaboradores (2017) corroboraram os resultados anteriores afirmando que as mulheres (17%) estão mais propensas a sofrer de violência do que os homens (10%). Assim como, em contexto nacional, Gil e colaboradores (2014) apresentaram que 15% das vítimas são do sexo feminino e 8.8% do sexo masculino. No entanto, Ruelas-González e colaboradores (2016) não identificaram diferenças entre sexos.

A literatura identifica a família e os indivíduos em que a pessoa idosa mais confia como sendo os principais perpetradores de violência. O estudo de Chokkanathan (2018) constatou que 28% dos perpetradores são cônjuges e 23.3% são filhos da pessoa idosa.

Carmona-Torres e colegas (2017) também identificaram a família como principais perpetradores, sendo que 43.4% são filhos e 26.9% são cônjuges. No estudo de Gil colaboradores (2015c), a prevalência da violência perpetrada foi de 15% também para os familiares da pessoa idosa.

Tendo em consideração a caracterização da violência nas suas várias dimensões, na Ásia, especificamente na Coreia, Jeon et al. (2019) relataram que a violência psicológica foi a mais prevalente tanto para os homens idosos (6.6%) como para as mulheres idosas (7.7%). Em Portugal, este tipo de violência foi também bastante relatado pelas pessoas idosas (e.g., Carmona-Torres et al., 2017; Gil et al., 2015c; Lopes, 2012). No entanto, surge como sendo o segundo tipo de violência mais frequente no México, na Suíça e em Los Angeles (DeLiema et al., 2012; Ruelas-González et al., 2016; Simone et al., 2016).

Em relação à violência física, os estudos indicam que é a mais relatada pelas pessoas idosas. Nos Estados Unidos da América, as taxas de prevalência são de 10.7% em Los Angeles e 1.8% em Nova Iorque (Burnes et al., 2015; DeLiema et al., 2012). Na Ásia, as taxas de prevalência aumentam, sendo 12.3% na Índia e 70.4% no Irão (Alizadeh-khoei et al., 2014; Chokkanathan, 2014). No que diz respeito à Europa, a Suíça apresentou uma taxa de 30% e Portugal de 87.8% (Gil et al., 2015c; Simone et al., 2016).

A violência financeira/económica é outra forma de violência frequentemente relatada pelas pessoas idosas em diversos contextos socioeconómicos, especificamente, em Portugal, na Suíça, em Los Angeles e na Índia (Chokkanathan, 2014; DeLiema et al., 2012; Gil et al., 2015a; Simone et al., 2016). Nos estudos transnacionais europeus (Luoma et al., 2011; Soares et al., 2010), este é o segundo tipo de violência mais relatado. No entanto, no estudo de Atlantis e Aslan (2019) a violência económica é menos comum do que outras formas de violência, visto que a pessoa idosa geralmente tem rendimentos inferiores, enquanto a geração mais nova tem rendimentos mais elevados bem como habilitações literárias superiores.

A violência sexual foi a forma de violência menos relatada pelas pessoas idosas. A Nigéria relatou a prevalência mais baixa com 0.04%, seguida pelos Estados Unidos (0.5%), o México (0.8%) e a Europa (1%) (Pillemer et al., 2016). Os estudos de Ho Csh e colaboradores (2017) e Gil e colaboradores (2014) também confirmaram que este tipo de violência é o menos relatado.

No que concerne à negligência, o Canadá relatou a taxa mais baixa (0.4%), seguido pela Europa (0.5%) e pelos Estados Unidos (1.1%), enquanto a Índia revelou a maior prevalência de negligência (4.3%) (Pillemer et al., 2016).

Em contexto institucional, no estudo de Yon e colaboradores (2018), a taxa de prevalência de violência para com a pessoa idosa foi de 64.2%. A violência psicológica foi a mais relatada (33.4%) seguida da violência física (14.1%), já a violência sexual foi a menos relatada (1.9%).

Em Portugal, segundo dados estatísticos da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), entre 2013 e 2020 foram registados um total de 10.307 processos de apoio a pessoas idosas, em que 8.458 foram vítimas de crime e de violência. No ano de 2013 foram registados 941 processos e em 2020, 1.814 processos. A faixa etária dos 65 aos 69 anos é a mais prevalente (26.8%), sendo maior parte das vítimas do sexo feminino. O crime de violência doméstica é o mais frequente (79.9%), perpetrado maioritariamente pelos filhos (36.7%) e por cônjuges (26.6%) (APAV, 2021). Este aumento pode ser explicado pelo crescimento da dependência da pessoa idosa em relação a outros indivíduos no período da COVID-19. Em 2020, foi necessário isolar a população para promover o distanciamento social, onde as pessoas idosas ficaram em situações de maior vulnerabilidade, visto que os principais perpetradores de violência (i.e., filhos e cônjuges) se encontravam a coabitar com os mesmos. Além disso, o isolamento social pode ter exacerbado dinâmicas familiares negativas, deixando as vítimas com menos oportunidades de apoio ou de denunciar a situação violenta.

O Cuidador da Pessoa Idosa

O cuidador é uma pessoa que dedica grande parte do seu tempo e esforço a garantir que a pessoa idosa, apesar do seu grau de dependência, consiga desempenhar as atividades diárias do seu quotidiano (e.g., alimentação, higiene pessoal, deslocações, entre outros). Além disso, auxilia a pessoa idosa na compreensão do processo de envelhecimento e na adaptação às limitações decorrentes da dependência. Portanto, é crucial que o cuidador priorize a capacidade funcional da pessoa idosa, isto é, a capacidade de realizar de forma independente as tarefas essenciais para cuidar de si mesma e do ambiente circundante de forma independente. A capacidade funcional abrange tanto as atividades básicas de vida como as instrumentais (e.g., sair de casa, administração de dinheiro/bens, toma de medicação, entre outros). A acrescer a isto, o cuidador também desempenha um papel informativo no que diz respeito aos procedimentos médicos do idoso. Este também colabora na tomada de decisões e tem a responsabilidade de respeitar as escolhas e preferências da pessoa idosa, mesmo quando esta é dependente (Pinto et al., 2019).

O cuidado prestado à pessoa idosa pode distinguir-se em dois tipos, relacionados com o cuidador em questão: o cuidador formal e o cuidador informal. Relativamente ao cuidado

formal, este é prestado no âmbito domiciliário e/ou institucional por profissionais devidamente qualificados e que têm uma preparação específica para desempenhar esse papel. Estes cuidadores estão inseridos na esfera de uma atividade profissional e, por isso, recebem remuneração pelo seu trabalho. Já o cuidado informal, é essencialmente prestado em ambiente domiciliar e, em geral, é assumido por membros da família, amigos ou vizinhos, na sua maioria mulheres, que prestam estes cuidados de forma voluntária e contínua e não recebem compensação financeira (Falcão et al., 2020; Ribeirinho, 2022).

No âmbito da prestação de cuidados a pessoas idosas, quer formal quer informal, os cuidadores enfrentam diariamente uma série de desafios. Essas dificuldades não só comprometem a qualidade dos cuidados prestados, mas também podem ter um impacto negativo na saúde e na qualidade de vida dos próprios cuidadores. Fatores como a falta de conhecimento sobre as condições de saúde ou patologias específicas, o *stress* e sobrecarga resultante da prestação de cuidados e a falta de apoio e supervisão podem promover a ocorrência de situações de violência (APAV, 2020a).

Em contexto informal de prestação de cuidados, a Confederação das Organizações Familiares na União Europeia (2017) identificou várias dificuldades enfrentadas pelos cuidadores, tais como o impacto na vida profissional e pessoal da prestação de cuidados (e.g., falta de tempo), a falta de acesso a serviços na comunidade, os problemas financeiros (e.g., custos associados à prestação de cuidados), os problemas de saúde (e.g., *stress*, desgaste mental ou emocional), as dificuldades administrativas (e.g., falta de conhecimento) e a falta de reconhecimento social. A nível nacional, o cuidado à pessoa idosa tem ganho cada vez mais importância, sendo que um marco significativo neste contexto foi a Lei 100/2019 de 6 de setembro que aprovou o Estatuto de Cuidador Informal. Esta tem como objetivo regulamentar os direitos e deveres tanto do cuidador como da pessoa idosa, além de estabelecer medidas de apoio para ambos. Esta medida reconhece e valoriza este tipo de cuidadores que desempenham um papel fundamental na promoção do bem-estar e assistência às pessoas idosas.

O envelhecimento da população e as múltiplas condições de saúde associadas ao mesmo originam uma maior complexidade no exercício das funções do cuidador, resultando na elevada utilização dos serviços de saúde, incluindo recursos humanos (APAV, 2020a).

A composição e gestão do pessoal nas instalações de cuidados a idosos (e.g., lar, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, entre outros) deve merecer atenção prioritária, devido aos desafios associados à determinação do número apropriado e ao tipo de colaboradores necessários. Estes cuidadores enfrentam uma série de desafios, frequentemente

trabalham muitas horas, incluindo no período noturno, o que pode ser fisicamente desgastante. Além disso, muitos destes profissionais recebem salários reduzidos e benefícios mínimos, originando dificuldades financeiras. A natureza do trabalho de cuidados a idosos também pode aumentar o risco de lesões físicas, devido ao manuseio de pacientes e ao esforço físico necessário para auxiliar os idosos. O *stress* emocional resultante da prestação de cuidados pode despoletar problemas de saúde mental (e.g., depressão) (Stone, 2004; Zimmerman et al., 2005). Também enfrentam desafios que afetam tanto a sua satisfação no trabalho como a qualidade dos cuidados prestados, entre estes registam-se altos níveis de absentismo e desmotivação (Sousa, 2011). Llobet e colaboradores (2010) defendem que a motivação dos profissionais, satisfação pessoal, qualidade de vida e nível de formação desempenham um papel fundamental na forma como cuidam da pessoa idosa, no entanto todos se encontram frequentemente comprometidos. Todas estas circunstâncias podem fornecer um território fértil para o surgimento de situações violentas (Ribeirinho, 2020).

Estratégias de Prevenção da Violência e Proteção da Pessoa Idosa

Estratégias de Prevenção da Violência

A violência contra a pessoa idosa é um problema global que tem recebido uma atenção crescente nas últimas décadas. As denúncias e consciencialização sobre o fenómeno tem aumentado e os esforços para o combater têm-se expandido, envolvendo a sociedade, a comunidade política e científica. Contudo, esta problemática apresenta as suas diversas características de acordo com os diferentes países. Sendo assim, é importante desenvolver estratégias eficazes para a sua deteção, prevenção e intervenção, não só para evitar a revitimização, mas também para mitigar as consequências físicas e psicossociais (Alves & Serrão, 2018).

A OMS tem destacado a necessidade de uma abordagem multissetorial e transdisciplinar no combate ao abuso de pessoas idosas (OMS, 2002b). Segundo a OMS (2014) as estratégias para prevenir os maus-tratos a idosos envolvem a sensibilização e capacitação específica de profissionais, a melhoria das políticas públicas e práticas que respeitem os direitos das pessoas idosas em instituições e serviços e a disseminação de informações sobre sinais de violência e recursos de apoio para o público em geral e profissionais da área. Para garantir o sucesso dessas estratégias é fundamental a sua implementação a partir de um processo de planeamento integrado, que inclua a avaliação e eficácia de cada medida e ação desenvolvidas (Costa & Santiago, 2019). Assim, qualquer programa de intervenção que aborde este fenómeno, inclusive programas para a promoção do

envelhecimento ativo, devem ter em consideração a promoção da capacitação física, saúde mental e a interação social das pessoas idosas. Estas áreas são dinâmicas, interagem entre si e influenciam-se mutuamente, portanto a completa integração destes aspetos é fundamental para alcançar melhorias significativas na saúde e no bem-estar da pessoa idosa (OMS, 2002b).

Os profissionais de saúde (e.g., médicos, enfermeiros) desempenham um papel fundamental na detecção de casos de pessoas idosas vítimas de crime e de violência. Diariamente, deslocam-se aos hospitais e centros de saúde pessoas idosas nas mais variadas circunstâncias. Além disso, os profissionais de saúde frequentemente visitam os idosos nas suas habitações ou instituições de acolhimento. Essa proximidade e acesso aos idosos confere a estes profissionais a capacidade de identificar eficazmente situações de violência, tornando-os agentes essenciais na proteção das pessoas idosas (APAV, 2010). No entanto, identificar a violência perpetrada é, de facto, um desafio, colocando diversas dificuldades aos profissionais, quer ao nível do diagnóstico e intervenção (e.g., falta de conhecimento sobre a definição de maus-tratos, prevalência e fatores de risco, falha no reconhecimento de sinais e sintomas, pouca familiaridade com a legislação e/ou, inexistência de um sistema para denunciar a situação).

Somente através de uma análise fundamentada e apoiada no conhecimento dos profissionais e na investigação em diferentes áreas disciplinares (Levy & Macdonald, 2016; OMS, 2011), é possível desenvolver estratégias eficazes de prevenção em vários níveis (primário, secundário ou terciário) (De Donder et al. 2015).

A prevenção primária tem como alvo a população em geral e procura prevenir a violência antes da sua ocorrência (APAV, 2020b). Neste sentido, este nível engloba: o desenvolvimento de campanhas de sensibilização em contexto educacional, de modo a fomentar o respeito e o apreço pelas particularidades de cada fase do desenvolvimento; promover programas que incentivem a interação entre gerações, despertando o entendimento e a valorização das diferenças e especificidades de cada estágio do ciclo de vida; implementar programas de capacitação destinados a profissionais, com o intuito de fomentar uma atitude positiva em relação às pessoas idosas, que pode contribuir para a identificação de sinais e sintomas de violência e incentivar as vítimas a pedir ajuda (Sani & Ferreira, 2019). Além disso, é fundamental ampliar a pesquisa sobre o fenómeno em países em desenvolvimento, pois o aprimoramento do conhecimento científico é essencial para a elaboração de estratégias eficazes de prevenção e de tratamento e deve ser promovido à escala global (Novo et al., 2016).

Já a prevenção secundária tem como principal objetivo a detecção e intervenção precoce em indivíduos ou grupos da população de alto risco, uma vez que o seu foco consiste na redução da prevalência (Novo et al., 2016). Neste contexto, é fundamental: adotar competências de triagem para identificar estes casos, discutindo os elementos-chave de uma avaliação de risco que tenha em consideração fatores de vulnerabilidade e de proteção; desenvolver programas direcionados a cuidadores para desmistificar dúvidas e aprimorar o seu entendimento sobre esta fase do desenvolvimento e simultaneamente, fornecer suporte na prevenção de problemas (e.g., *stress*, depressão, *burnout*), que podem surgir devido ao desgaste emocional; e propor iniciativas direcionadas a profissionais/voluntários que desempenhem atividades com pessoas idosas, com o objetivo de fomentar comportamentos positivos com esta população (Sani & Ferreira, 2019).

No que concerne à prevenção terciária, o seu foco está na reabilitação e reintegração de indivíduos com histórico de perpetração de violência (APAV, 2020b) e a redução dos efeitos secundários e das consequências da vitimização (Novo et al., 2016). Desta forma é de extrema importância: estabelecer serviços especializados de proteção para pessoas idosas, que ofereçam apoio jurídico, psicológico, social e educacional, bem como linhas de apoio com voluntários treinados (i.e., profissionais capacitados para fornecer informações e providenciar o melhor encaminhamento possível); desenvolver programas de apoio psicológico e social que promovam o bem-estar e a procura por uma boa qualidade de vida das pessoas idosas mais fragilizadas; implementar programas para as pessoas agressoras, que conjuguem os objetivos de tratamento e prevenção da violência contra a pessoa idosa com as necessidades e consequências vivenciadas pelas vítimas; centros de acolhimento de emergência e casas abrigo que devem estar preparados para lidar com situações de perigo de (re)vitimização de pessoas idosas; e, por fim é também necessário desenvolver intervenções eficazes e políticas públicas de apoio aos adultos mais velhos e à promoção de relações interpessoais positivas (Sani & Ferreira, 2019).

Proteção da Pessoa Idosa

A nível nacional, a proteção da pessoa idosa não é regulamentada por uma legislação específica, mas encontra-se salvaguardada no âmbito do conceito de “pessoa particularmente indefesa em razão da idade”, cujo propósito é garantir a proteção desta população (Novo et al., 2016). Segundo o Artigo 152º do Código Penal (CP), constituem comportamentos e vítimas no crime de violência doméstica quando se cumprem os seguintes pressupostos:

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

(...) 3 – Se dos factos previstos no 1 resultar: a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos; b) A morte, o agente é punida com pena de prisão de três a dez anos.

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

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

Desta forma, verificam-se os bens jurídicos que tem como objetivo proteger a dignidade, a integridade física e psíquica, a liberdade, a autodeterminação, e a honra da vítima idosa. Também neste tipo de crime, a ilicitude da conduta é especialmente conferida e agravada pela relação familiar, parental ou de dependência existente entre a pessoa idosa e o agressor. Nos casos em que não existe coabitação, dependência económica da vítima em relação ao agressor e reiteração do comportamento criminal, os episódios de violência podem ser qualificados como ofensas à integridade física (Artigo 143º do Código Penal) nas suas diferentes tipologias (simples, grave, qualificada, privilegiada e por negligência) (Novo et al., 2016).

De igual modo, a Lei n.º 112/2009, de 16 de setembro, que aprova o regime jurídico da prevenção da violência doméstica e da proteção e assistência das vítimas, prevê, no artigo nº 2, alínea b), as “vítimas especialmente vulneráveis” demonstrando que a idade avançada necessita de igual defesa normativa (Novo et al., 2016).

Teorias Explicativas da Violência contra a Pessoa Idosa

A capacidade de detectar, avaliar e medir o fenómeno dos maus-tratos podem ser competências muito restritas se não estiverem acompanhadas por ideias ou explicações das razões para a sua ocorrência (Fundinho & Ferreira-Alves, 2019).

De modo a ampliar a compreensão da violência contra a pessoa idosa têm sido elaborados vários modelos explicativos. No entanto, apesar das contribuições teóricas dos diversos modelos, até então nenhum obteve consenso na explicação do fenómeno da violência contra a pessoa idosa (Novo et al., 2016).

No geral, as teorias existentes podem ser organizadas em quatro abordagens distintas: intrapessoal, interpessoal, sociocultural e multissistémica. A abordagem intrapessoal é focada no desenvolvimento individual, e nela destaca-se o Modelo da Psicopatologia do Agressor e a Teoria da Aprendizagem Social. A abordagem interpessoal, por outro lado, é desenvolvida no pressuposto de que o abuso é causado pela dinâmica da relação entre a pessoa idosa e o agressor (Anetzberger, 2000). Esta inclui, a Teoria do *Stress* do Cuidador, a Teoria das Trocas Sociais e a Teoria Bidirecional da Violência. A abordagem sociocultural, centra-se nas normas e padrões sociais e inclui a Teoria do Poder e Controlo (Spangler & Brandl, 2007). Por fim, na abordagem multissistémica salienta-se o Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano. Estas teorias tem sido as melhores apostas para explicar o abuso de idosos (Burnight & Mosqueda, 2005; Mathew & Nair, 2017; Momtaz et al., 2013; Wilber & McNeilly, 2001).

Modelo da Psicopatologia do Agressor

O Modelo da Psicopatologia do Agressor considera que a violência surge quando o cuidador sofre de algum tipo de psicopatologia, fazendo com que o mesmo seja incapaz de prestar cuidados adequados ou esteja propenso à prática de violência (Fulmer et al., 2004). O abuso de substâncias e a depressão são os problemas mais comuns associados à violência, no entanto não são os únicos (Fundinho et al., 2021). Esta abordagem tem pouco poder explicativo, uma vez que descreve em simultâneo a presença de psicopatologia e a ocorrência de maus-tratos sem oferecer sugestões de como o processo se desenvolve e quais os mecanismos subjacentes (Fundinho & Ferreira-Alves, 2019). Para este modelo, é necessário que a doença mental esteja presente antes do início da relação de cuidado, de outro modo o vínculo casual não poderá ser estabelecido. Caso a doença mental surja após o início da relação de cuidado, esta pode ser um resultado da própria dinâmica da relação, questionando a validade desta teoria (Fundinho et al., 2021).

Teoria da Aprendizagem Social

A Teoria da Aprendizagem Social desenvolvida por Bandura (1973), é também designada de Transmissão Intergeracional da Violência, Modelo Transgeracional da Violência ou Teoria do Ciclo da Violência. Esta aborda a aquisição de novos comportamentos tendo também sido aplicada à aprendizagem de comportamentos agressivos (Fundinho et al., 2021). A aprendizagem social postula que o comportamento violento é adquirido através da observação. Assim, alguém exposto a comportamentos violentos pode adotá-los como uma estratégia relacional válida (Fundinho et al., 2021), logo, a violência é entendida como cíclica, primeiro aprendida depois ensinada. No caso do perpetrador de maus-tratos à pessoa idosa, este terá aprendido a responder de forma agressiva durante a sua socialização familiar podendo responder de igual forma quando se encontra em situações semelhantes (Fundinho & Ferreira-Alves, 2019).

Teoria do *Stress* do Cuidador

A Teoria do *Stress* do Cuidador, muitas vezes denominada de Teoria Situacional do *Stress*, conceptualizada por Roy (1984) sugere que a violência contra a pessoa idosa ocorre quando um cuidador *stressado*/sobrecarregado espelha as suas frustrações para o indivíduo que está aos seus cuidados (Bergeron, 2001; Pillemer & Wolf, 1986). O *stress* pode resultar de diversos fatores, incluindo fatores pessoais (e.g., falta de estratégias de *coping*, múltiplos papéis na família, falta de competências na prestação de cuidados), e/ou fatores ambientais (e.g., dificuldade económicas, falta de apoio social, isolamento social). A combinação destes fatores poderá aumentar a sobrecarga e a frustração do cuidador refletindo esses sentimentos e emoções no idoso (Mathew & Nair, 2017). Esta teoria tem sido controversa por diversas razões, mas principalmente porque embora o *stress* esteja ligado à violência perpetrada, a mesma não é considerada um preditor (Hudson, 1986), podendo ser utilizada como uma estratégia de culpabilização da vítima pela ocorrência da violência, reduzindo assim a responsabilidade do perpetrador (Brandl & Raymond, 2012).

Teoria das Trocas Sociais

A Teoria das Trocas Sociais desenvolvida por George Homans (1958) assenta no pressuposto de que as relações interpessoais envolvem a reciprocidade e a distribuição justa de recompensas (Fundinho & Ferreira-Alves, 2019). A falta de equilíbrio de poder nesta dinâmica implica que uma das partes procure maximizar os seus ganhos com a relação, minimizando as perdas à custa da vontade da outra parte. A violência contra a pessoa idosa é explicada por esta teoria como um resultado desse desequilíbrio de poder e da quebra da

reciprocidade da relação. Segundo esta teoria, por dependência ou falta de recursos, a pessoa idosa quebra as condições habituais de reciprocidade do relacionamento, o que é utilizado pelo prestador de cuidados, pelo menos, como atenuante, para justificar a perpetração de maus-tratos. Fatores como a dependência e a falta de recursos são a chave para determinar as dinâmicas de poder na relação e, segundo o modelo, podem ser afetados pelo processo de envelhecimento (Wiber & McNeilly, 2001).

Modelo da Violência Bidirecional

O Modelo da Violência Bidirecional, termo criado por Steinmetz (1988), aborda as interações caracterizadas pela violência mútua entre o prestador de cuidados e a pessoa idosa. Este modelo defende que, em certos contextos familiares, os seus membros procuram exercer controlo sobre os outros através de comportamentos manipulatórios (e.g., gritar, bater ou outros comportamentos violentos) (Fundinho & Ferreira-Alves, 2019). Ao contrário dos outros modelos, nas quais o prestador de cuidados é frequentemente identificado como o perpetrador e a pessoa idosa como a vítima, este modelo interpreta a situação de maus-tratos como uma dinâmica em que a violência é compartilhada por ambas as partes (Fundinho & Ferreira-Alves, 2019).

Teoria do Poder e do Controlo

Esta teoria inicialmente foi concebida no contexto da violência conjugal, onde existe uma relação de poder desigual e opressiva entre homens e mulheres (Burnight & Mosqueda, 2011). No contexto da população idosa, esta é atribuída ao idadismo, enquanto discriminação com base na idade, que reflete a tendência para menosprezar competências e capacidades das pessoas mais velhas. Dessa forma, a violência não resulta de um aumento das necessidades da vítima, mas do desvio e dependência dos agressores (Burnight & Mosqueda, 2011; Pillemer & Finkelhor, 1988) que utilizam estratégias coercivas para manter o controlo e o poder na relação.

Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano

O Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano, originalmente desenvolvido por Bronfenbrenner (1979) adota uma perspetiva multidimensional da violência interpessoal, considerando-a como um resultado da interação entre o indivíduo, as suas relações interpessoais e sociais. Este modelo integra uma ampla variedade de fatores de risco provenientes das diferentes abordagens sobre o problema e incorpora vários contributos teóricos (Burnight e Mosqueda, 2011). Schiamberg e Gans (1999) propõem uma estrutura conceptual para descrever os fatores de risco, organizados em três níveis distintos.

No *nível micro* são consideradas as características individuais que podem potenciar o risco de um indivíduo se tornar vítima ou agressor e o modelo tem subjacente uma relação de reciprocidade entre ambas as partes. Este, por sua vez é influenciado pelas condições sociais (*nível meso*), que englobam a composição do núcleo familiar (e.g., coabitação), os laços e redes sociais (e.g., vizinhança, amizades), os fatores socioeconómicos (e.g., desemprego, instabilidade laboral, recursos financeiros) e os apoios sociais disponíveis na comunidade (e.g., serviços de apoio social) (Schiamberg & Gans, 1999). Estes fatores atuam como aceleradores ou inibidores sociais da vulnerabilidade à violência (Gil et al., 2015b).

O *nível macro* aborda os determinantes estruturais, que englobam as normas culturais e atitudes sociais (e.g., o *edadismo*, o sexismo, as atitudes face à violência), assim como as políticas sociais públicas (Gil et al., 2015b).

A compreensão conjunta dos modelos acima mencionados auxilia a interpretação dos detalhes mais específicos como dos aspetos mais abrangentes da violência contra a pessoa idosa. Como referido anteriormente, nenhum destes modelos é consensual para ser usado como uma estrutura para a explicação do fenómeno (Jackson & Hafemeister, 2013; National Research Council, 2003). Os modelos e teorias mencionados, tendem a centralizar-se nos aspetos específicos da violência (características individuais da vítima e do perpetrador) e/ou na interferência da sociedade resultando numa interpretação limitada da realidade quando aplicados de forma isolada.

Devido à inadequação dos vários modelos e teorias e, a fim de acomodar a multiplicidade e a complexidade dos fatores associados à violência contra a pessoa idosa, os investigadores recorreram ao Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano (e.g., Bennett et al., 1997; Carp, 2000; Perel-Levin, 2008; Schiamberg & Gans, 2000), uma vez que este considera a violência como o resultado de uma interação complexa entre as características do indivíduo, as relações interpessoais, as características da comunidade e os fatores sociais. Assim, este modelo permite que a violência contra a pessoa idosa seja abordada como uma questão social mais ampla (Perel-Levin, 2008) e parecer ser o modelo com a explicação teórica mais sólida para a interpretação dos fatores de risco associados à violência contra a pessoa idosa.

Fatores de Risco para a Violência sobre a Pessoa Idosa

Como ocorre em qualquer forma de violência, este fenómeno resulta da interação complexa de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Posto isto, para

uma compreensão mais abrangente da situação de violência, é fundamental considerar não só os fatores de risco, mas também entender como eles interagem entre si.

Vítima

Os fatores de vulnerabilidade relacionados à vítima, referem-se às características que quando presentes num contexto e/ou indivíduo específico, predizem um aumento da probabilidade de ocorrência de violência, uma vez que a vítima se encontra mais suscetível ao risco (Almeida et al., 2020).

Segundo a literatura, as mulheres tendem a ser mais vulneráveis à violência do que os homens (Carmona-Torres et al., 2015; Fernandes & Silva, 2016; Gil et al., 2014; OMS, 2011; Soares et al., 2010). Esta tendência pode estar relacionada com certas estruturas de cariz patriarcal que ainda estão presentes em algumas sociedades, nas quais inferiorizam as mulheres face aos homens e que as tratam como se fossem sua propriedade (Cao et al., 2014; Mysyuk et al., 2013). Neste tipo de comunidades, é comum encontrar famílias que se caracterizam por um perfil mais autoritário por parte dos seus elementos e por uma hierarquia rígida, na qual o homem possui o poder e o controlo de toda a dinâmica familiar. Em alguns casos, a violência é usada como meio de manter o controlo, e esse tipo comportamento violento é muitas vezes transmitido às gerações subsequentes (Brozowski & Hall, 2010; Caos et al., 2014). De acordo com meta-análises sobre a violência contra a pessoa idosa (e.g., Ho CS et al., 2017; Yon Y et al., 2017), constatou-se que à medida que as mulheres envelhecem, especialmente aquelas que residem em países não ocidentais (e.g., Ásia) apresentam maior probabilidade de sofrer abusos, enquanto que a taxa de violência não difere por género nos países ocidentais desenvolvidos. No entanto, num estudo desenvolvido por Chokkanattan (2014), a Índia apresenta uma perspectiva diferente, afirmando que a pessoa idosa do sexo masculino tem maior risco de vitimização. Com base em estudos internacionais, incluindo relatórios de Portugal (Gil et al., 2015), Índia (Chokkanathan & Lee, 2005), Irlanda (Naughton et al., 2010), Israel (Lowenstein et al., 2009) e México (Giraldo-Rodríguez & Rosas-Carrasco, 2013), indicam que as mulheres são mais propensas a sofrer de violência em comparação com os homens. A idade da vítima é um fator crucial para a compreensão desta problemática, uma vez que quanto mais avançada é a idade maior será a vulnerabilidade da pessoa idosa (Jeon et al., 2019; Torres et al., 2017). Essa vulnerabilidade está relacionada com o aumento da incapacidade e a deterioração do estado de saúde da pessoa idosa (Gil et al., 2015b). De acordo com OMS (2011) a idade média da vítima idosa de violência é de 75 anos ou mais. Segundo Acierno e colaboradores (2010) indivíduos com idade igual ou

superior a 80 anos são particularmente mais vulneráveis, enfrentando um grande risco de serem vítimas de violência económica ou sofrerem de negligência. Em Portugal, num estudo realizado por Gil e colaboradores (2014), com uma amostra de 1.123 pessoas com mais de 60 anos, observou-se que indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos estão mais suscetíveis a sofrer de abusos. De acordo com outras fontes (e.g., APAV, 2015; Gil et al., 2015b) a violência física, psicológica e sexual é mais prevalente em pessoas idosas com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos.

O estado de saúde da pessoa idosa é um fator amplamente discutido na literatura, abordando questões relacionadas com as capacidades funcionais, condição médica e à saúde mental (Chokkanathan et al., 2014; DeLiema et al., 2012; Dong et al., 2014; Duque et al., 2012; Giraldo-Rodríguez et al., 2015;). Idosos com dificuldades cognitivas, problemas comportamentais (e.g., agressividade) doenças psiquiátricas ou problemas psicológicos, (e.g., depressão, demência, ansiedade) apresentam maior risco de violência, pois a sua vulnerabilidade aumenta (Burnes et al., 2015; Day et al., 2017; Johannesen & Logiudice, 2013; McCausland et al., 2016; Pillemer et al., 2016; Torres et al., 2017; Yon et al., 2018). Contudo, segundo a OMS (2012) estas problemáticas psicológicas podem ser uma consequência da ocorrência da violência, e não fatores que os predispõem a serem vítimas.

Também as questões étnicas e culturais associadas a este tipo de violência foram examinadas em vários estudos (Beach et al., 2010; Burnes et al., 2015; Dong, 2014b; Pillemer et al., 2016; Yan et al., 2014). Beach e colaboradores (2010) verificaram que os afro-americanos sofrem três vezes mais de violência económica e duas vezes mais de violência psicológica, em comparação com os caucasianos. Dong (2014b) destaca que as comunidades de pessoas idosas chinesas e ázio-americanas podem ser mais propensas a tolerar a violência para não pedir ajuda ou não aceitar intervenções externas para proteger a sua reputação familiar. Yan e colaboradores (2014) corroboraram esses resultados no seu estudo com uma amostra asiática, no qual as pessoas idosas demonstraram-se relutantes em denunciar os abusos a indivíduos externos à família. Hernandez-Tejada e colaboradores (2013) não encontraram diferenças entre a população hispânica e não-caucasianas. Por outro lado, Burnes e colaboradores (2015) revelaram que a população hispânica apresentava menor risco de sofrer um tipo específico de violência, a negligência.

É importante notar que a etnia pode atuar como fator protetor em certas populações como, por exemplo, a população hispânica, a qual apresenta valores culturais que podem contribuir para a proteção da pessoa idosa de certas formas de violência devido à proximidade familiar e à responsabilidade de cuidar da mesma. Além disso, outros fatores

(e.g., saúde física e mental da pessoa idosa, nível de competências que possui) também desempenham um papel importante na promoção da resiliência e resistência à mesma. Neste contexto, diversos estudos têm indicado que níveis mais elevados de escolaridade podem ser um fator protetor contra a violência (Burnes et al., 2015; Gil et al., 2014).

Segundo Killick e colaboradores (2015) residir em ambientes rurais pode aumentar a violência, uma vez que nestas áreas tendencialmente existem crenças elevadas de legitimação da mesma, o que pode gerar comportamentos que noutras circunstâncias, seriam considerados violentos e não são identificados como tal. O estudo de Jeon e colaboradores (2019) afirmou que as mulheres que vivem em áreas rurais sozinhas estavam mais suscetíveis à violência.

Os idosos que apresentam um histórico de abuso de substâncias estão mais propensos a serem vítimas de violência, uma vez que o consumo promove a vulnerabilidade das vítimas e também as torna mais reativas a determinados comportamentos (Conrad et al., 2019; Johannesen & LoGiudie, 2013; Macassa et al., 2013). Por exemplo, Shugarman e colaboradores (2003) descobriram que nos casos em que a pessoa idosa consumia álcool, a prevalência de sinais observados de potencial violência contra a mesma era dez vezes superior do que quando a pessoa idosa não tinha esse consumo.

Agressor

No que concerne aos fatores de risco, estes possibilitam a previsão da reincidência de determinados comportamentos violentos e, por isso, devem ser conhecidos e estudados a fim de permitir a predição do comportamento criminal reduzindo o risco de violência no futuro (Almeida et al., 2020).

Os agressores tendem a ser maioritariamente do sexo masculino, geralmente cônjuges, ou companheiros, filhos ou amigos, em que seria expectável a existência de uma relação de cuidado e confiança (APAV, 2017; Bows, 2018; Bruele et al., 2019; Gil et al., 2015a), especialmente na perpetração de abusos físicos. Por sua vez, os cuidadores violentos do sexo feminino, tendem a exercer atos de negligência para com as pessoas idosas (OMS, 2011).

A existência de comportamentos aditivos por parte do agressor é bastante referida na literatura, tanto de substâncias ilícitas, como estupefacientes ou jogo (Conrad et al., 2019; Johannesen & Logiudice, 2013; OMS, 2011). Os cuidadores que enfrentam problemas de dependência tendem a ser mais temperamentais podendo perder o controlo com maior facilidade e, por isso, nem sempre tomam decisões benéficas para a pessoa idosa. De acordo com Jackson (2016), cuidadores que tenham problemas com o jogo podem estar mais

predispostos para explorar financeiramente a pessoa idosa, uma vez que 23% dos que perpetuam violência financeira sofrem deste vício.

Também foram identificados como fatores de risco a existência de perturbações mentais/problemas do foro psicológico (e.g., depressão, existência de défices cognitivos, problemas comportamentais ao nível das relações interpessoais e/ou isolamento social) (APAV, 2015; Gil et al., 2015a; OMS, 2011).

Outro fator de risco apontado pela literatura é a existência de experiências de violência na infância, visto que em famílias onde ocorre violência contra pessoas idosas, geralmente existe um histórico prévio de algum tipo de violência (e.g., violência conjugal, maus-tratos na infância) (Johannesen & Logiudice, 2013; Soares et al., 2010). Por sua vez, quando as pessoas são vítimas diretas e/ou indiretas de violência no passado, a prática de comportamentos violentos conscientes ou inconscientes, pode ser uma forma de retaliação pelo sofrimento vivido no passado (Gil et al., 2015a; Mysyuk et al., 2013; OMS, 2011).

Segundo Bows (2018), há estudos que defendem a presença de antecedentes criminais, incluindo condenações prévias de uma minoria significativa de agressões, relacionadas com violência sexual ou outros crimes.

A função de cuidar da uma pessoa idosa é um fator que contribui para o *stress* no seio familiar, especialmente quando não há nenhum tipo de apoio disponível. Estes contextos são frequentemente agravados pela falta de compreensão sobre os efeitos do envelhecimento, bem como a inexistência de treino e conhecimento para realizar as tarefas necessárias de modo a atender às necessidades da pessoa idosa (OMS, 2011). Ao assumir a responsabilidade pelos cuidados, o cuidador está constantemente a deparar-se com dificuldades e situações desconfortáveis ou de tensão que lhe podem causar desconforto, desgaste e mal-estar. Estes fatores, no cuidador, podem provocar exaustão física e emocional (até mesmo *burnout*), mas também pode facilitar o surgimento de situações extremas que propiciam a ocorrência de incidentes qualificados como violência (Ribeirinho, 2020). Henderson e colegas (2002) explicaram que a inexperiência do cuidador pode promover o aumento da frustração, sendo que, se aliado ao mesmo, estiver a falta de conhecimentos técnicos para lidar com o *stress*, surge a utilização da violência como forma de recuperar o controlo sobre o indivíduo. Neste contexto, Serra e colegas (2018) evidenciaram que a resiliência do cuidador atua como um fator de proteção contra a violência direcionada à pessoa idosa.

Características da Relação Interpessoal

No caso da pessoa idosa viver relações familiares conflituosas, a coabitação pode ser um dos fatores que aumenta o risco de violência. Porém, também existem idosos que não residem com a sua família e são vítimas de violência (Gil et al., 2015b). Também situações de separação ou de divórcio podem aumentar o risco de vitimização (Burnes et al., 2015).

A coabitação e a presença de uma relação de dependência entre o agressor e a vítima são fatores de risco significativos em situações de violência, especialmente quando o agressor é um descendente casado ou solteiro (Jeon et al., 2019; Penhale, 2010; Pérez-Rojo et al., 2009). Contudo, segundo Burnes e colaboradores (2015), a variável “coabitação” nem sempre apresenta dados coerentes, destacando a importância de considerar outros fatores (e.g., tamanho do agregado).

De acordo com Lachs e Pillemer (2015), o tamanho do agregado pode colocar algumas pessoas idosas em situações de maior vulnerabilidade, especialmente de violência económica se se tratar de uma família numerosa, devido à dependência que a mesma poderá ter da pessoa idosa. Num estudo de Burnes e colaboradores (2015), concluiu-se que pessoas idosas ou agregados familiares com rendimentos mais baixos têm maior risco de sofrer de violência (psicológica, física e negligência). Em contraste, Ruelas-González e colaboradores (2016) indicaram que pessoas idosas com níveis socioeconómicos mais elevados apresentam maior risco de sofrer de violência. De facto, alguns cuidadores estabelecem uma relação de dependência com as pessoas idosas, seja a nível emocional como, principalmente a nível económico (Momtaz et al., 2013). Quando ocorre um desequilíbrio na relação, o cuidador pode vir a desenvolver sentimentos de inferioridade perante a pessoa idosa devido à falta de certos recursos (e.g., ter um emprego, rendimento estável), estando mais propenso a recorrer a atos de violência, humilhações e ameaças de forma a demonstrar a sua autoridade e controlo sobre a pessoa idosa (Cao et al., 2014; Mysyuk et al., 2013).

As dinâmicas familiares, conflitos e histórico de comportamentos de violência no passado por parte do agressor são considerados fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa (Chokkanattan 2014; Johannesen & Logiudice, 2013). Os antecedentes familiares de violência, nas quais a pessoa idosa tem historial de ter sido ela a própria agressora, são identificados como fatores que aumentam de risco de violência nesta fase do ciclo vital (DeLiema et al., 2012; Chokkanattn, 2014).

Características Contextuais e Situacionais

A privação da liberdade, a proibição de contatos ou a inexistência de redes sociais de suporte estabelecidas (APAV, 2015) são exemplos de estratégias para isolar socialmente a pessoa idosa, privando-a tanto de meios para obter ajuda como para provar a violência de que está sujeita (Burnett et al., 2014; Young, 2014). Estudos anteriores apontaram que a inexistência de uma rede de apoio estável representa um potencial fator de risco nos casos de violência econômica, psicológica e negligência (Gil et al., 2015b). O baixo suporte social é considerado uma dimensão suscetível de aumentar o risco de violência contra a pessoa idosa, independentemente desta residir em áreas urbanas ou rurais (Dong et al., 2013; Gil et al., 2015). Em contraste, usufruir de apoios comunitários e sociais pode atuar como um fator protetor contra a violência auxiliando a pessoa idosa a superar possíveis consequências que possam advir dos atos violentos (Soares et al., 2010).

Tendo em consideração os elementos sociais e culturais do meio envolvente, há fatores que por si só podem ser violentos e que contribuem para a manutenção e intensificação da violência contra a pessoa idosa. O idadismo, pode resultar na falta de atenção para os problemas de saúde que esta faixa etária enfrenta, bem como na tendência de culpar as pessoas idosas pelos seus problemas de saúde (Burnett et al., 2014). Uma cultura que discrimina e negligencia os idosos devido à sua idade avançada favorece a exclusão e a marginalização, abrindo caminho para outras formas de vitimização. Também a falta de acesso a recursos de saúde, seja por questões geográficas, falta de acessibilidade ou por iliteracia das novas tecnologias, pode ser uma forma de discriminação que prejudica a saúde e a participação social dos idosos (Moreira, 2020).

A identificação dos fatores de risco pode ser uma tarefa desafiadora, devido à complexidade inerente ao fenómeno. Para suprir essas dificuldades, a avaliação de risco tornou-se uma ferramenta indispensável para os profissionais que atuam nestes contextos.

Avaliação de Risco de Violência contra a Pessoa Idosa

A redução e a prevenção da violência não se limitam apenas à intervenção jurídico-penal, exigem também um trabalho conjunto com outros profissionais (e.g., psicólogos) para uma abordagem mais especializada em áreas como a avaliação de risco e o controlo da reincidência de comportamentos violentos (Andrés-Pueyo & Echeburúa, 2010).

O objetivo primordial da avaliação de risco é a prevenção e a formulação de estratégias de gestão destinadas a reduzir o risco. Desta forma, pretende identificar os fatores de risco e de proteção que podem contribuir para a violência no futuro e compreender quais

as motivações para a mesma (Hart, 2001; Kropp, 2004; Monahan, 1994). Assim sendo, é necessário gerir o risco não só para o minimizar, mas também para o eliminar (Andrés-Pueyo & Echeburúa, 2010; Douglas & Kropp, 2002).

A avaliação de risco desempenha um papel fundamental, com impactos preventivos para a vítima (e.g., promoção de um plano de segurança) e auxilia o sistema de justiça na atribuição de medidas mais adequadas (e.g., sentença, intervenção). A sua utilidade está intrinsecamente ligada à importância da gestão de violência no contexto profissional correspondente. Este procedimento pode ser realizado através de entrevistas de avaliação, recolha de dados processuais e/ou informações colaterais (Andrés-Pueyo & Echeburúa, 2010).

A violência contra a pessoa idosa pode ser identificada com maior clareza através da utilização de instrumentos específicos com esse objetivo (Florêncio & Grosii, 2014). No âmbito deste fenómeno, têm surgido diversos instrumentos e protocolos que facilitam a avaliação de risco. Contudo existem diferenças fulcrais no seu foco, formato, estrutura e tipos de dados recolhidos por cada instrumento/protocolo (National Center on Elder Abuse, 2016). A maioria dos instrumentos disponíveis na área da violência contra a pessoa idosa, são concebidos como ferramentas de rastreio ou detecção da mesma, não avaliando diretamente o risco de violência (Storey, 2020). Atualmente, existe uma enorme variedade de ferramentas disponíveis para avaliar o risco de violência contra a pessoa idosa. Alguns dos instrumentos mencionados abaixo, são exemplos de ferramentas de questionamento direto, outros identificam sinais de abuso e outros ainda avaliam a presença de fatores de risco.

O *Hwaslek-Sengstock Elder Abuse Screening Test* (H-S/EAST) (Neale et al., 1986) é uma ferramenta de triagem destinada a identificar pessoas idosas com maior probabilidade de sofrer de violência ou de estarem em risco. Os itens do instrumento foram selecionados para detetar violações claras de direitos pessoais ou violência direta, características de uma pessoa idosa que a tornam vulnerável e situações potencialmente violentas.

O *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS) (Schofield & Mishra, 2003) é uma escala de autorrelato usada para identificar mulheres idosas em risco de violência, contemplando quatro fatores (vulnerabilidade, dependência, desânimo e coerção).

O *The Elder Abuse Suspicion Index* (EASI) (Yaffe et al., 2008) foi criado para respeitar os métodos de diagnóstico dos médicos, que comumente avaliam evidências de suspeita de violência contra a pessoa idosa. Os autores do instrumento chegaram à conclusão de que o EASI representa o primeiro passo para criar uma ferramenta fácil de utilizar que

possa esclarecer as suspeitas de um médico sobre a presença de violência contra a pessoa idosa (Cohen, 2011; Yaffe et al., 2008).

O *Questions to Elicit Elder Abuse* (QEEA) (Carney et al., 2003) é constituído por um conjunto de 15 questões para avaliar a ocorrência de violência física, psicológica e, negligência. Este instrumento inicialmente foi projetado para ser utilizado em contexto clínico (e.g., rastrear a probabilidade de ocorrência de violência, esclarecimento e gestão de alguns sintomas físicos ou psicológicos).

O *Caregiver Abuse Screen* (CASE) (Reis & Nahmiash, 1995) foi desenvolvido para analisar a violência cometida por cuidadores da pessoa idosa. Projetado para uso comunitário, com o intuito de verificar a presença de violência física, económica e negligência em pessoas idosas, provocados pelos seus cuidadores quer sejam formais ou informais.

O *Elder Assessment Instrument* (EAI) (Fulmer, 1984) investiga sinais de violência e inclui uma avaliação geral acerca da pessoa idosa, incluindo o seu aspecto físico e o nível de independência (Fulmer et al., 2004). Trata-se de uma ferramenta para identificar sinais de violência, negligência e abandono da pessoa idosa.

O *Indicators of Abuse* (IOA) (Reis & Nahmiash, 1998) foi a primeira ferramenta validada especificamente para identificar fatores de risco na problemática da violência contra a pessoa idosa. O IOA consegue identificar três sinais principais de alerta para a ocorrência de violência: 1) problemas ou questões pessoais do cuidador; 2) problemas ou questões interpessoais do cuidador; 3) escassez de apoio social do receptor de cuidados e situações de violência no passado).

A Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos (EARVI) (Correio et al., 2018) foi concebida com o propósito de desenvolver uma ferramenta adaptada à realidade portuguesa, destinada a identificar situações de risco de violência ou situações onde a violência possa já ter ocorrido, podendo ser utilizado por diversos profissionais de saúde.

O EASI, o H-S/EAST e o VASS são os três instrumentos mais utilizados em contextos de saúde, devido às suas características de medida e à sua capacidade de avaliar diversos de indicadores de risco de violência (McMullen, et al., 2014). É observado que, embora os instrumentos H-S/EAST e VASS sejam os mais utilizados e fornecerem traduções e validações para vários contextos e culturas, eles concentram-se exclusivamente em identificar indicadores de risco em vez de tipos específicos de violência. Além disso, não podem ser usados em pessoas idosas com comprometimento cognitivo (O'Brien-Suric et al., 2017). Especificamente, em contexto nacional existem vários instrumentos validados

principalmente para fins de investigação e não em contextos clínicos (e.g., EAI, HS-EAST, QEEA, EASI, VASS) (Júdice & Sequeira, 2019).

Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence (AGED)

Em resposta ao aumento dos casos de negligência e maus-tratos perpetrados contra a pessoa idosa em Portugal e pela necessidade de existência de uma ferramenta que permitisse a identificação dos fatores de risco mais permanentes na avaliação deste tipo de situações, optou-se pela criação de um instrumento que atendesse às especificidades sociais e culturais do contexto nacional. É desta forma que surge o AGED, desenvolvido a partir de uma parceria entre a APAV, juntamente com a Egas Moniz School of Health & Science, a Escola de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto (EC-FDUP) e o Departamento de Investigação e Ação Penal (DIAP) de Lisboa (Almeida et al., 2020).

Esta metodologia de investigação dá suporte aos técnicos que trabalham na área da violência contra a pessoa idosa, atendendo às necessidades sociais e legislativas relacionadas à avaliação de risco de revitimação nesta faixa etária específica (Almeida et al., 2020).

Os pressupostos de utilização do instrumento envolvem um conhecimento profundo dos fatores de risco conhecidos, assim como dos fatores de proteção, da vítima e do agressor, como da análise contextual que poderá contribuir de forma direta ou indireta para a identificação do nível de risco. Este não é considerado um instrumento psicológico, uma vez que é concebido para ser utilizado de forma mais abrangente por todos os profissionais que trabalham na área, na qualidade de Técnicos de Apoio à Vítima (TAV), não sendo obrigatório ter formação em psicologia para a sua aplicação (Almeida et al., 2020).

O AGED já foi alvo de estudos de validação em Portugal. Um dos estudos, conduzido por Andrade (2017) aferiu algumas das suas propriedades psicométricas através da leitura e análise de 123 processos da APAV, comparando o AGED com o *Indicators of Abuse* (IOA) e com o *Danger Assessment* (DA). Este não conseguiu determinar a consistência interna do instrumento como um todo, devido ao elevado número de dados omissos na sua investigação. Posteriormente, Morais (2019), utilizou inquéritos judiciais e, já conseguiu níveis de fiabilidade mais altos. Mais tarde, Quintas et al. (2019) e Cardoso (2021) conduziram investigações com o objetivo de contribuir para a validação do instrumento. O estudo de Quintas et al. (2019), demonstrou uma consistência interna do instrumento desejável, já no estudo de Cardoso (2021), a ferramenta não revelou uma grande consistência interna.

O Presente Estudo

A violência contra a pessoa idosa é um fenómeno que ainda carece de conhecimento científico, especialmente a nível nacional. Os dados estatísticos indicam o aumento crescente desta problemática, bem como comprovam que o surgimento deste tipo de violência ocorre frequentemente em ambientes familiares. A identificação dos fatores de risco para a perpetração dos comportamentos violentos direcionados à população idosa torna-se crucial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção, tanto para a reintegração dos agressores, como para a proteção das respetivas vítimas.

A presente investigação tem como objetivo caracterizar os fatores de risco para a violência contra a pessoa idosa. Pela elevada prevalência e por se tratar de um contexto particularmente propenso ao surgimento de comportamentos violentos, este estudo foca-se na violência perpetrada por cuidadores da pessoa idosa. Especificamente, recorrendo ao AGED, este estudo também procura analisar as características sociodemográficas dos agressores e das vítimas, caracterizar os fatores de risco e de proteção associados à violência contra idosos e verificar se existe associação entre os tipos de violência perpetrada e os fatores de risco e de proteção.

Método

Amostra

A amostra do estudo é constituída por 53 processos de avaliações de risco de violência doméstica. A grande maioria ($N = 50$) são provenientes de avaliações realizadas pela APAV entre os anos 2019 e 2020 e os restantes ($N = 3$) são referentes a avaliações periciais realizadas pelo Gabinete de Psicologia Forense (GPF) do Laboratório de Ciências Forenses e Psicológicas Egas Moniz (LCFPEM) entre os anos de 2013 e 2019. Os processos foram selecionados com base na idade das vítimas (idade igual ou superior a 65 anos) e no papel do agressor enquanto cuidador, isto é, sempre que exista uma relação de dependência da pessoa idosa para com o agressor para atender às suas necessidades básicas e limitações associadas à idade.

Existem 53 agressores e 52 vítimas, uma vez que num caso houve dois agressores para a mesma vítima. Em dois processos a violência ocorreu em espaço institucional (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e Hospital).

Instrumento

O AGED (Almeida et al., 2020) é um instrumento de avaliação do risco de violência contra a pessoa idosa. O instrumento permite recolher as características sociodemográficas da vítima e da pessoa agressora (e.g., idade, sexo, habilitações literárias), averiguar os tipos de violência, o aumento da frequência e intensidade e a duração da violência. Posteriormente, são considerados 12 fatores de vulnerabilidade relacionados diretamente com a vítima (e.g., problemas emocionais e/ou psicológicos, demência, abuso de substâncias), 14 itens associados aos fatores de risco da pessoa agressora (e.g., histórico criminal, histórico de agressão a terceiros, agressividade), 10 itens referentes a fatores externos, contextuais e relacionais (e.g., incapacidade no desempenho nas tarefas de cuidador, in experiência como cuidador), quatro itens relacionados com os fatores de proteção da vítima/contexto (e.g., características da personalidade, estado de saúde) e três itens associados a fatores de risco no espaço institucional (AGED-I) (e.g., fracas competências dos técnicos auxiliares), sendo que este é aplicado apenas em situações onde a vítima já se encontre institucionalizada ou a frequentar um centro de dia. É ainda possível que o profissional adicione outros fatores de forma autónoma que sejam relevantes para a avaliação do risco, sendo estes devidamente justificados.

O esquema de cotação dos itens é realizado segundo as seguintes escalas de cotação: X – Sem Informação; A – Ausente; PP – Possível ou Parcialmente Presente; P – Presente; N/A – Não se Aplica. O AGED ainda possibilita ao cotador definir fatores de risco como críticos ou chave: C – Item Crítico (suficientes por si só para se afirmar que a vítima apresenta risco elevado de revitimação) ou Item Chave (fatores que apresentam proteção no momento da avaliação de risco) (Almeida et al., 2018). O nível de risco final é estabelecido pelo técnico com base num Juízo Profissional Estruturado (i.e., envolve uma avaliação estruturada do risco, com referência a fatores de risco estáticos e dinâmicos, mas sem o envolvimento do cálculo mecânico para determinar o nível de risco) (Andrews et al., 2006), delimitando o risco como baixo, moderado ou elevado, e são também elaboradas recomendações para a gestão do risco.

Procedimento

A informação do presente estudo foi maioritariamente recolhida através de processos em que o AGED foi aplicado e cotado pela APAV. Nos restantes o AGED foi aplicado retrospectivamente pela investigadora, com base nos dossiers das avaliações de risco de violência doméstica realizadas no GPF-LCFPM. Posteriormente, a informação foi transcrita para uma base de dados Excel e para o tratamento estatístico foi utilizado o *software IBM SPSS Statistics 28*. Qualquer informação obtida nas avaliações de risco foi apenas identificada para a equipa de investigação através de um código numérico, sendo que toda a informação foi tratada de forma confidencial. Importa referir que o presente estudo se encontra incorporado no projeto “Avaliação e Gestão de Risco de Violência Contra Idosos – Desenvolvimento de uma checklist adaptada à Realidade Portuguesa – AGED (*Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence*), previamente aprovado pela Comissão de Ética da Egas Moniz School of Health & Science.

Resultados

Inicialmente, procedeu-se à análise descritiva dos dados sociodemográficos do agressor e da vítima, da relação entre ambos e, dos tipos de violência perpetrados. Efetuou-se ainda a análise dos fatores de vulnerabilidade da vítima, dos fatores de risco do agressor, dos fatores externos, contextuais e relacionais, dos fatores de proteção da vítima/contexto, assim como o total do nível de risco do AGED.

Características Sociodemográficas

A leitura da Tabela 1 permitiu constatar que 13 agressores eram do sexo feminino e 36 do sexo masculino, sendo que existiam dois casos onde a violência ocorreu em espaço institucional, não estando mencionados na tabela abaixo. A idade média era de 49.64 anos, sendo 21 anos a idade mais baixa e 86 a idade mais elevada. A maioria dos indivíduos eram solteiros/as, desempregados/as e com baixas habilitações literárias.

Em relação às vítimas, 39 eram do sexo feminino e 13 eram vítimas do sexo masculino. A idade média das vítimas foi de 78.83 anos, sendo 65 anos a idade mais baixa e 97 anos a idade mais elevada. Quanto ao estado civil, constatou-se que a maioria das vítimas eram viúvas/os. No que respeita à situação perante o trabalho, a maioria das vítimas encontrava-se em situação de reforma e tinha o 1º ciclo de estudos.

Tabela 1
Características sociodemográficas dos agressores e das vítimas

Variáveis	Agressor (<i>n</i> = 53)				Vítima (<i>n</i> = 52)			
	<i>n</i>	%	M	DP	<i>n</i>	%	M	DP
Sexo								
Feminino	13	24.5			39	73.6		
Masculino	36	67.9			13	24.5		
Sem informação	2	3.8			1	1.9		
Idade			49.64	13.93			78.83	8.20
Estado civil								
Casado/a União de facto	15	28.3			15	28.3		
Solteiro/a	21	39.6			0	0		
Divorciado/a	1	1.9			3	5.7		
Viúvo/a	1	1.9			24	45.3		
Sem informação	13	24.5			11	20.8		

Variáveis	Agressor (n = 53)				Vítima (n = 52)			
	n	%	M	DP	n	%	M	DP
Situação profissional								
Empregado/a	8	15.1			2	3.8		
Desempregado/a	12	22.6			0	0		
Reformado/a	11	20.8			38	71.7		
Incapacitado/a	1	1.9			0	0		
Sem informação	19	35.8			13	24.5		
Habilitações								
literárias								
Sem estudos	0	0			2	3.8		
1º ciclo	2	3.8			7	13.2		
2º ciclo	4	7.5			1	1.9		
3º ciclo	2	3.8			2	3.8		
Secundário	3	5.7			0	0		
Ensino Superior	1	1.9			2	3.8		
Omisso	39	73.6			30	90.9		

Relação Vítima-Agressor

No que diz respeito à relação entre a vítima e o agressor (Tabela 2) em 69.8% dos casos a pessoa idosa era progenitor da pessoa agressora. Importa ainda referir que, em dois casos, a violência ocorreu em contexto institucional (Hospital e Estrutura Residencial para Pessoas Idosas).

Tabela 2
Relação vítima-agressor

	n	%
Progenitor	37	69.8
Cônjuge	3	5.7
Avó	3	5.7
Sogra	1	1.9
Vizinho	1	1.9
Inquilino	2	3.8
Instituição	2	3.8
Sem informação	4	7.5

Tipos de Violência Perpetrada

De acordo com a informação obtida, como se pode observar na Tabela 3 foi possível averiguar a presença de diferentes tipos de violência. Ademais, na maioria dos casos, diferentes tipos de violência coocorreram. Assim, além de ter sido possível constatar a presença de diferentes tipos de violência nos processos analisados, estes surgem em simultâneo em 75.5% dos casos analisados ($N = 40$).

Verificou-se que a violência psicológica é a mais prevalente, estando presente em 37% dos casos ($N = 46$), seguindo-se da violência física, presente em 25% dos casos ($N = 31$).

Foi possível aceder à duração da violência em apenas 17 casos. Desta forma, verificou-se que a duração mínima foi de 1 ano e que a duração máxima foi de 20 anos. Em média, a violência teve a duração de 5 anos ($M = 5.53$; $DP = 5.83$).

Tabela 3
Tipos de violência perpetrada

	<i>n</i>	%
Psicológica	46	37
Física	31	25
Económica	21	17
Negligência	19	15
Social	7	6
Sexual	1	1
Sem informação	1	1

Análise das Dimensões do AGED

Os resultados serão apresentados de acordo com as categorias de avaliação do AGED, nomeadamente fatores de vulnerabilidade da vítima; fatores de risco da pessoa agressora; fatores externos, contextuais e relacionais; e fatores de proteção da vítima/contexto.

Fatores de Vulnerabilidade da Vítima

A partir da análise da Tabela 4, destacam-se os fatores de vulnerabilidade cotados como presentes: ser do sexo feminino; ter idade superior a 74 anos; ter problemas/limitações físicas que condicionam a autonomia; e ter problemas emocionais e/ou psicológicos que influenciam o quotidiano da vítima. No que concerne aos fatores de vulnerabilidade cotados como parcialmente presentes, destacam-se: alguns problemas/limitações físicas que não condicionam a autonomia; problemas emocionais e/ou psicológicos que não influenciam o

quotidiano da vítima; possíveis atitudes e/ou crenças de legitimação e/ou banalização da violência que suportam e/ou atenuam o impacto da violência; e acesso limitado a cuidados de saúde. Relativamente aos fatores de vulnerabilidade cotados como ausentes, estes surgem com maior prevalência na amostra. Foi o caso do abuso de substâncias; acesso a cuidados de saúde; culpabilização de terceiros; recusa de serviços necessários; problemas de comportamento; demência; e por fim, ser do sexo masculino. É relevante enfatizar a elevada percentagem de casos omissos na variável vítima de violência doméstica no passado, apresentando a maior prevalência relativamente às restantes.

Tabela 4
Fatores de vulnerabilidade da vítima

Variáveis	Ausente		Parcialmente Presente		Presente		Omissos	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
V1 – Sexo	13	24.5	-	-	39	73.6	-	-
V2 – Idade	17	32.1	-	-	35	66	1	1.9
V3 - Problemas emocionais e/ou psicológicos	10	18.9	8	15.1	17	32.1	18	34
V4 – Demência	29	54.7	2	3.8	10	18.9	12	22.6
V5 - Abuso de substâncias	38	71.7	3	5.7	1	1.9	11	20.8
V6 - Problemas de comportamento	32	60.4	1	1.9	2	3.8	18	34
V7 - Culpabilização de terceiros	37	69.8	-	-	-	-	16	30.2
V8 - Legitimação e/ou banalização da violência	18	34	8	15.1	10	18.9	17	32.1
V9 - Problemas/limitações físicas	11	20.8	11	20.8	24	45.3	7	13.2
V10 - Recusa de serviços necessários	36	67.9	4	7.5	2	3.8	11	20.8
V11 - Acesso a cuidados de saúde	38	71.7	7	13.2	1	1.9	7	13.2
V12 - Vítima de violência doméstica no passado	2	3.8	2	3.8	4	7.5	45	84.9

Fatores de Risco da Pessoa Agressora

De acordo com os dados da Tabela 5, destacam-se os fatores de risco cotados como presentes, como: a presença de comportamentos agressivos dirigidos à vítima, expressos por violência física (empurrões, pontapés) e violência psicológica (ameaças, insultos, gritos);

abuso de substâncias (álcool, estupefacientes); problemas financeiros que afetam significativamente o cotidiano; problemas emocionais e/ou psicológicos que influenciam o cotidiano do agressor; observa-se também a existência de atitudes e/ou crenças de legitimação e/ou banalização da violência, que suportam e/ou atenuam o impacto da violência. No que concerne aos itens cotados como parcialmente presentes, salientam-se: os agressores com fracas competências de *coping*; possíveis atitudes e/ou crenças de legitimação e/ou banalização da violência que suportam e/ou atenuam o impacto da violência; agressores com possíveis comportamentos agressivos dirigidos à vítima; e por fim, agressores com problemas financeiros que comprometem em parte o cotidiano. Quanto aos fatores ausentes, a elevada frequência dirige-se para os problemas/limitações físicas, histórico criminal, ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas e, culpabilização de terceiros. Relativamente aos fatores omissos, a sua presença é mais acentuada em diversos itens quando comparada aos das vítimas. Evidenciam-se os itens, ter sido vítima de violência doméstica no passado, histórico de agressão a terceiros, culpabilização de terceiros, perpetrador de violência doméstica no passado, expectativas irrealistas, problemas emocionais e/ou psicológicos, e abuso de substâncias.

Tabela 5
Fatores de risco do agressor

Variáveis	Ausente		Parcialmente Presente		Presente		Omissos	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
A1 – Histórico criminal	26	49.1	5	9.4	4	7.5	18	34
A2 – Histórico de agressão a terceiros	5	9.4	1	1.9	7	13.2	40	75.5
A3 – Problemas emocionais e/ou psicológicos	8	15.1	2	3.8	14	26.4	29	54.7
A4 – Abuso de substâncias	12	22.6	2	3.8	17	32.1	22	41.5
A5 – Agressividade	3	5.7	16	30.2	30	56.6	4	7.5
A6 – Problemas/limitações físicas	32	60.4	3	5.7	4	7.5	14	26.4
A7 – Expectativas irrealistas	12	22.6	5	9.4	4	7.5	32	60.4
A8 – Culpabilização de terceiros	14	26.4	1	1.9	3	5.7	35	66
A9 – Problemas financeiros	13	24.5	15	28.3	15	28.3	10	18.9
A10 – Vítima de violência doméstica no passado	4	7.5	-	-	3	5.7	46	86.8

Variáveis	Ausente		Parcialmente Presente		Presente		Omissos	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
A11 – Perpetrador de violência doméstica no passado	5	9.4	2	3.8	11	20.8	35	66
A12 – Déficit nas competências de coping	2	3.8	20	37.7	10	18.9	21	39.6
A13 – Legitimação e/ou banalização da violência	1	1.9	19	35.8	14	26.4	19	35.8
A14 – Ameaças de morte críveis e/ou utilização de armas	26	49.1	4	7.5	3	5.7	20	37.7

Fatores Externos, Contextuais e Relacionais

No que respeita aos fatores, contextuais e relacionais, cotados como presentes, destacam-se: a coabitação do agressor com a vítima; dependência do/a agressor/a em mais do que uma área (habitacional, emocional, económica); inexperiência como cuidador, sem esforço para realização das tarefas; incapacidade e/ou relutância para desempenhar tarefas como cuidador; e dependência da vítima em mais do que uma área (física, emocional, habitacional). Em relação aos fatores cotado como parcialmente presentes, é evidente uma menor prevalência em todos os itens, comparativamente às restantes cotações. Evidenciam-se: o fraco isolamento social/suporte da vítima e/ou agressor; dependência da vítima em apenas uma área; e a dependência do agressor/a da vítima, em apenas uma área. No que concerne aos fatores cotados como ausentes, observam-se com maior prevalência: as condições habitacionais desadequadas e precárias; ausência de ligação afetiva/distanciamento; por fim, isolamento social/suporte. Relativamente aos fatores omissos, a prevalência está nos itens, violência intergeracional, historial de conflitos entre a vítima e o/a agressor/a, inexperiência como cuidador, e a ausência de ligação afetiva/distanciamento (Tabela 6).

Tabela 6
Fatores externos, contextuais e relacionais

Variáveis	Ausente		Parcialmente Presente		Presente		Omissos	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
R1 - Incapacidade no desempenho de tarefas de cuidador	15	28.3	9	17	23	43.4	6	11.3
R2 - Inexperiência como cuidador	6	11.3	1	1.9	26	49.1	20	37.7
R3 - Dependência da vítima	9	17	15	28.3	23	43.4	6	11.3
R4 - Dependência do/a agressor/a	11	20.8	11	20.8	28	52.8	3	5.7
R5 - Violência intergeracional	4	7.5	3	5.7	2	3.8	44	83
R6 - Historial de conflitos entre a vítima e o/a agressor/a	7	13.2	3	5.7	19	35.8	24	45.3
R7 - Coabitação	12	22.6	3	5.7	36	67.9	2	3.8
R8 - Isolamento social/suporte	21	39.6	21	39.6	3	5.7	8	15.1
R9 - Condições habitacionais desadequadas e precárias	29	54.7	7	13.2	6	11.3	11	20.8
R10 - Ausência de ligação afetiva/distanciamento	22	41.5	10	18.9	7	13.2	14	26.4

Fatores de Proteção da Vítima/Contexto

Segundo a análise dos fatores de proteção, é possível verificar a sua baixa prevalência e o elevado número de omissos. Entre os fatores cotados como presentes, destaca-se a presença de suporte social e comunitário da vítima. Em relação os fatores cotados como parcialmente presentes, destacam-se, o estado de saúde, que exerce alguma influência sobre o quotidiano da vítima, no entanto é pró-ativa para melhorar e/ou não agravar a sua situação, e o suporte emocional ou comunitário, com maior prevalência. Nos fatores cotados como ausentes, incluem-se as competências de *coping*, e as características da personalidade com maior prevalência. Por fim, os fatores cotados como omissos, observa-se as competências de *coping* e as características da personalidade com maior destaque (Tabela 7).

Tabela 7
Fatores de proteção da vítima/contexto

Variáveis	Ausente		Parcialmente Presente		Presente		Omissos	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
P1 – Características da personalidade	24	45.3	8	15.1	1	1.9	20	37.7
P2 – Estado de saúde	17	32.1	27	50.9	2	3.8	7	13.2
P3 – Competências de <i>coping</i>	25	47.2	4	7.5	2	3.8	22	41.5
P4 – Suporte social e comunitário	10	18.9	27	50.9	12	22.6	4	7.5

Total do Nível de Risco do AGED

Ao analisar os dados da tabela, é possível verificar que 81.1% das vítimas da amostra se encontra num nível de risco baixo ou moderado, sendo que apenas 15.1% apresentam risco elevado (Tabela 8).

Tabela 8
Total do nível de risco do AGED

	<i>N</i>	%
Baixo	21	39.6
Moderado	22	41.5
Elevado	8	15.1
Sem informação	2	3.8

Associações de Variáveis e Comparações de Grupos: Tipos de Violência e Dimensões do AGED

Para verificar se existem associações estatisticamente significativas entre os tipos de violência perpetrada e a presença/ausência dos vários fatores originados pelo AGED, transformaram-se as respostas aos itens em variáveis dicotômicas, agregando o P (Presente) e PP (Parcialmente Presente) numa única categoria. Foram pedidas as tabelas de referência cruzada e calculados testes de associação estatística, nomeadamente Qui-Quadrado e Teste exato de Fisher. Após verificar a existência de normalidade nas várias dimensões, foi aplicado o teste t de amostras independentes e o teste U de Mann-Whitney quando não se verificava normalidade, para perceber se existem diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias entre os casos com presença e ausência dos vários tipos de violência.

Violência Física

Relativamente ao fator de vulnerabilidade “sexo”, observa-se que ser vítima do sexo feminino está mais presente quando há prática de outros tipos de violência, que não física ($\chi^2 = .017, p = .024$) (Tabela 9).

Relativamente ao fator de risco “agressividade”, em todos os casos onde está presente o fator de risco, o agressor perpetrou violência física. Assim, a agressividade parece ser um fator de risco amplamente presente na amostra, estando associado de facto à ocorrência de violência física, pois há uma associação significativa entre a prática de violência física e os comportamentos agressivos ($\chi^2 = .016, p = .039$).

No que concerne ao fator de risco “isolamento social/suporte”, verificou-se que o mesmo estava maioritariamente ausente nos casos em que não ocorreu violência física e maioritariamente presente nos casos em que ocorreu violência física. Assim, e considerando que se observou uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis ($\chi^2 = .019, p = .031$), pode-se concluir que o isolamento social/suporte aparenta ser um fator de risco para a ocorrência de violência física.

Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a violência física e os restantes itens do instrumento.

Tabela 9

Itens com associação estatisticamente significativa com a violência física

			Fator de risco	
			Ausente	Presente
Item V1 – Sexo	Não	N	9	12
		%	42.9	57.1
	Sim	Contagem	4	26
		% em Violência Física	13.3	86.7
	Total	Contagem	13	38
		% em Violência Física	25	74.5
Item A5 – Agressividade	Não	Contagem	3	14
		% em Violência Física	17.6	82.4
	Sim	Contagem	0	31
		% em Violência Física	0	100
	Total	Contagem	3	45
		% em Violência Física	6.3	93.8

			Fator de risco	
			Ausente	Presente
Item R8 – Isolamento Social/Suporte	Não	Contagem	12	6
		% em Violência Física	66.7	33.3
	Sim	Contagem	8	18
		% em Violência Física	30.8	69.2
	Total	Contagem	20	24
		% em Violência Física	45.5	54.5

De forma a compreender se existiam diferenças entre os casos com presença de violência física e com ausência de violência física no que diz respeito aos fatores de vulnerabilidade da vítima, a pontuação dos dois grupos foi comparada através de um teste t para amostras independentes. Verificou-se que não existem diferenças entre os dois grupos, $t(50) = -.776$, $p = .441$, tendo-se verificado que os indivíduos que sofreram deste tipo de violência têm uma média superior ($M = 6.677$; $DP = 3.691$), comparativamente com os que não sofreram ($M = 5.904$; $DP = 3.254$). Para verificar as diferenças entre os grupos com ocorrência de violência de física e com ausência de violência física relativamente à pontuação nos fatores de risco do agressor, também foi comparado através de um teste t para amostras independentes. É possível observar que existem diferenças significativas entre os dois grupos $t(49) = -.340$, $p = .002$. Verificou-se que os indivíduos que sofreram de violência física têm uma média superior ($M = 8.612$; $DP = 4.386$), comparativamente com os que não sofreram este tipo de violência ($M = 4.700$; $DP = 3.555$).

Da mesma forma, os dois grupos supramencionados foram comparados no que diz respeito à pontuação nos fatores de proteção da vítima, com recurso ao teste de Mann-Whitney. Os resultados apontam para a ausência de diferenças significativas ($U = 281$, $p = .497$), sendo que os indivíduos que sofreram deste tipo de violência têm uma média inferior ($M = 1.833$; $DP = 1.116$), em comparação com os indivíduos que não sofreram deste tipo de violência ($M = 2.047$; $DP = 1.203$). O mesmo procedimento foi realizado para a pontuação total nos fatores externos, contextuais e relacionais tendo-se verificado que não existem diferenças estatisticamente significativas ($U = 425$, $p = .061$).

Violência Psicológica

Relativamente ao fator de vulnerabilidade “demência”, constatou-se que estava maioritariamente presente (66.7%) nos casos em que não ocorreu violência psicológica e maioritariamente ausente (77.1%) nos casos em que ocorreu violência psicológica. Existe

uma associação marginalmente significativa entre as duas variáveis ($\chi^2=.029$, $p = .050$), assim pode afirmar-se que a demência parece ser um fator de vulnerabilidade para a ocorrência de violência psicológica (Tabela 10).

O fator de risco “agressividade”, está presente numa proporção significativamente superior nos casos em que ocorreu violência psicológica (97.7%) ($\chi^2 < .001$, $p = .025$). Assim, pode afirmar-se que a agressividade é um fator de risco associado à violência psicológica.

É possível verificar que o fator de risco “problemas financeiros” não esteve presente em nenhum dos casos em que não se praticou violência psicológica. Contudo, esteve maioritariamente presente (74.4%) nos casos em que se perpetrou violência psicológica. Pode afirmar-se que ter problemas financeiros é um fator de risco para a perpetração de violência psicológica, pois há uma associação significativa entre as duas variáveis ($\chi^2 = .007$, $p = .025$). Relativamente ao fator de risco “historial de conflitos entre a vítima e o/a agressor/a”, pode observar-se que esteve ausente na sua totalidade nos casos em que não se perpetrou violência psicológica e, maioritariamente presente (84.6%) nos casos em que ocorreu violência psicológica. Logo, o historial de conflitos entre a vítima e o/a agressor/a está associado à ocorrência de violência psicológica ($\chi^2=.005$, $p = .040$).

Ao analisar a tabela 10, pode verificar-se que o fator de risco “isolamento social/suporte” esteve ausente em todos os casos em que não se se perpetrou violência psicológica. No entanto nos casos em que se perpetrou violência psicológica, o fator de risco esteve presente na maioria dos casos (61.5%). Pode afirmar-se que o fator de risco está associado à perpetração de violência psicológica ($\chi^2=.009$, $p = .014$).

Nos casos em que não se perpetrou violência psicológica, o fator de risco “ausência de ligação afetiva/distanciamento” não está presente na totalidade de casos, contudo nas situações em que se perpetrou violência psicológica o fator de risco está presente em 51.5% dos casos. Há uma associação estatisticamente significativa entre a ausência de ligação afetiva/distanciamento e a perpetração de violência psicológica ($\chi^2=.031$, $p = .053$).

Tabela 10

Itens com associação estatisticamente significativa com a violência psicológica

			Fator de risco	
Violência psicológica			Ausente	Presente
Item V4 - Demência	Não	Contagem	2	4
		% em Violência Psicológica	33.3	66.7

			Fator de risco	
Violência psicológica			Ausente	Presente
	Sim	Contagem	27	8
		% em Violência Psicológica	77.1	22.9
	Total	Contagem	29	12
		% em Violência Psicológica	70.7	29.3
	Não	Contagem	2	3
		% em Violência Psicológica	40	60
Item A5 – Agressividade	Sim	Contagem	1	42
		% em Violência Psicológica	2.3	97.7
	Total	Contagem	3	45
		% em Violência Psicológica	6.3	93.8
	Não	Contagem	3	0
		% em Violência Psicológica	100	0
Item A9 – Problemas Financeiros	Sim	Contagem	10	29
		% em Violência Psicológica	25.6	74.4
	Total	Contagem	13	29
		% em Violência Psicológica	31	69
	Não	Contagem	2	0
		% em Violência Psicológica	100	0
Item R6 – Historial de Conflitos Entre a Vítima e o/a Agressor/a	Sim	Contagem	4	22
		% em Violência Psicológica	15.4	84.6
	Total	Contagem	6	22
		% em Violência Psicológica	21.4	78.6
	Não	Contagem	5	0
		% em Violência Psicológica	100	0
Item R8 – Isolamento Social/Suporte	Sim	Contagem	15	24
		% em Violência Psicológica	38.5	61.5
	Total	Contagem	20	24
		% em Violência Psicológica	45.5	54.5
	Não	Contagem	5	0
		% em Violência Psicológica	100	0
Item R10 – Ausência de Ligação Afetiva/ Distanciamento	Sim	Contagem	16	17
		% em Violência Psicológica	100	0
	Não	Contagem	5	0

		Fator de risco	
Violência psicológica		Ausente	Presente
Total	% em Violência Psicológica	48.5	51.5
	Contagem	21	17
	% em Violência Psicológica	55.3	44.7

Relativamente à aplicação dos teste *t* de amostras independentes, os resultados mostraram que não existem diferenças significativas entre o grupo com presença de violência psicológica e a ausência de violência psicológica relativamente aos fatores de vulnerabilidade da vítima ($t(50) = .965, p = .339$). Tendo-se verificado que os indivíduos que sofreram deste tipo de violência têm uma média inferior ($M = 6.195; DP = 3.649$), em comparação com os indivíduos que não sofreram ($M = 7.666; DP = 1.861$). Relativamente aos fatores de risco do agressor, estes também não demonstraram diferenças estatisticamente significativas ($t(49) = -.645, p = .106$), sendo a média dos que sofreram deste tipo de violência superior ($M = 7.413; DP = 4.519$) em relação aos que não sofreram ($M = 4.000; DP = 2.828$).

Os resultados revelaram que existem diferenças estatisticamente significativas quanto aos fatores externos, contextuais e relacionais entre o grupo com ocorrência de violência psicológica e ausência de violência psicológica ($U = 232, p = .005$). Pode constatar-se que os indivíduos que sofreram deste tipo de violência têm uma média superior ($M = 8.587; DP = 3.131$) comparativamente com os que não sofreram ($M = 4.333; DP = 2.732$). No entanto não existem diferenças significativas entre os fatores de proteção da vítima e a violência psicológica ($U = 108, p = .448$), sendo que os indivíduos que sofreram de violência psicológica têm uma média inferior ($M = 1.888; DP = 1.191$) comparativamente com os que não sofreram ($M = 2.166; DP = .752$).

Negligência

Na tabela 11, é possível verificar que nas situações em que não ocorreu negligência o fator de vulnerabilidade “acesso a cuidados de saúde” esteve ausente em 96.3% dos casos. Já nas situações em ocorreu negligência, o fator de vulnerabilidade esteve também ausente na maioria dos casos (61.1%). Ter acesso a cuidados de saúde tem uma associação estatisticamente significativa em relação à ocorrência de negligência ($\chi^2 = .002, p = .004$).

Analisando a associação entre a negligência e o fator de risco “histórico criminal”, é possível verificar que este está presente em 40% dos casos em que não ocorreu negligência, no entanto esteve ausente na maior parte (60%). Relativamente às situações em que ocorreu negligência, o fator de risco esteve ausente em 92.9% dos casos. Assim, há uma associação

marginalmente significativa entre a presença de histórico criminal e a ocorrência de negligência ($\chi^2=.033$, $p = .050$).

A tabela 11, mostra que o fator de risco “ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas”, está maioritariamente ausente nos casos em que não ocorre negligência (60%) e presente em 35% das situações. Contudo, o fator de risco está totalmente ausente nos casos em que ocorre negligência. O fator de risco tem uma associação estatisticamente significativa com a ocorrência de negligência ($\chi^2=.016$, $p = .027$).

A partir da tabela 11, é possível averiguar que o fator de proteção “suporte social e comunitário”, está maioritariamente presente nos casos que não ocorre negligência (90.3%) e, maioritariamente presente nos casos em que ocorre este tipo de violência (58.8%). Pode considerar-se que o fator de proteção tem uma associação estatisticamente significativa em relação à ocorrência deste tipo de violência ($\chi^2=.010$, $p = .022$).

Tabela 11
Itens com associação estatisticamente significativa com a negligência

		Fator de risco		
		Negligência	Ausente	Presente
Item V11 – Acesso a Cuidados de Saúde	Não	Contagem	26	1
		% em Negligência	96.3	3.7
	Sim	Contagem	11	7
		% em Negligência	61.1	38.9
	Total	Contagem	37	8
		% em Negligência	82.2	17.8
Item A1 – Histórico Criminal	Não	Contagem	12	8
		% em Negligência	60	40
	Sim	Contagem	13	1
		% em Negligência	92.9	7.1
	Total	Contagem	25	9
		% em Negligência	73.5	26.5
Item A14 – Ameaças de Morte Credíveis e/ou Utilização de Armas	Não	Contagem	13	7
		% em Negligência	65	35
	Sim	Contagem	13	0
		% em Negligência	100	0
	Total	Contagem	26	7

		Fator de risco		
		Negligência	Ausente	Presente
		% em Negligência	78.8	21.2
Item P4 – Suporte Social e Comunitário	Não	Contagem	3	28
		% em Negligência	9.7	90.3
	Sim	Contagem	7	10
		% em Negligência	41.2	58.8
	Total	Contagem	10	38
		% em Negligência	20.8	79.2

Depois da aplicação do teste t de amostras independentes, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com a presença de negligência e a ausência de negligência no que diz respeito aos fatores de vulnerabilidade da vítima ($t(50) = .313$ $p = .025$). Verificou-se que os indivíduos que sofreram de negligência têm uma média superior ($M = 7.789$; $DP = 2.859$), comparativamente com os que não sofreram este tipo de violência ($M = 5.545$; $DP = 3.623$). Ademais, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com a ocorrência de negligência e ausência da mesma em relação aos fatores de risco do agressor ($t(49) = .743$ $p = .461$). Sendo que a média dos indivíduos que sofreram deste tipo de violência é inferior ($M = 6.444$; $DP = 4.501$), em relação aos que não sofreram ($M = 7.424$; $DP = 4.500$).

Posteriormente, a partir da análise do teste U de Mann-Whitney é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os casos com presença e ausência de negligência relativamente à presença de fatores externos, contextuais e relacionais ($U = 374$, $p = .243$). Tendo-se verificado uma média superior nos indivíduos que sofreram deste tipo de violência ($M = 8.684$; $DP = 3.902$) comparativamente aos indivíduos que não sofreram de negligência ($M = 7.757$; $DP = 3.010$). Também se constatou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os casos com presença e ausência de negligência relativamente aos de fatores de proteção da vítima ($U = 276$; $p = .569$). Sendo que a média dos que sofreram deste tipo de violência é inferior ($M = 1.789$; $DP = 1.357$) relativamente aos indivíduos que não sofreram ($M = 2.000$; $DP = 1.016$).

Violência Económica

Depois da aplicação das tabelas de referência cruzada, verifica-se que não existem associações estatisticamente significativas entre a violência económica e nenhum dos fatores do AGED.

A partir do teste t de amostras independentes, é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os casos com presença e ausência de violência económica nas dimensões fatores de vulnerabilidade da vítima ($t(50) = .011$ $p = .979$), fatores de risco do agressor ($t(49) = .293$ $p = .248$), e fatores externos, contextuais e relacionais ($t(50) = .881$ $p = .619$). Também é possível averiguar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os casos com presença e ausência de violência económica relativamente aos fatores de proteção da vítima ($U = 288$, $p = .658$).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo caracterizar os fatores de risco para a violência contra a pessoa idosa perpetrados por cuidadores. Mais especificamente, o estudo pretendeu verificar as características sociodemográficas dos agressores cuidadores, analisar os fatores de risco e proteção associados à violência perpetrada por agressores cuidadores e averiguar se existia associação entre os tipos de violência perpetrada e os fatores de risco e de proteção.

Relativamente às vítimas, a amostra da presente investigação é maioritariamente do sexo feminino, sendo consistente com as tendências observadas na literatura. Segundo Bruelle et al. (2019) especula-se que as mulheres têm maior probabilidade de sofrer de violência, possivelmente devido à maior esperança média de vida, o que por sua vez está associado à perda de independência nas atividades de vida diárias, bem como ao aumento de deficiências cognitivas. A maioria das vítimas são viúvas, reformadas, com baixas habilitações literárias e com idades compreendidas entre os 65 e 97 anos. Esta faixa etária surge, muitas vezes associada a diversas vulnerabilidades acrescidas, uma vez que há um agravamento das limitações físicas e um declínio do estado de saúde, assim como a diminuição das duas capacidades de defesa.

Relativamente ao agressor, a maioria é do sexo masculino com idades compreendidas entre os 21 e os 86 anos, solteiros, desempregados e com baixas habilitações literárias. De acordo com o observado na literatura, é expectável uma maior prevalência de agressores do sexo masculino (e.g., Dias et al., 2019; Fernandes & Silva, 2016; Jeon et al., 2019). Esta tendência pode estar relacionada à estrutura patriarcal da violência, refletindo as relações de poder enraizadas na sociedade, indicando a persistência de dinâmicas de dominação de género, impactando a forma como a violência é percebida (Faleiros & Brito, 2007). Compreender em que contexto foi perpetrada a violência é crucial para entender as dinâmicas dessa mesma violência. No presente estudo, os dados revelam que o descendente da vítima é o principal perpetrador de violência. Uma possível explicação para estes resultados poderá ser a existência de um ambiente familiar marcado pela violência durante o desenvolvimento destes agressores. Estes padrões agressivos facilitam a normalização dos comportamentos agressivos na idade adulta que, por sua vez poderão ser replicados através da utilização da violência como meio de resolução de conflitos (Sales da Silva & Dias, 2016).

O ato de cuidar de um familiar idoso pode tornar-se uma fonte de *stress* para as famílias, sendo que o cuidador poderá chegar a um estado de exaustão e, em alguns casos revelar comportamentos violentos. Esse *stress* pode estar relacionado com a falta de

informação que o cuidador apresenta relativamente aos efeitos do envelhecimento, com a falta de capacidades do cuidador para exercer esta tarefa e/ou com a falta de recursos para o seu suporte (OMS, 2011). A união destes fatores pode resultar num aumento da sobrecarga e frustração para o cuidador, impactando o bem-estar da pessoa idosa.

Verifica-se que a violência psicológica é o tipo de violência mais prevalente, seguindo-se a violência física. Neste contexto destaca-se ainda a baixa prevalência da violência sexual, visto que estes resultados podem ocorrer devido à pouca incidência de pessoas idosas que reportam a sua ocorrência (e.g., Ho et al., 2017; Lopes et al., 2012; Soares et al., 2010; Gil et al., 2015a). Este problema pode dever-se ao facto de a pessoa idosa sentir vergonha em denunciar, assim como ter a tendência para legitimar e banalizar este tipo de comportamentos. Em grande parte dos casos, coocorreram vários tipos de violência, o que pode provocar consequências mais graves na vítima, uma vez que podem levar a um maior isolamento e maior culpabilização, acabando por legitimar a violência sofrida. Além disso, também pode demonstrar o elevado controlo que estes agressores têm relativamente a estas vítimas. É verificada a duração da violência somente em 17 casos, sendo a sua duração mínima um ano e duração máxima 20 anos, o que permite observar a persistência deste problema. Possivelmente pode dever-se ao facto de existir coabitação, relação de dependência entre o agressor e a vítima, ou a vítima devido à idade avançada ser mais vulnerável à violência (e.g., Ludvigsson et al., 2022; Roberto, 2016).

Relativamente aos fatores de vulnerabilidade da vítima contemplados no AGED, destacam-se ser do sexo feminino, ter idade superior a 74 anos e problemas/limitações físicas. Ser do sexo feminino é um fator de vulnerabilidade que a literatura tem identificado com bastante frequência na problemática (e.g., Carmona-Torres et al., 2015; Fernandes & Silva, 2016; Gil et al., 2014; Ho et al., 2017; Jeon et al., 2019). A idade da pessoa idosa vítima de violência não é consensual, possivelmente devido às diferentes abordagens culturais e sociais.

Os comportamentos agressivos, abuso de substâncias, problemas financeiros, problemas emocionais e/ou psicológicos e a legitimação e/ou banalização da violência, destacaram-se como fatores de risco proeminentes. Pode ser observada uma possível interligação entre eles, visto que quando existem problemas financeiros há uma maior probabilidade de o agressor depender financeiramente da vítima e, muitas vezes, para a decorrência dos consumos (e.g., Conrad et al., 2010; DeLiema et al., 2012). O abuso de substâncias e problemas de saúde mental tendem a ser gatilhos significativos para o aumento de comportamentos agressivos (e.g., Lachs et al., 1997; Benshoff et al., 2003) muitas vezes

influenciando a capacidade de corresponder ao papel de cuidadores, controle dos seus impulsos ou responder a situações de *stress*.

Os fatores externos, contextuais e relacionais podem relacionar-se com os fatores de risco acima mencionados. Neste estudo, evidencia-se a coabitação, a dependência do/a agressor/a, inexperiência como cuidador e a incapacidade no desempenho de tarefas de cuidador. A coabitação pode ser um fator desencadeador da violência, pois o convívio diário com o agressor pode intensificar as tensões e conflitos, especialmente quando há dependência (financeira, emocional e/ou habitacional) envolvida. O *stress* gerado pelo papel do cuidador pode desencadear uma dinâmica familiar complexa, resultando em comportamentos violentos (Bruelle et al., 2019; Day et al., 2017; Joahannesen & Logiudice, 2013; Killick et al., 2015). Muitas vezes, o *stress* está diretamente associado à inexperiência enquanto cuidador e à sobrecarga de cuidados. Assim, o fator de proteção suporte social e comunitário destacado no presente estudo, seja ele proveniente de familiares, amigos, vizinhos ou da comunidade, pode ser uma proteção vital contra a violência, fornecendo um sistema de alerta em situações de risco. Além disso, não só melhora as condições de vida daqueles que prestam cuidados (e.g., *stress*, pressão, risco de exaustão, isolamento social, entre outros) a outrem, mas também, por consequência, melhora as condições de vida das pessoas cuidadas (APAV, 2020a).

Relativamente ao contexto institucional, é visível a baixa prevalência de pessoas idosas vítimas nessas circunstâncias. É possível que a desinformação relativamente a fontes de apoio não chegue ao espaço institucional, deixando a pessoa idosa limitada e sem saber que é realmente vítima. Em alguns casos, a pessoa idosa pode temer represálias, sentir-se desacreditada e recear ser isolada se reportar a situação violenta. Desta forma, uma vez que a instituição pode ser o seu único meio de prestação de cuidados, estes fatores podem despoletar o medo de perder esse suporte. A falta de informação acerca da violência contra a pessoa idosa nestes contextos, demonstra a elevada necessidade de se realizarem mais investigações neste tipo de circunstâncias.

O presente estudo demonstra uma associação significativa entre a violência física, a violência psicológica, a violência económica, a negligência e os itens das várias dimensões do AGED. No que concerne à violência física constata-se associações entre o sexo da vítima (feminino), agressividade do agressor e, isolamento social/suporte. A associação do sexo da vítima com este tipo de violência pode ser atribuída às desigualdades de género e/ou normais sociais que toleram ou perpetuam a violência contra as mulheres e dinâmicas de relacionamentos abusivos. Relativamente à violência psicológica, são observadas associações entre a demência, agressividade, problemas financeiros, historial de conflitos entre a vítima

e/o agressor/a, isolamento social/suporte e a ausência de ligação afetiva/distanciamento. Relativamente ao fator de risco isolamento social/suporte, mencionado nos dois últimos tipos de violência, pessoas idosas com baixa estrutura social podem ter uma maior probabilidade de serem vítimas violência (Yon et al., 2017). Em relação à ocorrência de negligência são encontradas associações entre o acesso a cuidados de saúde, histórico criminal, ameaças de morte credíveis e/ou utilização de armas, no entanto este não é um fator de risco para a ocorrência deste tipo de violência e, por fim suporte social e comunitário. No que diz respeito à violência económica, não são encontradas associações estatisticamente significativas com nenhum dos fatores do instrumento. É importante destacar que, somente na ocorrência de negligência é possível verificar diferenças significativas entre os grupos com presença e ausência deste tipo de violência relativamente ao número de fatores de vulnerabilidade da vítima. Esta pode envolver uma série de fatores de contextuais e relacionais (e.g., falta de recursos financeiros, problemas de saúde mental e/ou sobrecarga do cuidador, entre outros), que podem aumentar a vulnerabilidade da vítima. A pessoa idosa com condições de saúde mental, como a demência, têm maior probabilidade de sofrerem de negligência (Dong et al., 2014).

A relação entre os vários fatores é multifacetada, a compreensão aprofundada do contexto e a análise das dinâmicas de violência podem fornecer uma visão mais clara das dinâmicas subjacentes a estes tipos de violência.

Implicações Práticas

Ao considerar a globalidade do estudo é importante notar que os resultados obtidos contribuem de forma valiosa para o conhecimento dos fatores associados à violência contra a pessoa idosa perpetrada pelos seus cuidadores. A identificação desses mesmos fatores possibilita uma abordagem proativa na prevenção da violência e na criação de ambientes de cuidado mais seguros. Tendo em consideração que a violência perpetrada por cuidadores tem um impacto negativo na qualidade de vida da pessoa idosa, esta investigação também sublinha a importância de promover mudanças de comportamento positivas e reconhecer a necessidade de apoio, recursos sociais, serviços de assistência e construção de redes de suporte que permitam o alívio da carga emocional e do exercício das funções do cuidador. Além disso, os dados obtidos também podem apoiar os profissionais que operam no campo da violência contra a pessoa idosa pelo que, dessa forma, podem ter implicações significativas para a prevenção e intervenção junto da mesma. É importante capacitar os profissionais, oferecendo-lhes ferramentas para a identificação precoce de sinais de violência

ou negligência, assim como reconhecer fatores de vulnerabilidade, fatores de risco, fatores de proteção e, compreender dinâmicas familiares e/ou contextos sociais que possam potencializar situações de risco.

Verifica-se que diferentes tipos de violência apresentam associações com diversos fatores de risco, logo é imperativo reconhecer a necessidade de estratégias diferenciadas e adaptadas às características únicas de cada forma de violência. Desta forma, no que diz respeito à violência física e sexual, podem ser delineadas intervenções para avaliar, tratar e registrar evidências físicas de agressões (físicas e sexuais), bem como referenciar o caso às autoridades locais e/ou, ponderar a referência a abrigos destinados a vítimas de violência. No âmbito da violência psicológica, podem ser adotadas estratégias destinadas a referenciar a vítima para serviços de apoio (e.g., psiquiatras, assistentes sociais, entre outros), combater situações de *stress* e exaustão do cuidador, educar o mesmo sobre práticas mais adequadas e/ou identificar potenciais cuidadores alternativos. A violência económica pode envolver intervenções específicas como, a interrupção imediata da perda dos recursos, podendo considerar-se um tutor legal para gerir as finanças da pessoa idosa diariamente e/ou alertar os bancos ou instituições financeiras para a vulnerabilidade das vítimas (Johannesen & LoGiudice, 2013).

No contexto da negligência, as intervenções podem abranger a otimização da assistência (e.g., apoio domiciliário) garantindo a adequação dos cuidados prestados e ainda opções como a institucionalização (e.g., centros de dia) (Lachs & Pillemer, 2015). Em vez da adoção de uma abordagem única, a prevenção e intervenção devem ser adaptadas, levando em consideração as complexidades das circunstâncias que a pessoa idosa enfrenta. A violência contra a pessoa idosa exige uma abordagem multidisciplinar e de proximidade, que envolva uma avaliação completa e a elaboração de um plano de atuação (Santos & Vieira, 2014). Este deve integrar profissionais de saúde, serviços sociais e, organizações comunitárias (Schmeidel et al., 2012; Dong et al., 2013), podendo ainda incorporar especialistas em saúde mental (Johannesen & LoGiudice, 2013). Além disso, é crucial não negligenciar o tratamento do agressor, sempre que possível, especialmente quando há presença de doença mental ou problemas com consumo de substâncias, que tem influência para a perpetração de violência (Campion et al., 2015).

Relativamente à avaliação do nível de risco, depois da análise dada pelos técnicos da APAV, verificou-se que a avaliação do mesmo antes da aplicação do AGED é distinta. Posteriormente, com a aplicação do instrumento observou-se uma mudança na avaliação, indicando que a utilização desta ferramenta teve um impacto positivo na perceção do

avaliador. O instrumento fornece ao avaliador *insights* adicionais, destacando aspetos importantes que podem ter passado despercebidos anteriormente ou até mesmo não ter sido considerados, oferecendo uma estrutura mais abrangente para a avaliação. A variação na avaliação antes e depois do instrumento destaca não apenas a utilidade do AGED, mas também a sua capacidade de aprimorar a avaliação realizada pelos profissionais. Esta dinâmica ressalta a importância de ferramentas específicas na abordagem de questões complexas, como a violência contra a pessoa idosa. O AGED não atua apenas como um guia estruturado, mas também como um recurso valioso que pode influenciar positivamente a qualidade da avaliação. A utilização deste instrumento de avaliação desempenha um papel fundamental, assegurando informações necessárias para uma avaliação e gestão do risco mais completas e estruturadas, contribuindo ainda para a obtenção de dados mais detalhados e organizados, facilitando uma análise mais precisa e informada sobre os vários fatores envolvidos neste fenómeno.

Limitações do Estudo e Necessidade de Estudos Futuros

É importante notar as limitações do presente estudo, nomeadamente a dimensão da amostra e a ausência de informação nos processos. A reduzida dimensão da amostra pode ser um fator que influencia significativamente os resultados, sendo um exemplo disso a associação entre a violência económica e as várias áreas do instrumento, que neste estudo não é possível constatar. A falta de informação processual também se torna um desafio na análise estatística, devido ao elevado número de *missing* nas várias dimensões. Isto pode ser explicado pela relutância das vítimas em relatar aspetos da sua esfera privada, pelo que podem ter a tendência em comunicar respostas que pareçam socialmente aceites e não totalmente verdadeiras, ou até mesmo por esquecimento (relacionado com a idade), constituindo um viés de memória. Esta limitação pode também ser explicada pela aplicação retrospectiva do instrumento, que não envolve o contacto direto com o indivíduo, dando espaço para possíveis constrangimentos. É também interessante refletir acerca da elevada predominância de indivíduos do sexo feminino na amostra, que não deve ser encarada como uma limitação, mas sim como uma representação da realidade. No entanto, reconhece-se que o facto da amostra não ser homogénea, pode não refletir os resultados da população em geral, o que de certa forma acaba por influenciar indiretamente o estudo.

Para estudos futuros, é sugerido a aplicação direta do instrumento junto dos intervenientes e, deve também considerar-se a recolha de informação adicional de outras fontes (e.g., vítima, família, agressor), para evitar constrangimentos na recolha processual

e/ou na aplicação retrospectiva. Uma vez que a avaliação da violência sexual é de facto uma tarefa desafiadora devido à natureza sensível do tema e às barreiras emocionais que muitas vítimas enfrentam ao relatar essas experiências, seria igualmente benéfico que futuramente sejam desenvolvidos estudos que se direcionem mais para este tipo de violência, combatendo as lacunas existentes nesta problemática.

Apesar das limitações, este estudo é um contributo para o aumento da visibilidade da violência contra a pessoa idosa, um fenómeno que ainda permanece, de certa forma, disfarçado, uma vez que ocorre na maioria das vezes em contexto familiar/domiciliário e, por esse motivo, contribui para a subnotificação e subdeterminação deste tipo de violência. Ainda há um longo caminho a percorrer em termos preventivos e interventivos, a sensibilização da sociedade torna a pessoa idosa mais visível, ajudando a combater o estigma social ao qual muitos idosos ainda são submetidos. A visibilidade e compreensão generalizadas podem contribuir para uma mudança cultural que desencoraje a violência e promova o respeito por esta população. É essencial que os profissionais estejam capacitados não só para detetar dinâmicas violentas, mas também para informar a pessoa idosa sobre os seus direitos, quais os serviços disponíveis e quais as opções de encaminhamento. É crucial adotar uma abordagem que assegure cuidados e suporte adequados, não apenas para evitar a revitimização, mas também para mitigar as consequências físicas e psicossociais. A harmonia das várias abordagens e estratégias já mencionadas, são essenciais para construção de um futuro onde os idosos vivam com dignidade e segurança.

Referências

- Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The national elder mistreatment study. *American Journal of Public Health*, 100(2), 292-297.
<https://doi.org/10.2105/ajph.2009.163089>
- Action on Elder Abuse. (1997). Hearing the despair: The reality of elder abuse. *Emergency Nurse*, 5(3) 3-3. <https://doi.org/10.7748/en.5.3.3.s3>
- Alizadeh-Khoei, M., Sharifi, F., Hossain, S. Z., Fakhrzadeh, H., & Salimi, Z. (2014). Elder abuse: Risk factors of abuse in elderly community-dwelling Iranians. *Educational Gerontology*, 40(7), 543-554. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.857995>
- Almeida, I., Baúto, R., Fernandes, B. & Soeiro, C. (2020). Fatores de risco na negligência e maus-tratos a pessoas idosas: O projeto AGED como uma resposta de boas práticas na avaliação de risco. *Miscellanea APAV*, 10, 17-22.
https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Miscellanea_APAV_10.pdf
- Altintas, H., & Aslan, G. (2019). Prevalence of elder abuse among community-dwelling older adults in Turkey and its associated factors. *Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 20(1), 3-10. <https://doi.org/10.1111/psyg.12446>
- Alves, C. S., & Serrão, C. (2018). Fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa: Revisão sistemática. *Pan-American Journal of Aging Research (PAJAR)*, 6(2), 58-71. <https://doi.org/10.15448/2357-9641.2018.2.29964>
- Andrade, B. F. (2017). *Pessoas idosas vítimas de violência intrafamiliar: Avaliação do risco*. (Tese de mestrado). Faculdade de Direito da Universidade do Porto.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). (2010). *Manual Titono*.
https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/Titono_PT.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). (2015). *Estatísticas APAV: Pessoas idosas vítimas de crime e de violência (2013-2015)*.
https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/EstatisticasAPAV_PIVCV_2013-15.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). (2017). *Estatísticas APAV: Pessoas idosas vítimas de crime e de violência (2013-2016)*.
https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas_Idosas_2013_2016.PDF

- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). (2020b). *Prevenção da Violência*.
https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/FI_Prevencao_2020.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, APAV. (2021). Estatísticas APAV: Pessoas idosas vítimas de crime e de violência (2013-2020).
https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas_Idosas_Vitimas_Crime_Violencia_2013-2020.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, APAV. (2020a). *Portugal mais Velho*.
<https://apav.pt/publiproj/index.php/93-projeto-portugal-mais-velho>
- Baker, A. A. (1975). Granny-battering. *Modern Geriatrics*, 5, 20-24.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Prentice-Hall.
- Beach, S. R., Schulz, R., Castle, N. G., & Rosen, J. (2010). Financial exploitation and psychological mistreatment among older adults: Differences between African Americans and non-African Americans in a population-based survey. *The Gerontologist*, 50(6), 744-757. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq053>
- Bennett, G., Kingston, P., & Penhale, B. (1997). *The dimensions of elder abuse: Perspectives for practitioners*. Red Globe Press.
- Benshoff, J. J., Harrawood, L. K., & Koch, D. S. (2003). Substance abuse and the elderly: Unique issues and concerns. *Journal of Rehabilitation*, 69(2), 43-48.
- Bergeron, L.R. (2001). An elder abuse case study: Caregiver stress or domestic violence?. *Journal of Gerontological Social Work*, 34(4), 47-63.
http://dx.doi.org/10.1300/J083v34n04_05
- Block, M., & Sinnott, J. (1979). *The battered elder syndrome: An exploratory study*. University of Maryland Press.
- Bond, M. C., & Butler, K. H. (2013). Elder abuse and neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(1), 257-273. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2012.09.004>
- Bows, H. (2018). Sexual violence against older people: A review of the empirical literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(5), 567-583.
<https://doi.org/10.1177/1524838016683455>
- Brandl, B. & Raymond, J. (2012), 'Policy implications of recognising that caregiver stress is not the primary cause of elder abuse. *Generations*, 36(3), 32-39.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

- Brozowski, K., & Hall, D. R. (2010). Aging and risk: Physical and sexual abuse of elders in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(7), 1183-1199.
<https://doi.org/10.1177/0886260509340546>
- Bruele, A. B., Dimachk, M., & Crandall, M. (2019). Elder abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, 35(1), 103-113. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.009>
- Burnes, D., Pillemer, K., Caccamise, P. L., Mason, A., Henderson, C. R., Berman, J., Cook, A. M., Shukoff, D., Brownell, P., Powell, M., Salamone, A., & Lachs, M. S. (2015). Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: A population-based study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(9), 1906-1912. <https://doi.org/10.1111/jgs.13601>
- Burnett, J., Achenbaum, W. A., & Murphy, K. P. (2014). Prevention and early identification of elder abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(4), 743-759.
<https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.013>
- Burnight, K., & Mosqueda, L. (2011). Theoretical Model Development in elder mistreatment. *Program in Geriatrics*, 1-35. <https://doi.org/10.3886/ICPSR28144.v1>
- Burston, G. R. (1975). Granny battering. *British Medical Journal*, 3, 592.
<https://doi.org/10.1136/bmj.3.5983.592-a>
- Cao, Y., Yang, S., Wang, G., & Zhang, Y. (2014). Sociodemographic characteristics of domestic violence in China: A population case-control study. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(4), 683-706. <https://doi.org/10.1177/0886260513505218>
- Cardoso, S. J. (2021). Pessoas idosas vítimas de violência doméstica: Validação do instrumento de avaliação de risco *Assessment Guidelines for Elder Domestic Violence*. (Tese de mestrado). Faculdade de Direito da Universidade do Porto.
- Carmona-Torres, J. M., Carvalhal-Silva, R. M., Viera-Mendes, M. H., Recio-Andrade, B., Goergen, T., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2017). Elder abuse within the family environment in the Azores Islands. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0).
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.1871.2932>
- Carmona-Torres, J. M., López-Soto, P. J., Coimbra-Roca, A. I., Gálvez-Rioja, R. M., Goergen, T., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2015). Elder abuse in a developing area in Bolivia. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(2), 339-356.
<https://doi.org/10.1177/0886260515608803>
- Carney, M. T., Kahan, F. S. & Paris B. E. C. (2003). Elder abuse: Is every bruise a sign of abuse?. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 70, 2, 69-74.

- Carp, F. M. (2000). *Elder abuse in the family: an interdisciplinary model for research*. Springer.
- Chokkanathan, S. (2014). Factors associated with elder mistreatment in rural Tamil Nadu, India – A cross-sectional survey: Risk factors for EM. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(8), 863-869. <https://doi.org/10.1002/gps.4073>
- Chokkanathan, S. (2018). Prevalence and correlates of elder mistreatment in Singapore. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 30(4), 271-283. <https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1471433>
- Chokkanathan, S., & Lee, A. E. (2005). Elder mistreatment in urban India: A community-based study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(2), 45-61. https://doi.org/10.1300/j084v17n02_03
- Comijs, H. C., Pot, A. M., Smit, J. H., Bouter, L. M., & Jonker, C. (1998). Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(7), 885-888. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1998.tb02724.x>
- Conrad, K. J., Liu, P. J., & Iris, M. (2019). Examining the role of substance abuse in elder mistreatment: Results from mistreatment investigations. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(2), 366-391. <https://doi.org/10.1177/0886260516640782>
- Conrad, K. J., Madelyn, I., & Ridings, J. W. (2009). *Conceptualizing and measuring financial exploitation and psychological abuse of elderly individuals*. National Institute of Justice Project.
- Correio, F., Lopes, M., & Correio, T. (2018). Desenvolvimento e Validação da Escala de Avaliação do Risco de Violência para Idosos (EARVI). *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(1), 1241-1261.
- Costa, D., & Santiago, R. (2019). Estratégias de prevenção e intervenção em situações de violência. In M. Paulino & D. Costa (Eds.), *Maus-tratos a pessoas idosas* (171-187). PACTOR.
- Day, A., Boni, N., Evert, H., & Knight, T. (2017). An assessment of interventions that target risk factors for elder abuse. *Health and Social Care in the Community*, 25, 1532–1541. <https://doi.org/10.1111/hsc.12332>
- De Donder, L. D., De Witte, N., Brosens, D., Dierckx, E., & Verté, D. (2015). Learning to detect and prevent elder abuse: The need for a valid risk assessment instrument. *Social and Behavioral Sciences*, 191, 1483-1488. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.583>

- Decreto-Lei nº. 48/95, de 15 de março. *Diário da República n.º 63/1995, Série I-A*.
Ministério da Justiça. Lisboa. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>
- DeLiema, M., Gassoumis, Z. D., Homeier, D. C., & Wilber, K. H. (2012). Determining prevalence and correlates of elder abuse using promotores: Low-income immigrant Latinos report high rates of abuse and neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(7), 1333–1339. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04025.x>
- Dias, I. (2010). *Violência na família: Uma abordagem sociológica* (2.^a ed.). Edições Afrontamento.
- Dias, I., (2005). Envelhecimento e violencia contra os idosos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 25(15), 249-273.
- Dias, I., Lopes, A., & Lemos, R. (2019). O abuso de pessoas idosas: Definições e controvérsias. In M. Paulino & D. Costa (Eds.), *Maus-tratos a pessoas idosas* (19-34). PACTOR.
- Dong, X. Q. (2014b). Do the definitions of elder mistreatment subtypes matter? Findings from the PINE Study. *The Journals of Gerontology; Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 69(2), 68-75. <https://doi.org/10.1093/gerona/glu141>
- Dong, X. Q., & Simon, M. A. (2013). Urban and rural variations in the characteristics associated with elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 25(2), 97-125. <https://doi.org/10.1080/08946566.2013.751811>
- Dong, X. Q., Simon, M., & Evans, D. (2014a). A population-based study of physical function and risk for elder abuse reported to social service agency: Findings from the Chicago health and aging project. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 33(7), 808-830. <https://doi.org/10.1177/0733464812459371>
- Douglas, K. S., & Kropp, P. R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment: Clinical and research applications. *Criminal Justice and Behavior*, 29(5), 617-658. <https://doi.org/10.1177/009385402236735>
- Duque, A. M., Leal, M. C. C., Marques, A. P., Eskinazi, F. M. V., & Duque, A. M. (2012). Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2199–2208. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000800030>
- Eastman, M. (1984). *Old Age Abuse*. Age Concern.

- Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I., & Coelho, R. (2020). Cuidadores formais e suas necessidades de educação para a saúde: Conhecer no presente para atuar no futuro. *Cadernos de Saúde*, 12, 115-116.
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10291>
- Fernandes, M. J. C., & Silva, A. L. da. (2016). Violência contra a pessoa idosa no contexto português: Questões e contradições. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 13(1), 68-80. <https://doi.org/10.5335/rbceh.v13i1.5169>
- Fulmer, T., & Cahill, V.M. (1984). Assessing elder abuse: A study. *Journal of Gerontological Nursing*, 10(12), 16-20. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19841201-06>
- Fulmer, T., Guadagno, L., Dyer, C. B., & Connolly, M. T. (2004). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 297–304. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52074.x>
- Fundinho, J. F., & Ferreira-Alves. (2019). Conhecer o fenómeno: Tópicos para a formação básica de profissionais. In M. Paulino & D. Costa (Eds.), *Maus-tratos a pessoas idosas* (191-211). PACTOR.
- Fundinho, J. F., Pereira, D. C., & Ferreira-Alves, J. (2021). Theoretical approaches to elder abuse: A systematic review of the empirical evidence. In *Journal of Adult Protection*, 3(6), 370-383. <https://doi.org/10.1108/JAP-04-2021-0014>
- Gabriella, M. M., Lindert, J., Stankunas, M., & Soares, J. J. F. (2013). Psychological abuse among older persons in Europe: A cross-sectional study. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 5(1), 16-34.
<https://doi.org/10.1108/17596591311290722>
- Gil, A. P. M., Kislaya, I., Santos, A. J., Nunes, B., Nicolau, R., & Fernandes, A. A. (2015c). Elder abuse in Portugal: Findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27(3), 174-195.
<https://doi.org/10.1080/08946566.2014.953659>
- Gil, A. P., Santos, A. J., Kislaya, I., Nicolau, R. (2014). Envelhecimento e Violência. *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*.
- Gil, A. P., Santos, A. J., Kislaya, I., Santos, C., Mascoli, L., Ferreira, A., & Vieira, D. (2015a). Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: Sociografia da ocorrência. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(6), 1234-1246.
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00084614>

- Gil, A. P., Santos, A. J., Nicolau, R., & Santos, C. (2015b). Fatores de risco de violência contra as pessoas idosas: Consensos e controvérsias em estudos de prevalência. *Configurações. Revista Ciências Sociais*, (16), 75-95.
<https://doi.org/10.4000/configuracoes.2852>
- Giraldo-Rodríguez, L., & Rosas-Carrasco, O. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale: Development of Geriatric Mistreatment Scale. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(2), 466-474.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x>
- Giraldo-Rodríguez, L., Rosas-Carrasco, O., & Mino-León, D. (2015). Abuse in Mexican older adults with long-term disability: National prevalence and associated factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), 1594-1600.
<https://doi.org/10.1111/jgs.13552>
- Hart, S., D. (2001). Assessing and managing violence risk. In K. S. Douglas, C. D. Webster, S. D. Hart, D. Eaves & J. R. P. Ogloff (Eds.), *HCR-20 Violence Risk Management*. John Wiley & Sons.
- Henderson, D., Buchanan, J. A., & Fisher, J. E. (2002). Violence and the elderly population: Issues for prevention. In P. A. Schewe (Ed.), *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span* (223-245). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10455-009>
- Hernandez-Tejada, M. A., Amstadter, A., & Muzzy, W. (2013). The National Elder Mistreatment Study: Race and Ethnicity Findings. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25(4), 281-293. <https://doi.org/10.1080/08946566.2013.770305>
- Ho, C., Wong, S. Y., & Chiu, M. M. (2017). Global prevalence of elder abuse: A meta-analysis and meta-regression. *East Asian Arch Psychiatry*, 27, 43-55.
- Homans, G. C. (1958). Social behaviour as exchange. *American Journal of Sociology*, 63(6), 597-606. <https://doi.org/10.1086/222355>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2016). *Focus on violent crime and sexual offences: Year ending*. <http://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/compendium/focusonviolentcrimeandsexualoffences/yearendingmarch2015>
- Jackson, S. L. (2016). All elder abuse perpetrators are not alike: The heterogeneity of elder abuse perpetrators and implications for intervention. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(3), 265-285.
<https://doi.org/10.1177/0306624X14554063>

- Jackson, S. L., & Hafemeister, T. L. (2013). *Understanding elder abuse new directions for developing theories of elder abuse occurring in domestic settings*. U.S. Department of Justice Office of Justice Programs. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/241731.pdf>
- Jeon, G., Cho, S., Choi, K., & Jang, K. (2019). Gender differences in the prevalence and correlates of elder abuse in a community-dwelling older population in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010100>
- Johannesen, M., & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age and Ageing*, 42(3), 292-298. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs195>
- Júdice, H., & Sequeira, C. (2019). Profissionais de saúde: Estratégias de detecção e intervenção. In M. Paulino & D. Costa (Eds.), *Maus-tratos a pessoas idosas* (211-237). PACTOR.
- Júnior, P. (2010). *A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil)*. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600037>
- Killick, C., Taylor, B. J., Begley, E., Anand, J., & O'Brien, M. (2015). Older people's conceptualization of abuse: A systematic review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27(2), 100-120. <https://doi.org/10.1080/08946566.2014.997374>
- Kropp, P. R. (2004). Some questions regarding spousal assault risk assessment. *Violence against Women*, 10(6), 676-697. <https://doi.org/10.1177/1077801204265019>
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. A. (2015). Elder abuse. *The New England Journal of Medicine*, 373(20), 1947-1956. <https://doi.org/10.1056/nejmra1404688>
- Lachs, M. S., Williams, C. S., O'Brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Jama*, 280(5), 428-432. <https://doi.org/10.1001/jama.280.5.428>
- Lei 100/2019, de 6 de setembro. Diário da República n.º 171/2019, Série I. Assembleia da República. Lisboa. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/100-2019-124500714>
- Lei nº 112/2019, de 16 de setembro. Diário da República n.º 173/2019, Série I. Assembleia da República. Lisboa. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/112-2019-124572525>
- Levy, S.R., & Macdonald, J.L. (2016). Progress on understanding ageism. *Journal of Social Issues*, 72(1), 5-25. <https://doi.org/10.1111/josi.12153>

- Lima, F. D. M., Lopes, M. J., & Lima, T. J. S. (2018). Desenvolvimento e validação da escala de avaliação do risco de violência para idosos (EARVI). *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 4(1), 1241-1261.
- Llobet, M. P., Canut, M. T. L., Mateu, P. S., & Ávila, N. R. (2010). Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas. *Enfermería Global*, 19(2), 1-6.
<https://doi.org/10.4321/S1695-61412010000200008>
- Lopes, M., Escoval, A., Mendes, F., Pereira, D., Pereira, C., Carvalho, P., & Fonseca, C. (2012). *Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos: Relatório Final*. Direção-Geral da Saúde.
- Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T., & Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(3), 253-277.
<https://doi.org/10.1080/08946560902997629>
- Ludvigsson, M., Wiklund, N., Swahnberg, K., & Simmons, J. (2022). Experiences of elder abuse: A qualitative study among victims in Sweden. *BMC Geriatrics*, 22(1), 1-12.
<https://doi.org/10.1186/s12877-022-02933-8>
- Luoma, M. L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., De Donder, L., Verté, D., & Penhale, B. (2011). Prevalence study of abuse and violence against older women: Results of a multicultural survey conducted in Austria. *European Report of the AVOW Project*.
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/16541/1/avow%20study%20-%20final%20report.pdf>
- Mathew, A., & Nair, S.B. (2017). Theoretical perspectives on elder abuse: A framework analysis for abused elderly in Kerala. *Journal of Humanities and Social Science*, 22(9), 29-33. <https://doi.org/10.9790/0837-2209042933>
- McCausland, B., Knight, L., Page, L., & Trevillion, K. (2016). A systematic review of the prevalence and odds of domestic abuse victimization among people with dementia. *International Review of Psychiatry*, 28(5), 475-484.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1215296>
- McMulle, T., Schwartz, K., Yaffe, M., & Beach, S. (2014). Elder abuse and its prevention, screening and detection. *Elder abuse and its prevention*, 88-93.
- Minayo, M. C. S. (2005). *Violência contra idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria* (2.^a ed.). Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

- Momtaz, Y. A., Hamid, T. A., & Ibrahim, R. (2013). Theories and measures of elder abuse: Theories and measures of elder abuse. *Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 13(3), 182-188. <https://doi.org/10.1111/psyg.12009>
- Monahan, J. (1994). The causes of violence. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 63(1), 11-15. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/Digitization/146535NCJRS.pdf>
- Morais, R. A. (2019). *Violência contra pessoas idosas: Dinâmicas abusivas e fatores de risco de violência numa amostra de inquéritos judiciais*. (Tese de mestrado). Faculdade de Direito da Universidade do Porto.
- Moreira, M. J. G. (2020). Como envelhecem os portugueses: Envelhecimento, saúde, idadismo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/7409/1/2020_como-envelhecem-os-portugueses-envelhecimento-saude-idadismo-pdf.pdf
- Mysyuk, Y., Westendorp, R. G. J., & Lindenberg, J. (2013). Added value of elder abuse definitions: A review. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 50–57. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.04.001>
- National Center on Elder Abuse (NCEA). (2016). Research to practice: Elder abuse screening tools for healthcare professionals. <https://eldermistreatment.usc.edu/wp-content/uploads/2023/07/Elder-Abuse-Screening-Tools-for-Healthcare-Professionals.pdf>
- National Research Council (2003). Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America, In R. J. Bonnie, R. B. Wallace (Eds), *Panel to review risk and prevalence of elder abuse and neglect*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK98802/>
- Naughton, C., Drennan, J., Lyons, I., Lafferty, A., Treacy, M., Phelan, A., O'loughlin, A., & Delaney, L. (2012). Elder abuse and neglect in Ireland: Results from a national prevalence survey. *Age and Ageing*, 41, 98-103. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr107>
- Neale, A. V., Hwalek, M. A., Scott, R. O., Sengstock, M. C., & Stahl, C. (1991). Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *Journal of Applied Gerontology*, 10(4), 406-418. <https://doi.org/10.1177/073346489101000403>
- Novo, R., Prada, A. R. R., Fernandes, T., & Cerqueira, V. (2016). *Violência contra a pessoa idosa no contexto familiar: Guia de apoio aos profissionais na identificação e sinalização*. Instituto Politécnico de Bragança.
- Obrien-Suric, N., Benson, A., Dong, X., Fulmer, T. (2017). A multidisciplinary approach to the Clinical Management of Elder Mistreatment. In X. Dong (Ed.), *Elder Abuse:*

- Research, Practice and Policy* (215-228). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-47504-2_11
- Orfila, F., Coma-Solé, M., Cabanas, M., Cegri-Lombardo, F., Moleras-Serra, A., & Pujol-Ribera, E. (2018). Family caregiver mistreatment of the elderly: Prevalence of risk and associated factors. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5067-8>
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2010). *World Population Prospects: The 2010 Revision, Volume I: Comprehensive Tables*.
https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/WPP2010/WPP2010_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2019). *Envelhecimento*.
<https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002a). *World report on violence and health*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002b). *Active ageing: A policy framework*.
<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2010). *Violence prevention: The evidence*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77936/9789241500845_eng.pdf?sequence=1
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2012). *World Health Statistics*.
<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-health-statistics-2012.pdf>
- Organização Mundial das Nações Unidas (OMS). (2011). *European report on preventing elder maltreatment*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107293/9789289002370-eng.pdf?sequence=1>
- Organização Mundial das Nações Unidas, OMS. (2014). *Estudo fundamental sobre violência doméstica: Relatório*. <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>
- Penhale, B. (2010). Responding and intervening in elder abuse and neglect. *Ageing International*, 35, 235-252. <https://doi.org/10.1007/s12126-010-9065-0>
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*. World Health Organization Press.

- Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., & Penhale, B. (2009). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 17-21. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.04.005>
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(2), 194–205. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>
- Pillemer, K.A. and Wolf, R.S. (1986). *Elder abuse: Conflict in the family*. Auburn House Publishing Company.
- Pinto, A. M., Veríssimo, M., & Malva, J. (2019). *Manual do Cuidador*. Imprensa da Universidade de Coimbra. https://www.cm-odivelas.pt/cmodivelas/uploads/document/file/7275/manual_do_cuidador.pdf
- Pueyo, A., & Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: Instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 22(3), 403-409. http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Andres_Pueyo_Echeburua_2010.pdf
- Quintas, J., Andrade, B. & Saavedra, R. (2019). Elderly violence in intimate relationships: The risk and management assessment challenges. In M. Magalhães, A. Guerreiro & C. Pontedeira (Eds.), *II European Conference on Domestic Violence* (pp.128- 132). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1995). Validation of the caregiver abuse screen (CASE). *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 14(2), 45-60. <https://doi.org/10.1017/S0714980800005584>
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen. *The Gerontologist*, 38(4), 471-480. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw004>
- Ribeirinho, C. (2020). A formação de cuidadores na prevenção e detecção da violência contra as pessoas idosas. *Miscellanea APAV*, 10, 44-50. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Miscellanea_APAV_10.pdf
- Ribeirinho, C. (2022). *Comunicação e relação no cuidar*. Fundação Aga Khan Portugal. <https://static-media.fluxio.cloud/sermaior/cgYQZnpQ.pdf>
- Rivera-Navarro, J. (2018). Resilience and social support as protective factors against abuse of patients with dementia: A study on family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(8), 1132-1138. <https://doi.org/10.1002/gps.4905>
- Roy, C. (1984). Introduction to nursing: An adaptation model. *American Journal of Nursing*, 84(10), 1331.

- Ruelas-González, M. G., Duarte-Gómez, M. B., Flores-Hernández, S., Ortega-Altamirano, D. V., Cortés-Gil, J. D., Taboada, A., & Ruano, A. L. (2016). Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 35.
<https://doi.org/10.1186/s12939-016-0315-y>
- Sani, A., & Ferreira, L. (2019). Violência contra pessoas idosas em contexto familiar. In M. Paulino & D. Costa (Eds.), *Maus-tratos a pessoas idosas* (103-115). PACTOR.
- Santos C, Vieira D.N. (2014). Abuso e maus-tratos de idosos. In M. T. Veríssimo (Ed.), *Geriatría Fundamental: Saber e Praticar* (413-421). LIDEL
- Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A., & Gil, A. P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: Uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53–77. <https://doi.org/10.7458/spp2013722618>
- Schiamberg, L. B., & Gans, D. (1999). An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1(1), 79–103.
https://doi.org/10.1300/J084v11n01_05
- Schiamberg, L. B., & Gans, D. (2000). Elder abuse by adult children: An applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging & Human Development*, 50(4), 329–359. <https://doi.org/10.2190/DXAX-8TJ9-RG5K-MPU5>
- Schmeidel, A. N., Daly, J. M., Rosenbaum, M. E., Schmuck, G. A., & Jogerst, G. J. (2012). Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(1), 17-36.
<https://doi.org/10.1080/08946566.2011.608044>
- Sengstock, M. C., & Hwalek, M. (1987). A review and analysis of measures for the identification of elder abuse. *Journal of Gerontological Social Work*, 10(3-4), 21–36.
https://doi.org/10.1300/j083v10n03_03
- Serra, L., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Ruisoto, P., Jenaro, C., Flores, N., Ramos, F., Shugarman, L. R., Fries, B. E., Wolf, R. S., & Morris, J. N. (2003). Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(1), 24–31. <https://doi.org/10.1034/j.1601-5215.2002.51005.x>
- Simone, L., Wettstein, A., Senn, O., Rosemann, T., & Hasler, S. (2016). Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Medical Weekly*, 146.
<https://doi.org/10.4414/smw.2016.14273>

- Soares, J., Barros, H., Torres-Gonzales, F., Lonnidi-Kaplou, E., Lamura, G., Lindert, J., & Stankunas, M. (2010). *Abuse and health among elderly in Europe*. Lithuanian University of Health Sciences Press.
- Sousa, M. (2011). *Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*. Principia.
- Steinmetz, S. K. (1988). *Duty bound: Elder abuse and family care*. Sage Publications, Inc.
<https://doi.org/10.1177/073346488900800310>
- Stone, R. I. (2004). The direct care worker: The third rail of home care policy. *Annual Review of Public Health*, 25(1), 21-37.
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124343>
- Storey, J. E. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and violent behavior*, 50, 101-339.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41(1), 75–88.
<https://doi.org/10.2307/351733>
- Torres, J., Silva, R., Mendes, M., Andrade, B., Goergen, T., & Borrego, M. (2017). Elder abuse within the family environment in the Azores Islands. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1871.2932>
- Wilber, K. H., & McNeilly, D. P. (2001). Elder abuse and victimization. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (569-591). Academic Press.
- Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *Journal of elder abuse & neglect*, 20(3), 276-300.
<https://doi.org/10.1080/08946560801973168>
- Yan, E., Chan, E., & Tiwari, A. (2014). Systematic review of prevalence and risk factors for elder abuse in Asia. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(2), 199-219.
<https://doi.org/10.1177/1524838014555033>
- Yon, Y., Gonzalez, M., Mikton, C., Huber, M., & Sethi, D. (2018). The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health*, 0(0), 1-10. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky093>
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), 147-156. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)

Young, L. (2014). Elder physical abuse. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30, 761-768.

<https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.005>

Zimmerman, S., et al. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *The Gerontologist*, 45(1), 96-105.

https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.96