

# MES

MESTRADO EM  
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

UNIVERSIDADE DO PORTO  
FACULDADE DE MEDICINA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Filipe da Silva Ramos

## **Os agressores de pessoas idosas**

Porto | 2011



Mestrado em Educação para a Saúde

Faculdade de Medicina

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

# Os agressores de pessoas idosas

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em  
Educação para a Saúde apresentada à Universidade do Porto.

Orientação: Doutora Susana Silva (Serviço de Epidemiologia  
Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública, Faculdade de  
Medicina da Universidade do Porto)

Filipe da Silva Ramos

Porto, 2011

Esta dissertação tem por base informação recolhida em Portugal no âmbito do projeto europeu *ABUEL – Elder Abuse: a Multinational Prevalence Survey* (Project A/100929), conduzido no Serviço de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Este estudo foi co-financiado pela Agência Europeia de Saúde e dos Consumidores (EAHC).

## **Agradecimentos**

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para que esta dissertação fosse possível. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

Em primeiro lugar quero agradecer ao Professor Henrique Barros por disponibilizar os dados usados nesta dissertação.

À Mestre Sílvia Fraga, pelos valiosos comentários de âmbito metodológico.

Agradeço à Doutora Susana Silva o seu empenho, dedicação e transmissão de conhecimento que tornaram possível a realização desta dissertação.

Aos meus familiares, colegas e amigos que me são especiais.

Aos meus pais.

## ÍNDICE

Resumo .....	1
Abstract .....	3
Introdução.....	5
Definir e compreender a violência contra pessoas idosas.....	5
Prevalência da violência contra pessoas idosas .....	8
Determinantes da violência contra pessoas idosas.....	11
Consequências da violência contra pessoas idosas .....	13
Caracterização dos agressores de pessoas idosas .....	15
Instrumentos, Legislação e Políticas Nacionais.....	17
Objectivos.....	26
Participantes e Métodos .....	27
<i>O Projecto ABUEL</i> .....	27
Desenho do estudo e participantes.....	28
Recolha de dados .....	29
Análise estatística .....	29
Resultados.....	31
Discussão .....	36
Conclusão.....	41
Referências bibliográficas.....	42

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Algumas propostas de definição de violência contra pessoas idosas.....	5
Tabela 2. Alguns estudos de base populacional sobre a prevalência da violência contra pessoas idosas, identificados por autor, local de realização, tamanho da amostra, participantes, instrumento de recolha de dados, cronicidade e prevalência da violência .....	9
Tabela 3. Alguns estudos realizados em Portugal sobre a prevalência da violência, identificados por autor, tamanho da amostra, instrumento de recolha de dados e características dos agressores .....	16
Tabela 4. Principais diplomas legislativos produzidos em Portugal no âmbito da violência (1989-2010).....	21
Tabela 5. Itens de avaliação da severidade dos diferentes tipos de violência.....	30
Tabela 6. Características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por tipo de violência.....	31
Tabela 7. Características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por tipo e severidade da violência .....	32
Tabela 8. Características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por cronicidade da violência física .....	33
Tabela 9. Características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por cronicidade da violência psicológica .....	34
Tabela 10. Características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por cronicidade da violência sexual .....	35
Tabela 11. Características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por cronicidade da violência financeira .....	35

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CIG - Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género

CPP - Código Penal Português

CRP - Constituição da República Portuguesa

DGS - Direcção Geral da Saúde

GEAV - Gabinete de Estudos e Atendimento à Vítima

IMAN - Intervenção com Mulheres Autónomas do Norte

INPEA - International Network for the Prevention of Elder Abuse

NCEA - National Center on Elder Abuse

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONGs - Organizações Não Governamentais

ONU - Organização das Nações Unidas

PIB - Produto Interno Bruto

PNCVD - Plano Nacional Contra a Violência Doméstica

UMAR - União de Mulheres Autónomas do Norte

## RESUMO

Conhecer as características dos agressores é fundamental para conceber e implementar programas de educação para a saúde eficazes e eficientes na prevenção da violência contra as pessoas idosas. Este estudo tem como objetivo principal analisar as características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas numa população urbana em Portugal, segundo o tipo de violência exercida e respetivas severidade e cronicidade.

Estudo transversal apoiado no projecto ABUEL – *Elder Abuse: a multinational prevalence survey*. Os participantes foram recrutados a partir da coorte EpiPorto, constituída por indivíduos da população da cidade do Porto com mais de 18 anos. Participaram neste estudo 656 pessoas com idades compreendidas entre os 60 e os 84 anos. A informação foi recolhida por questionário estruturado em Janeiro de 2009. Considerou-se a severidade e cronicidade da violência física, psicológica, financeira e sexual exercida no último ano. Os agressores foram caracterizados de acordo com o sexo, idade, grau de parentesco e se vivia com a vítima. Todos os procedimentos estatísticos foram realizados através do programa SPSS, versão 17.0.

Identificaram-se 256 agressores de pessoas idosas, 92,5% dos quais cometeram um ato de violência psicológica (73,4%) ou financeira (19,1%). A maioria dos agressores de pessoas idosas é do sexo masculino, valor que varia entre os 81,8% na violência física e 51,1% na violência psicológica. Com exceção da violência física, a maioria dos agressores não vive com a vítima (62,5% na violência sexual, 68,6% na psicológica e 93,9% na financeira). Por comparação com os outros tipos de violência, na violência financeira observa-se uma proporção mais elevada de agressores jovens (42,1% tem menos de 40 anos) e sem grau de parentesco com a vítima (81,6%). A violência ligeira ocorre com mais frequência do que a severa, com exceção da violência financeira que regista 37 casos de violência severa vs 18 casos de violência ligeira. Por comparação com os agressores de violência financeira ligeira, a proporção de agressores que cometem atos de violência financeira severa é mais elevada nos grupos etários mais jovem (54,5% vs 30,0% tem menos de 40 anos) e mais velho (27,3% vs 20,0% tem mais de 60 anos) e em quem não tem relação de parentesco com a vítima (86,5% vs 66,7% na violência financeira ligeira). A proporção de agressores que perpetram violência física severa e vivem com a vítima é mais elevada do que a registada na violência física ligeira (75,0% vs 60,0%). Na maior parte dos casos, a violência financeira e sexual ocorreu 1-2 vezes no último ano (89,8% e 62,5%, respetivamente), enquanto a violência psicológica e física aconteceram mais de 3 vezes em 60,1% e 54,5% dos casos.



Em todos os casos em que a violência física ocorreu 1-2 vezes, os agressores não viviam nem tinham relação de parentesco com a vítima. A maioria (57,6%) dos agressores que vive com as vítimas cometeu atos de violência psicológica mais de 11 vezes no último ano, valor que atinge os 22,4% no caso dos agressores que não vivem com a vítima.

A diversidade de perfis dos agressores complexifica a concepção e implementação de programas de educação para a saúde destinados a prevenir a violência contra as pessoas idosas, na medida em que reclama a adequação dos mesmos aos diferentes tipos de violência.

## ABSTRACT

Understanding the characteristics of offenders is essential to design and implement health education effective and efficient in preventing violence against older people. This study's main objective is to analyze the sociodemographic characteristics of the perpetrators of elderly people in urban population in Portugal, according to the type of violence and respective severity and chronicity.

Cross-sectional study supported the project ABUEL – Elder Abuse: a multinational prevalence survey. Participants were recruited from the cohort EpiPorto, consisting of individuals in the population of Porto over 18 years. Participated in this study 656 people aged between 60 and 84 years. The information was collected by structured questionnaire in January 2009. We considered the severity and chronicity of physical, psychological, financial and sexual of last year. The attackers were characterized according to sex, age, relationship and lived with the victim. All statistical procedures were performed using SPSS, version 17.0.

We identified 256 offenders of elderly people, of which 92.5% had committed an act of psychological violence (73.4%) or financial (19.1%). Most abusers of older people are male, a value ranging from 81.8% in 51.1% physical violence, and psychological violence. With the exception of physical violence, most offenders do not live with the victim (62.5% sexual violence, 68.6% and 93.9% in the psychological intervention).

Compared with other types of violence, financial violence we see a higher proportion of young offenders (42.1% are under 40 years) and no relationship to the victim (81.6%). Violence occurs slightly more often than severe violence except financial records 37 cases of severe violence vs 18 cases of mild violence. Compared with the perpetrators of financial violence slight, the proportion of offenders who commit acts of violence severe financial is higher in younger age groups (54.5% vs. 30.0% are under 40 years) and older (27.3% vs. 20.0% are over 60 years) and who has no relationship to the victim (86.5% vs. 66.7% in financial mild violence). The proportion of offenders who commit severe physical violence and living with the victim is higher than that recorded in mild physical violence (75.0% vs. 60.0%). In most cases, financial and sexual violence was 1.2 times last year (89.8% and 62.5%, respectively), while the psychological and physical violence were more than three times in 60.1% and 54.5% of cases. In all cases where physical violence occurred 1-2 times, the attackers had not lived or relative of the victim. Most (57.6%) of offenders who live with

the victims of psychological violence acts committed more than 11 times last year, a figure that reaches 22.4% for offenders who do not live with the victim.

The diversity profile of offenders complicates the design and implementation of programs of health education to prevent violence against older people, to the extent that the claim or suitability for different types of violence.

## INTRODUÇÃO

### *Definir e compreender a violência contra pessoas idosas*

Se os limites etários que balizam a categoria “idoso” são relativamente consensuais – pessoas com mais de 65 anos em países desenvolvidos e com mais de 60 anos em países em vias de desenvolvimento (Krug, 2002; Bennedetti et al., 2007), já a definição de violência não reúne unanimidade, como evidenciam os trabalhos científicos e acadêmicos produzidos sobre a violência contra as pessoas idosas (Tabela 1).

Tabela 1. Algumas propostas de definição de violência contra pessoas idosas

Anetzberger, 1994	Conjunto de práticas, omissões e comportamentos físicos, psicológicos, sexuais, financeiros ou negligenciais, praticados por um agressor a um idoso, condicionando a sua qualidade de vida.
Barnett et al., 1997: 57	Comportamento abusivo destrutivo que ocorre num contexto de confiança e cuja frequência (única ou regular) não só provoca sofrimento físico, psicológico e emocional, como representa uma séria violação dos direitos humanos.
Conselho Europeu, 2002	Todo o ato ou omissão cometido contra uma pessoa idosa no quadro da vida familiar ou institucional e que atenta a sua vida, a segurança económica, a integridade física e psíquica, a sua liberdade ou comprometa gravemente a personalidade.
Organização das Nações Unidas, 2002	Qualquer ato único, repetido ou falta de ação apropriada que ocorra no contexto de uma relação de confiança que cause dano ou sofrimento à pessoa idosa
Chan, 2009	Comportamento ou omissão de qualquer ato que coloque em risco o bem-estar e segurança do idoso.
Hildreth et al., 2009	Abuso ou negligência praticada contra pessoa com 60 ou mais anos de idade; por um cuidador ou outra pessoa em um relacionamento que envolve uma expectativa de confiança que ameaça a sua saúde ou segurança.
Soares et al., 2010	Quaisquer comportamentos abusivos, praticados em pessoas com idades compreendidas entre os 60 e os 84 anos que coloquem em perigo a sua integridade física, psicológica, emocional, verbal, financeira, ou material prejudicando o seu bem-estar.

A violência surgiu como tema de investigação na área das ciências da saúde na década de 60 do séc. XX, sobretudo a violência contra crianças e adolescentes e, mais tarde, a violência doméstica, em particular a exercida contra as mulheres (Serra, 2005). Foi a partir dos anos 80 do séc. XX que emergiu o estudo dos maus-tratos contra pessoas idosas (Minayo, 2008). A primeira referência acadêmica especificamente vocacionada para a análise da violência contra pessoas idosas data de 1975 e desde então tem sido objeto de diversos estudos científicos, bem como de ações governamentais a nível global (para uma abordagem sintética, ver Soares et al., 2010).

A violência exercida em pessoas idosas adquiriu o estatuto de problema de saúde pública há cerca de dez anos (Fonseca, 2003), mercê, entre outros aspetos, do processo de envelhecimento demográfico das sociedades contemporâneas ocidentais (Fernandes, 2001). Ao envelhecimento demográfico das populações estão associados novos desafios e problemas sociais e de saúde, como por exemplo o aumento dos custos com a saúde; o aumento da população inativa e as respetivas implicações para o produto interno bruto; o isolamento, a solidão, a doença, a pobreza e a exclusão social; dependência, perda de habilidades cognitivas, défices físicos e emocionais e perda de autonomia, muitas vezes acompanhados de doenças crónicas (Apratto et al., 2010). Restrições nas redes sociais e na qualidade de vida e dificuldades emocionais, sociais e de acesso aos cuidados de saúde podem reforçar a fragilidade e dependência das pessoas idosas, fatores que originarão uma maior suscetibilidade à violência (Apratto, 2010; Soares et al., 2010).

Nos Estados Unidos da América, por exemplo, o *National Center on Elder Abuse* (NCEA) observou um aumento de casos de violência contra pessoas idosas na ordem dos 150% entre 1986 e 1996 (cf. Dias, 2004). Em Portugal, a crescente visibilidade da violência contra pessoas idosas enquadra-se, na perspetiva da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2008), num processo de consciencialização dos direitos de todos os cidadãos, os quais revelam cada vez menos receio perante as eventuais consequências negativas da apresentação de uma queixa contra o agressor (Gonçalves, 2010). Ehrlich e Anetzberger (1991) partilham desta visão, descrevendo a violência contra pessoas idosas como um dos fenómenos atuais da vida familiar cada vez mais reconhecidos pelo público. Fernandes (2007) entende que as diferenças entre homens e mulheres ao nível da perspicácia, capacidade cognitiva, espírito de liderança, compreensão e resolução de conflitos, assim como a divisão sexual do trabalho e a generificação da reprodução humana estruturam a perceção e organização material e simbólica da vida social, com consequências na distribuição desigual do poder entre os géneros, traduzida na dominação masculina e subordinação feminina (Duarte, 2004). De acordo com esta abordagem, a violência contra

as pessoas idosas ocorre devido às desigualdades de poder nas relações sociais, sendo o envelhecimento demográfico e o aumento de esperança de vida dois fatores que conduzem a uma maior vulnerabilidade e risco de ser vítima de violência, sobretudo as mulheres. Se as redes de sociabilidade feminina tendem a ser mais intensas e diversificadas, proporcionando melhor capacidade adaptativa ao longo da vida, já os homens encontram-se mais expostos a comportamentos associados à violência (Fernandes, 2007).

Alarcão (2000) identifica outros fatores estruturais e individuais na compreensão dos comportamentos violentos, como o sistema de crenças, valores culturais e concepções de poder, a história pessoal e de aprendizagem de resolução de conflitos, o autoritarismo nas relações familiares, a baixa autoestima e o isolamento. Segundo a abordagem situacional, o abuso de pessoas idosas deve-se a uma sobrecarga do cuidador, que não consegue lidar com as exigências que esta situação implica. Outros modelos explicativos centram-se na aprendizagem social, afirmando que a violência contra as pessoas idosas resulta de um comportamento aprendido e é influenciada pelo ambiente, muitas vezes associado a um quadro de dependência por parte das pessoas idosas. A abordagem psicopatológica também evoca fatores relacionados com o agressor, como certos problemas mentais, o stress e a ansiedade.

O modelo ecológico, proposto pela Organização Mundial de Saúde, perspetiva o abuso de pessoas idosas como um fenómeno complexo enraizado em três elementos principais: o tipo de relações estabelecidas entre os indivíduos; as características da comunidade; e fatores sociais, como a oferta e acesso a cuidados de saúde, as desigualdades de género, a perceção do suporte social, o tipo de relações familiares e o historial de violência intergeracional. O jogo entre estas dimensões determina o tipo de violência praticada, seja a negligência e/ou o abuso sexual, físico, psicológico e/ou financeiro (Minayo, 2006).

À semelhança do projeto que enquadra este trabalho (ABUEL), define-se a violência contra pessoas idosas como quaisquer comportamentos abusivos, praticados em pessoas com idades compreendidas entre os 60 e os 84 anos que coloquem em perigo a sua integridade física, psicológica, emocional, verbal, financeira, ou material prejudicando o seu bem-estar. Existem cinco tipos de violência, nomeadamente:

1. Violência física, definida como qualquer ação não acidental praticada por uma pessoa com responsabilidade, poder ou confiança que provoque dano físico para o idoso (Magalhães, 2005), produzindo alterações a nível orgânico, psíquico, social, familiar e profissional (Dias, 2004: 269). Inclui atos como empurrar, agarrar, bater, estrangular, ameaçar com arma de fogo ou objeto cortante (Homer, 1990; Oliveira et al., 2008).

2. Violência psicológica, definida como um ato de natureza intencional que afeta a parte emotiva e psicológica da vítima, provocando sofrimento psicológico e sensação de angústia (Freitas, 2007) e humilhação e frustração (Alves, 2005: 304). Pode incluir insultos, ameaças verbais e intimidações (Holmer, 1990; Oliveira et al., 2008).
3. Violência financeira, definida como o uso inapropriado de fundos, propriedades ou bens de pessoas idosas (Alves, 2005).
4. Violência sexual, que consiste num envolvimento não consentido em práticas sexuais que visem a gratificação e satisfação do agressor, que se encontra numa posição de poder ou autoridade face à pessoa idosa (Alves, 2005).
5. Negligência, que consiste na recusa ou ineficácia em satisfazer as obrigações ou deveres para com a pessoa idosa (Alves, 2005), nomeadamente nos cuidados básicos de saúde, higiene ou alimentação ou ao não proporcionar afeto, saúde e satisfação à mesma (Magalhães, 2005a).

#### *Prevalência da violência contra pessoas idosas*

Estima-se que mais de 2 milhões de pessoas idosas (cerca de 5%) sejam anualmente vítimas de abusos nos EUA (Gonçalves, 2006). Esta percentagem oscila entre os 3% e os 5% nas pessoas com mais de 65 anos de idade na Austrália (Kurrie, 2004). Já de acordo com estudos epidemiológicos de base populacional desenvolvidos na Holanda, EUA, Inglaterra e Canadá sobre a prevalência da violência contra as pessoas idosas, o abuso verbal e o psicológico são as formas de violência mais praticadas (Espíndola, Blay 2007: 304). Os estudos realizados sobre a prevalência da violência contra pessoas idosas revelam diferenças metodológicas e apresentam prevalências diferentes, como se observa na tabela 2, que sumaria a informação obtida em alguns estudos de base populacional, identificando o autor, local de realização do estudo, tamanho da amostra, participantes, instrumento de recolha de dados, cronicidade e prevalência da violência. A prevalência da violência contra pessoas idosas varia em função do local de recolha da informação e do instrumento de recolha de dados.

Tabela 2. Alguns estudos de base populacional sobre a prevalência da violência contra pessoas idosas, identificados por autor, local de realização, tamanho da amostra, participantes, instrumento de recolha de dados, cronicidade e prevalência da violência

	<b>País de realização do estudo</b>	<b>Tamanho da amostra</b>	<b>Participantes</b>	<b>Instrumento de recolha de dados</b>	<b>Prevalência da violência</b>	<b>Cronicidade</b>
Pillemer et al., 1988	EUA	2020	Pessoas com mais de 65 anos	Questionário	Verbal 1,1% Física 2,0%	Ao longo da vida
Miranda, 2001	Cuba	226	Pessoas com mais de 60 anos	Questionário	Psicológica 29,6% Físico 2,6% Financeira 4,3% Negligência 24,6%	Ao longo da vida
Pasitano et al., 2004	Brasil	2062	Pessoas com 60 ou mais anos	Questionário auto-administrado	Abandono 51% Física 14% Negligência 12% Psicológica 10% Financeira 7%	No último ano
Yan e Tang, 2004	China	276	Pessoas com mais de 60 anos	Questionário	Verbal 26,8% Física 2,5%	Ao longo da vida
Alves et al., 2005	Portugal	82	Pessoas com idades entre os 63 e os 88 anos	Questionário	Negligência 53,7% Psicológica 52,4% Física 12,2% Financeira 19,5%	Ao longo da vida
APAV, 2008	Portugal	6980	Pessoas com mais de 65 anos	Entrevista telefónica	Sexual 0,6% Física 21,7% Psicológica 30,9%	Ao longo da vida
APAV, 2009	Portugal	7639	Pessoas com mais de 65 anos	Entrevista telefónica	Sexual 0,7% Física 26,9% Psicológica 31,7%	Ao longo da vida
Araújo et al., 2009	Brasil	50 (Não probabilística)	Pessoas com mais de 65 anos	Entrevista	Negligência 18% Sexual 0,3% Física 18,0% Psicológica 29,0%	Ao longo da vida
Chan et al., 2009	China	284	Pessoas idosas	Questionário auto-administrado	Física 20,8% Negligência 3,9%	No último ano
Acierio et al., 2010	EUA	5777	Pessoas com 60 ou mais anos	Entrevista	Negligência 5,9% Sexual 0,6% Financeira 56,2%	No último ano



Apratto et al., 2010	Brasil	343	Pessoas com 60 ou mais anos	Questionário e Entrevista	Psicológica 43,2% Física grave 6,1% Física total 9,6%	No último ano
Cisler et al., 2010	Brasil-South Carolina	902	Pessoas com 60 ou mais anos	Entrevista	Negligência 12,9% Sexual 0,3% Física 2,1%	Ao longo da vida
Moton et al., 2010	EUA	93676	Mulheres dos 50 aos 79 anos	Questionário	Verbal 18% Física 2,0%	Ao longo da vida
Soares et al., 2010	Portugal	656	Pessoas com idades entre os 60 e os 84 anos	Questionário	Psicológica 21,9% Física 2,1% Sexual 1,3% Financeira 7,8%	No último ano

Atendendo aos estudos incluídos na tabela 2, observa-se que a informação é recolhida sobretudo por meio de questionários e entrevistas face-a-face (n=10), sendo menos frequente a utilização de questionários autoaplicados (n=2) e de entrevistas telefónicas (n=2). Nove estudos abordaram a prevalência da violência ao longo da vida e cinco no último ano. A negligência e a violência psicológica afiguram-se como os tipos de violência contra pessoas idosas mais frequentes, o que vai de encontro aos dados disponibilizados pelo NCEA (1998).

Os estudos que estimam a magnitude deste problema em Portugal são relativamente escassos (Alves et al., 2005; APAV, 2008, 2009; Soares et al., 2010). De acordo com o relatório da APAV, publicado em 2008, o número de denúncias de violência contra as pessoas idosas aumentou nos últimos anos no nosso país; o número de pessoas idosas que recorreu aos serviços da APAV em 2007 (n=656) aumentou cerca de 20% no ano seguinte (n=792), sendo que 80% das vítimas são mulheres (APAV, 2008). Os dados disponibilizados pela APAV relativos ao ano de 2009 apontam para a existência de 642 pessoas idosas vítimas de violência em Portugal, 71% das quais foram violentadas ao longo da vida (APAV, 2009). Estes casos conhecidos e/ou diagnosticados coexistem com situações invisíveis ou ainda desconhecidas de violência (Minayo, 2006; APAV, 2009), sendo fundamental promover mais estudos e programas específicos no âmbito da violência contra as pessoas idosas para conhecer este fenómeno e, dessa forma, desenhar e implementar programas de educação para a saúde que previnam a ocorrência de abusos.

#### *Determinantes da violência contra pessoas idosas*

Alves coordenou um estudo de caso pioneiro no nosso país com o objectivo de identificar os determinantes de maus-tratos físicos, psicológicos e financeiros e da negligência contra pessoas idosas (Alves et al. 2005). Neste trabalho recolheu-se uma amostra aleatória de 82 pessoas de três centros de dia localizados em Braga (18 homens e 64 mulheres), com idades compreendidas entre os 63 e os 88 anos. Concluiu-se que o risco de vitimização aumenta nas mulheres, nas pessoas mais velhas e quando o agressor percepção a fragilidade do estado de saúde da pessoa idosa.

Num estudo de caso realizado em Hong Kong com uma pessoa idosa de 82 anos e com historial de diabetes, hipertensão arterial e insuficiência renal, Chan et al. (2009) identificou como principais determinantes de violência contra pessoas idosas a existência de restrições em algumas das suas capacidades, de que são exemplo a imobilidade, a deterioração cognitiva, a debilidade intelectual, a instabilidade emocional e a dependência física e psicológica. Estes elementos potenciam relações de proximidade entre o agressor e a pessoa idosa, que podem desembocar em violência sobretudo perante a falta de familiaridade prévia entre ambos.

Hildreth e colegas (2009) identificaram os seguintes fatores de risco na violência contra as pessoas idosas: a existência de um quadro demencial; a solidão e falta de suporte afectivo e social; stress do cuidador (principalmente quando este se sente sobrecarregado por cuidar da pessoa idosa); história de abuso de substâncias ou história de abuso de outras pessoas; e elevada dependência física, emocional ou financeira da vítima. Estes factores de risco estão muitas vezes associados às seguintes características sociodemográficas das vítimas: sexo feminino; estatuto marital diverso do casado; baixos níveis de escolaridade; baixo estatuto socioeconómico; e maior vulnerabilidade e desorganização familiar (Pillemer, 1993; Pursley et al., 2002; Kronbauer, 2004; Rautio et al., 2005; Sousa et al., 2005; Fox e Benson, 2006; Gonçalves, 2006; Salari, 2007; Fernandes, 2007; Oliveira et al., 2009; Abath et al., 2010; Apratto et al., 2010).

Outros estudos apontaram como principais factores de risco da violência contra pessoas idosas o ciclo de violência intergeracional (Sousa et al., 2005; Motta, 2009), ou seja, as crianças que foram violentadas mal tratam os pais e os avós mais frequentemente quando adultos; a dependência psicológica, física e económica da vítima; o stress do cuidador, com níveis mais elevados na ausência de suporte familiar; o isolamento social (Oliveira et al., 2009); e a pouca importância atribuída pela vizinhança à violência em geral (Sousa et al., 2005; Araújo et al., 2009; Cohen et al., 2010).

De realçar ainda o consumo de bebidas alcoólicas, quer por parte do agressor, quer por parte da vítima, na medida que este está associado à falta de responsabilidade e de interesse em cuidar da saúde, ao mesmo tempo que provoca maior irritação, impaciência e hostilidade (Homer et al., 1990; Minayo, 2003; Graham, Plant et al., 2004; Batanete, 2005; Leonard, 2005; Sousa et al. 2005; Zibelman e Blume, 2005; Gondim e Costa, 2006; Salari, 2007; Dossi et al., 2008; Lima et al., 2009; Apratto et al., 2010).

A qualidade das relações entre pais e filhos e das relações conjugais entre casais de pessoas idosas também se associa aos maus-tratos (Pillemer et al., 1988). Este fator é tão mais importante quanto os principais agressores de pessoas idosas são os seus filhos/as, genros/noras e cônjuges, sendo que em muitos casos é o familiar que assume o papel de cuidador e suporte social da pessoa idosa (Minayo, 2006).

Atendendo a que um apoio social reduzido ou não sustentável, acontecimentos adversos na infância, baixos níveis de qualidade de vida, níveis de stress elevados e/ou ter doenças agudas ou crónicas se afiguram como os principais determinantes da violência contra pessoas idosas, Vasconcelos e colaboradores (2009) consideram ser fundamental investir numa rica e efectiva rede de apoio social às pessoas idosas, baseada não só em estratégias de apoio emocional, mas também na criação de um clima político institucional que proteja a pessoa idosa de conflitos, esboçando-se as redes sociais como determinantes na prevenção da violência e na protecção da pessoa idosa contra qualquer acto de violência.

Em síntese, será possível afirmar que a violência contra pessoas idosas é um fenómeno multifactorial acompanhado de uma complexidade de determinantes culturais, históricos, políticos, económicos, étnicos, de género e de classe.

### *Consequências da violência contra pessoas idosas*

A violência contra as pessoas idosas pode provocar várias consequências nefastas na saúde dos mesmos. Independentemente do tipo de violência praticada, esta tenderá a provocar uma maior passividade, resignação, tristeza, ansiedade, agitação, medo e depressão nas pessoas idosas (Elsner et al., 2007), elementos que causam desconforto corporal e alteram os comportamentos e as interações sociais das vítimas (Chan et al., 2009; Dias, 2009; Cohen et al., 2010), repercutindo-se na auto percepção de baixos níveis de saúde e ausência de suporte social (Cisler et al., 2010). Luís (2009) conclui que a violência é um determinante/condicionante de saúde, pois a mesma pode provocar várias complicações, nomeadamente: artrites, dores crónicas, cefaleias e/ou enxaquecas, dor pélvica, possíveis doenças sexualmente transmissíveis, obstipação, dores de costas ou perda de apetite. A violência pode ainda acarretar distúrbios psicológicos, como sejam:

stress, alucinações, crenças errôneas, confusão mental, estado depressivo, ansiedade, ceticismo, fobias ou estados de pânico.

As vítimas de violência apresentam um risco duas vezes superior de vir a ter um diagnóstico de patologia psiquiátrica e estão quatro vezes mais propensas a desenvolver um transtorno de ansiedade e/ou de humor pós-traumático (Mouton et al., 2010). As vítimas têm um risco maior de sofrer de AVC, principalmente quando as pessoas idosas têm uma posição económica baixa (Homer et al., 1990; Coelho, 2005; Fernandes, 2007, Cooper et al., 2008).

A violência física pode ainda causar diminuição da mobilidade, lesões físicas ou alterações comportamentais (Dias, 2000, 2004; Minayo, 2006; Chan et al., 2009). As principais lesões resultantes da agressão física localizam-se nos membros superiores e no rosto e em várias partes do corpo (Abath et al. 2010), podendo incluir equimoses; escoriações; ferimentos da cabeça; fracturas do fémur, perna e tornozelo; fracturas do punho, ossos da mão e antebraço. A estas lesões subjaz muitas vezes um quadro de stresse, problemas ginecológicos, traumas físicos e psicológicos, medo e ansiedade (Dossi et al., 2008; Oliveira et al.. 2008; Santos et al., 2008; Cohen et al., 2010).

A violência psicológica pode ter como consequências uma baixa auto-estima, decréscimo da confiança e maior debilidade da vítima, gera medo e dificuldades em tomar decisões e diminui a dignidade individual (Dias, 2004; Freitas et al., 2007). A longo prazo poderá ter consequências similares às que resultam da violência física (Mouton et al., 2010).

A violência sexual pode provocar sentimentos de revolta e frustração, distúrbios cognitivos, alterações de comportamento e distúrbios na personalidade da pessoa idosa, num contexto em que as vítimas tendem a desculpar e encobrir o agressor (Alves et al., 2005; Motta, 2009).

A violência financeira comporta várias consequências materiais e simbólicas para as pessoas idosas, como a fragilidade económica, dependência física e financeira, insegurança, mau estar e debilidade (Dias, 2004), enquanto a negligência pode provocar mau estar, debilidade física e um maior risco de doença (Magalhães, 2005b).

As alterações no estado de saúde das pessoas idosas podem ter efeitos a longo prazo, como sejam relatos contraditórios, receio de comunicar, isolamento e perda de identidade, problemas difíceis de detetar, sobretudo quando as pessoas idosas têm tendência a ignorá-los (Elsner et al., 2007). Contudo, existem alguns sinais que indiciam alterações no estado de saúde das pessoas idosas, nomeadamente a perda de peso, desidratação e desnutrição,

desinteresse afetivo, desinteresse pela higiene pessoal, indiferença, incapacidade de realizar determinadas actividades até então realizadas autonomamente, e o alheamento pela comunicação e informação (Elsner et al., 2007).

### *Caracterização dos agressores*

O Gabinete de Estudos e Atendimento à Vítima (GEAV) tem desenvolvido, entre outros, trabalhos de caracterização dos agressores em geral. O GEAV resulta de uma parceria entre o Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Porto e a Unidade de Consulta em Psicologia da Justiça da Universidade do Minho e é uma entidade com competências de intervenção no âmbito psicoterapêutico responsável pela orientação cognitiva e comportamental dos agressores, ou seja, pretende-se que os agressores tomem consciência dos seus actos e assumam as suas responsabilidades. De acordo com os dados disponibilizados pelo GEAV, em 90% dos casos de violência registados em Portugal os agressores são do sexo masculino, o que alerta para a importância de estudar a inter-relação entre o agressor e a vítima na compreensão dos processos de vitimização (Manita, 2005).

A tabela 3 sumaria as características dos agressores (sexo, idade, classe social, nível de escolaridade e grau de familiaridade com a vítima) segundo alguns estudos realizados em Portugal sobre a prevalência da violência. De acordo com os estudos patrocinados pela APAV (2008, 2009), a maioria dos agressores pertence à classe média e baixa. A evidência é consensual ao observar que os agressores são maioritariamente do sexo masculino e tendem a ser cônjuges/companheiros e/ou familiares próximos das vítimas.

Diversos estudos descrevem os agressores como pessoas com menos de 60 anos, com níveis de ensino inferior ao médio e baixos rendimentos familiares, com historial de fumador e consumidor de álcool ou outras substâncias psicopáticas (Pillmer et al., 1993; Pais, 1998; Schraiber et al., 2002; Dossi et al., 2008; Oliveira et al., 2009; Mouton et al., 2010); que geralmente apresentam problemas psicológicos (Pasitano et al., 2004; Schaiber et al., 2006; Phua e Seow, 2008; Chan et al., 2009) e desvios comportamentais (Leonard, 2005; Ludemir, 2008; Mendonça et al., 2008; Lowenstein et al., 2009).

Tabela 3. Alguns estudos realizados em Portugal sobre a prevalência da violência, identificados por autor, tamanho da amostra, instrumento de recolha de dados e características dos agressores

Referência	Tamanho da amostra	Instrumento de recolha de dados	Características dos agressores				
			Sexo	Idade (anos)	Classe social	Nível de Escolaridade	Grau de familiaridade com a vítima
Dias, 2000	1507	Casos registados na GNR e na PSP entre Outubro 1998 e Janeiro 1999	1296 homens 235 mulheres	< 16: 4,3% 16-24: 17,8% > 25: 77,7%			Cônjuge/comp.: 55% Ex. Cônjuge: 25% Filho/a: 15% Outro Parente: 3% Outro: 2%
Manita, 2005	135	Questionário	90 homens 10 mulheres	26-55: 46% Outras: 54%	Média: 61% Baixa: 31%	Diferenciado: 22% Superior: 2% Sup. Incompleto: 5% Indiferenciado 53% Sem ocupação: 15% Outro: 3%	Cônjuge/comp.: 27% Família Próxima:33% Meio doméstico: 15% Outro Familiar:11% Conhecido: 7% Desconhecido: 7%
APAV, 2008	7852	Ent. telefónica:54% Presencial:39% Outro: 7%	Masculino: 86,9% Feminino: 10,7%	18-25: 3,9% 26-45:28,7% 46-64:16,6% > 64:5,7% NS/NR:45,1%	Média: 54% Baixa: 28%	Ñ sabe ler/escrever:0,3% 1º/2º Ciclos: 10,6% 3º Ciclo: 5,8% Secundário: 5,7% Superior:7,4% NS/NR: 70%	Cônjuge/comp.: 62% Ex. Cônjuge: 9,4% Filho/a: 7,7% Outro Parente: 2,1% Outro: 17,9% NS/NR: 1%
APAV, 2009	7639	Ent. telefónica: 61% Presencial:35% Outro: 4%	Masculino: 84% Feminino: 12% NS/NR:4%	18-25: 3,8% 26-45:26% 46-64:14,6% >64:4,9% NS/NR: 40,7%	Média: 45% Baixa:32%	1º/2º Ciclos: 8,4% 3º Ciclo: 4,4% Secundário: 3,9% Superior:6,2% NS/NR: 73,3%	Cônjuge/comp.: 51% Ex. Cônjuge: 10% Filho/a: 8% Outro Parente: 0,7% Outro: 26,9% NS/NR: 3,4%

Outras investigações realçam a existência de uma relação de proximidade (de parentesco, de amizade ou vicinal) entre o agressor e a pessoa idosa (NCEA, 1998; Pais, 1998; Fonseca et al. 2003; Kronbauer, 2004; Dossi et al., 2008; Araújo et al., 2009; Lowenstein et al., 2009), sendo o agressor alguém que depende de alguma forma da vítima em termos económicos, financeiros e/ou afectivos (Pillemer et al., 1988). De acordo com Manita (2005), na maior parte dos casos (60%) os agressores são pessoas que não sofrem de distúrbios ou perturbações que possam “desculpabilizar” o comportamento violento. O exercício de violência e as características dos agressores poderão estar envolvidos num contexto cultural onde impera um poder paternalista e a submissão face a comportamentos classificados como violentos, desresponsabilizando-se os agressores em muitas circunstâncias. Esta submissão poderá estar relacionada com o facto de na maioria dos casos o agressor e a vítima apresentarem uma relação de proximidade (Dias, 2000; Manita, 2005; APAV, 2008, 2009).

A escassez de dados e estudos sobre a violência contra pessoas idosas, assim como a invisibilidade desta realidade, justificam um investimento em projectos nacionais e europeus neste domínio (Gonçalves, 2003), que permitam conhecer as características sociodemográficas dos agressores e das vítimas, de modo a contribuir para prevenir e eliminar a violência contra pessoas idosas.

### *Instrumentos, Legislação e Políticas Nacionais*

Aos diversos instrumentos legislativos e políticos nacionais que enquadram a temática da violência, nomeadamente contra as pessoas idosas, subjaz a ideia de que é essencial promover a igualdade de direitos e oportunidades de homens e mulheres (art. 13º da CRP); a justiça e o acesso aos tribunais para a defesa dos direitos (art. 20º da CRP); a paz e o bem-estar social e individual e o direito à integridade física e moral (art. 25º da CRP), bem como a igualdade no casamento (art. 36º da CRP). Ao longo dos últimos 40 anos a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) e diversos governos nacionais têm desenvolvido programas no âmbito de educação para a saúde destinados a prevenir e eliminar a violência contra pessoas idosas, traduzidos em garantias de apoio e suporte



social, promoção de debates públicos, disseminação de informação e reforço do aconselhamento jurídico e psicológico prestado às vítimas e aos agressores.

A Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos, realizada em 1993 em Viena, alertou para a responsabilidade dos Estados ao nível do desenvolvimento, encorajamento e respeito por todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, independentemente da raça, sexo, língua ou religião. Neste sentido, nesta Conferência reforçou-se a ideia de que o combate à violência exigia medidas legislativas e regulamentares supranacionais e acções internacionais capazes de articular diversas instituições com responsabilidades na resposta a este fenómeno (Vicente, 2002). Dois anos mais tarde, em 1995, a Plataforma da Acção das Nações Unidas apelou à mobilização global no combate à violência, ou seja, ao envolvimento de todas as instituições neste processo, nomeadamente os tribunais, forças policiais, Segurança Social, hospitais e centros de saúde e, no caso português, a APAV e a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (Barroso et al., 2009).

Por forma a combater a violência contra as pessoas idosas, o Governo Português criou em 1999 um sítio especialmente desenvolvido para disseminar informação orientada para as pessoas idosas, contendo dados sobre os seus direitos, benefícios, justiça social cívica e apoios sociais existentes (<http://www.provedor-jus.pt/idoso.htm>, último acesso a 24 de março de 2010). Em 2006 Portugal republicou o Decreto-Lei nº 423/91, de 30 de Outubro, sob recomendação da Comissão Europeia, o qual visa apoiar a criação de um suporte de solidariedade social, destinado a trabalhar tanto com a vítima como com o agressor. O suporte de solidariedade social assenta no conceito de *empowerment* (Andrade e Vaitsman, 2002), que se baseia no desenvolvimento da protecção, apoio e orientação social de todos os cidadãos através da valorização das relações afectivas, com o objectivo final de promover o bem-estar individual e colectivo. Por *empowerment* entende-se o processo de capacitação da pessoa para que, de uma forma autónoma e responsável, esta tenha um maior controlo sob as suas acções e decisões devidamente informadas, o que permitirá melhorar o estado de saúde e bem-estar individual, organizacional e comunitário (Andrade et al., 2002).

Em Abril de 2008 o Governo Português constituiu um Grupo de Trabalho multidisciplinar, cujo principal objectivo era propor estratégias de prevenção da violência contra pessoas idosas através do reforço do papel dos serviços de saúde na detecção de casos de violência e da educação para a saúde e sensibilização dos cidadãos para este fenómeno. Esta nova abordagem no âmbito da intervenção na e sobre a violência, doravante coadjuvada pelas forças de segurança locais e pelos profissionais de saúde, permitiu ultrapassar a ideia de

que a vítima era o único elemento a contemplar nas intervenções, na medida em que as instituições sociais começaram a atender aos determinantes da violência associados ao agressor (por exemplo, nível de escolaridade e rendimento e consumo de álcool), ao mesmo tempo que tentavam responder às repercussões que a violência tinha nas vítimas (Fernandes, 2007). Uma outra consequência desta abordagem foi o aumento do número de organismos institucionais e de programas (como os projectos IMAN - Intervenção Mulheres Autónomas do Norte e UMAR - União de Mulheres Alternativa e Resposta) com intervenções no domínio da prevenção da violência e apoio às vítimas e agressores (Batante, 2005; Lei nº 323/2000), as quais estão associadas a processos de emancipação e de redefinição do papel das vítimas e dos agressores de violência contra pessoas idosas, no contexto de uma sociedade democrática e de consciencialização dos direitos individuais (Barroso et al., 2009).

A tabela 4 sumaria os principais instrumentos político-legislativos produzidos em Portugal nos últimos vinte anos com o objectivo declarado de combater a violência. Observa-se que as primeiras iniciativas legislativas estiveram relacionadas com a violência doméstica, focalizando a intervenção na punição dos agressores e na condenação de atos violentos. Ao mesmo tempo, regulamentava-se a protecção da vítima.

As políticas nacionais que visam combater a violência têm assentado em sucessivos planos nacionais, elaborados desde 1999, e cujos pilares fundamentais consistem em programas de intervenção e sensibilização junto dos profissionais de saúde e instituições; na criação de uma legislação centrada na punição do agressor; na criação de um clima mais favorável à apresentação de denúncias; num maior acesso à informação referente a direitos e deveres do cidadão; numa maior atenção e divulgação nos media deste fenómeno; e na criação de programas de alerta à violência destinados à comunidade (Pais, 1998; Alarcão, 2000; Andrade e Vaitsman, 2002; Antunes, 2002; Duarte, 2004).

Em termos legislativos, a violência é classificada como um crime de ordem semi-público ou público. O primeiro caso acontece quando há lugar à apresentação de queixa, à qual se segue uma expressa manifestação de vontade de perseguição criminal do agente do crime. O segundo caso ocorre quando o procedimento criminal não depende de apresentação de queixa, bastando a notícia para que o Ministério Público exerça a sua função penal.

Em Portugal, a articulação entre instituições e programas tem por base um sistema integrado que atua em diversas áreas no contexto da violência, como por exemplo: na resposta ao agressor através de planos de integração social e apoio psicológico; no apoio

jurídico à punição; na proteção das vítimas; na promoção do combate à violência; e na vigilância de novos casos emergentes de violência. Em suma, privilegia-se hoje uma visão sobre a violência que contempla não só a proteção das vítimas, mas também a condenação e reeducação dos agressores (Pais 1998; Duarte, 2004).

Tabela 4. Principais diplomas legislativos produzidos em Portugal no âmbito da violência (1989-2010)

Ano	Emissor	Acontecimento
1989	Governo	Os maus-tratos e a infracção de regras de segurança começam a figurar no Código Penal Português como crimes. Quem tendo a seu cuidado, á sua guarda sob a responsabilidade da sua direcção ou educação, ou a trabalhar a seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão da idade, deficiência, doença ou gravidez e infligir todo e qualquer tipo de maus tratos, é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos. (art. 152º do Código Penal Português)
1991	Assembleia da República	Garantia de protecção adequada às mulheres vítimas de violência doméstica. A presente lei permitiu reforçar mecanismos de protecção e prevenção legal ás mulheres vítimas de crimes de violência, além de permitir a criação de um gabinete de cessação da violência e reparação de danos. (Lei nº 61/91, de 13 de Agosto)
	Assembleia da República	O Governo é autorizado a estabelecer um regime de indemnização às vítimas de violência. Com a presente lei a Assembleia da República veio responsabilizar o Governo de certos crimes violentos. Mais tarde com a aprovação do decreto de Lei nº 4/93 de 22 de Fevereiro, fica estabelecido um regime de indemnização por parte do estado ás vítimas de crimes violentos, e cuja responsabilidade fica a cargo do Ministério da Justiça, mas que contudo em 2004, este mesmo ministério aprova a (Lei nº 62/2004, de 22 de Março), que estabelece limites máximos de indemnização por parte do estado ás vítimas de crimes violentos. (Lei nº 64/91, de 13 de Agosto)
	Ministério da Justiça	Estabelece o regime jurídico de protecção às vítimas de crimes violentos. (Lei nº 423/91, de 30 de Outubro)
1993	Ministério da Justiça	Regulamenta as condições em que o estado indemnizará as vítimas de crimes violentos. (Lei nº 4/93, de 22 de Fevereiro)
1997	Assembleia da República	Criação da Fundação Cartão de idoso, como pessoa colectiva, com o fim de contribuir para o desenvolvimento e promoção de iniciativas que visem o bem-estar, a realização pessoal e a plena participação social das pessoas com mais de 65 anos de idade e com fim específico de contribuir para um melhor acesso a bens e serviços. (Lei nº 10/97 de 28 de Abril)

1998	Conselho de Ministros	Regulamenta a lei nº10/97 de 12 de Maio relativa às associações de mulheres (direitos das mulheres vítimas de violência e apoios não governamentais). Em 1998 após a aprovação do Decreto de Lei nº 246/98 da Presidência do Conselho de Ministros de 11 de Julho, foi possível estabelecer direitos de associação e participação das mulheres, não só reconhecendo as associações como parceiro social, como também concebendo-lhes o direito a apoio para o desenvolvimento de actividades, com vista a igualdade de oportunidades. Presente diploma disciplina e reconhece as formas de apoio como: as ONGs (as Organizações não Governamentais) e associações (CIG – Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 1999-2003). (Decreto-Lei nº 246/98, de 11 de Julho)
1999	Assembleia da República	Regulamentação da legislação que garante a protecção das mulheres vítimas de violência doméstica. Foi criado um gabinete SOS para atendimento telefónico às mulheres vítimas de violência, que funcionará ininterruptamente durante 24h por dia, incluindo sábados, domingos e feriados. (Decreto de Lei nº31/99, de 14 de Abril)
	Conselho de Ministros	Aprovação do I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (1999-2003), cujos objectivos estavam centrados no Sensibilizar, Prevenir, Apoiar e Criar condições às vítimas de violência, para além de produzir estudos sobre a mesma temática. Com a aprovação deste plano é que se faz a primeira abordagem á violência contra idosos (CIG, 1999-2003). (Resolução nº 55, de 15 de Junho)
	Assembleia da República	Alteração no regime jurídico de protecção às vítimas de crimes. A indemnização por parte do Estado poderá ser reduzida ou excluída tendo em conta a conduta da vítima ou do requeante antes, durante ou após a prática dos factos, as suas relações com o autor ou o seu meio, ou se mostrar contrária ao sentimento de justiça ou á ordem pública. (Decreto de Lei nº 136/99, de 28 de Agosto)
	Ministério da Justiça	Desde 1999 que a violência é classificada em Portugal como um crime de ordem semi-pública ou pública, mediante ou não da apresentação de queixa (CIG, 1999-2003). De acordo com o art. 242º do actual Código de Processo Penal, qualquer pessoa com o estatuto de funcionário público tem a obrigação de denunciar as situações suspeitas que possam configurar um crime público e das quais tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas, ainda que os agentes do crime não sejam seus conhecidos, sendo este dever alargado à população em geral. ( Decreto de Lei nº 147/99, de 1 de Setembro)
2000	Governo	Realização e concretização de medidas de protecção de vítimas de violência doméstica (criação de uma rede pública de casas de abrigo, casas de apoio e núcleos de atendimento a pessoas vítimas de violência). (Decreto de Lei nº7/00, de 26 de Janeiro)
	Governo	Ratificação da Convenção Europeia relativa à indemnização das vítimas de infracções violentas. (Decreto de Lei nº16/00, de 6 de Março)

	Ministério da Justiça	Protocolo celebrado entre o Ministério da Justiça, a Ministra para a Igualdade e a Associação Portuguesa do Apoio à Vítima para disponibilizar um serviço de atendimento telefónico permanente às vítimas de violência doméstica. (Decreto de Lei nº 17/00, de 22 de Maio)
	Ministério do Trabalho e Solidariedade	Regulamenta o quadro geral da rede pública de apoio às mulheres vítimas de violência doméstica. O Estado compromete-se a desenvolver uma política de eliminação, igualdade e resposta às necessidades das vítimas de violência. (Decreto de Lei nº 323/00, de 19 de Dezembro)
2001	Ministério da Justiça	Criação de uma estrutura de missão com o objectivo de desenvolver estratégias de implementação do sistema de monitorização electrónica de arguidos sujeitos à medida de coacção aplicada ao agressor (termo identificação e residência, caução, proibição e ausência de contactos, suspensão de exercício de funções, apresentação periódica ou prisão preventiva). (Decreto de Lei nº 1/01, de 6 de Janeiro)
2003	Governo	Aprova o II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2003-2006). O presente documento estava centrado na informação, sensibilização dos cidadãos para a prevenção da violência, formação de profissionais que diariamente lidam com este problema, na protecção das vítimas, reintegração social, promoção de investigação e adequação de plano de avaliação e controlo de novos casos de violência (CIG, 2003-2006). (Decreto de Lei nº 88/03, de 7 de Julho)
	Assembleia da República	Regulamento com medidas de protecção de testemunhas de processo penal, tornando possível concretizar regras de confidencialidade essenciais à protecção de testemunhas que requeiram reserva de conhecimento de identidade, promovendo segurança bem como regras de bom funcionamento da comissão de programas especiais de segurança. (Decreto de Lei nº 190/03, de 23 de Agosto)
2004	Ministério da Justiça	Impõe um limite máximo por parte do estado de indemnização às vítimas de violência. Institui um mecanismo de reparação de danos que deve ser compreendido como uma espécie de “seguro social” e não como transferência da obrigação de indemnizar. O estado poderá assegurar a indemnização devida em consequência da prática de actos criminalmente tipificados, sempre que não puder ser satisfeita pelo agente agressor. (Decreto de Lei nº 62/04, de 22 de Março)
	Ministério da Justiça	As denúncias de casos de violência poderão ser comunicadas ao Ministério Público, às forças policiais ou aos serviços médico-legais. (Decreto de Lei nº 45/04, de 19 de Agosto)
2005	Assembleia da República	O primeiro instrumento jurídico-legal e político focalizado na violência exercida sobre os indivíduos idosos foi Legislado em Portugal em 2005- trata-se do estatuto do indivíduo idoso, que contempla como um dos seus direitos a disponibilidade de um dispositivo legal de fiscalização/punição para os casos de maus tratos e violência na velhice, para além do direito à segurança física, conservação do estado de saúde, assistência económica, social e cultural. Atende-se às preocupações a nível de segurança social, pensões, serviços, equipamentos, saúde e direitos do idoso. (Decreto de Lei nº 232/05, de 29 de

		Dezembro)
2006	Governo	Relatório sobre a possibilidade de vigilância electrónica no contexto de violência doméstica. Em 2006 com a aprovação da (Lei nº 17/2006 de 27 de Janeiro), foi possível estabelecer estratégias de implementação da vigilância electrónica, e condições para a sua aplicação, adquirir meios tecnológicos e serviços necessários, bem como acompanhar a execução experimental desse método de controlo penal. Em 2007, com a aprovação da (Lei nº17/2007 de 26 de Abril), da Assembleia da República e sobre a iniciativa do Conselho Europeu, foi possível desenvolver campanha de luta contra a violência doméstica, centrada no conceito de que o fenómeno não pode ser tolerado, que se deve assegurar o apoio às vítimas, divulgar e sensibilizar os agentes envolvidos para melhor identificação e combate á violência, desenvolver esforços para que as vítimas de violência reconheçam a sua condição e seus direitos, e reforço de medidas de protecção da vítima e repreensão do agressor. Este mesmo ano ficou estabelecido segundo a (Lei nº 201/2007 de Maio) que as vítimas de violência que necessitassem de cuidados de saúde estariam isentas de pagamento de taxas moderadoras. ( Decreto de Lei nº 17/06, de 27 de Janeiro)
2007	Assembleia da República	Campanha de combate à violência doméstica, através da: avaliação do enquadramento Jurídico existente em relação á violência; promoção de uma cultura de consciencialização das vítimas para os direitos e condutas potenciadoras de violência; reforço de medidas de protecção das vítimas repressão dos agressores; realização de estudos para análise; compreensão e combate ao fenómeno de violência e apelo á sociedade no sentido de uma maior responsabilização colectiva tendo em vista a prevenção e combate da violência. (Decreto de Lei nº 17/07, de 26 de Abril)
	Ministério da Saúde	Vítimas de violência doméstica isentam do pagamento de taxas moderadoras no acesso a prestação de cuidados de saúde. (Decreto de Lei nº201/07, de 24 de Maio)
	Governo	Aprovação do III Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2007-2010), que teve como prioridade actuação, o controlo e monitorização de casos, tentando compreender o fenómeno na óptica do agressor. Neste plano é interessante visualizar a preocupação não só na vítima como também no tratamento do agressor, através de medidas que incitam afastamento entre os membros envolvidos (CIG, 2007-2010). (Decreto de Lei, nº 83/07, de 22 de Julho)
	Ministério da Justiça	Segundo o (artigo 177º) do CPP, as penas são agravadas de um terço nos seus limites mínimos e máximo, caso o agressor pratique violência sexual, sabendo ante mão que é portador de doença sexualmente transmissível, e são agravados em metade nos seus limites mínimos e máximo, se dos comportamentos resultar gravidez, ofensa á integridade física grave, transmissão de agente patogénico que crie perigo para a vida, suicídio ou morte. Ofensa a integridade física grave é punida com pena de prisão de 3 a 5 anos. Ofensa a integridade física e consequentemente morte ou invalidez, conduz a uma pena de 3 a 10 anos por parte do agressor. Segundo o (artigo 152º), define maus tratos/violência como todo

		e qualquer acto praticado por quem tem a seu cuidado, á sua guarda, sob responsabilidade de sua direcção ou educação, ou a trabalhar a seu serviço, pessoa menor ou indefesa em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez (Decreto de Lei nº 59/07, de 4 de Setembro)
2009	Governo	O CPP prevê a punição dos crimes de violência contra a família, nomeadamente maus-tratos físicos e psíquicos (artigo 152º); ofensas corporais (artigo 143º); a coacção sexual (artigo 163º); a violação (artigo 164º); e o incumprimento do dever de prestar alimentos (artigo 250º) (inclui penas previstas para agressores). (Decreto de Lei nº 112/09, de 16 de Setembro)
2010	Ministério da Justiça	Estabelece o regime de protecção da vítima baseada no princípio de confidencialidade, autonomia, consentimento e vontade (intervenção com a vítima está limitado ao respeito integral da sua vontade). Regime de adiamento (um único adiamento) por parte do estado aos crimes violentos e violência doméstica em situações de: não comparecência das pessoas convocadas; ou se o defensor não comparecer. (Decreto de Lei nº 120/10, de 27 de Outubro)
	Conselho de Ministros	O IV PNCVD (2011/2013) contempla medidas que baseadas na necessidade de combater á violência de género, prevenindo e promovendo estratégias de intervenção centradas no educar, sensibilizar e reintegrar. Este plano nacional, tenta responder aos diferentes tipos de violência existencial: a violência física, psicológica e sexual praticada contra pessoas, independentemente do sexo e da idade através de abordagens centradas na igualdade, género, cidadania e não discriminação. Prevê medidas inovadoras, como são o caso da utilização de meios electrónicos que permite monitorizar os agressores quando lhes é aplicado a medida de afastamento (afastar o agressor da vítima), ou ainda a possibilidade de formular a queixa por via electrónica. Tem por objectivo prover uma resposta integrada no combate á violência a nível nacional, em consonância com orientações europeias (CIG, 2011-2013). (Decreto de Lei nº 100/10, de 17 de Dezembro)



## **OBJETIVOS**

Este estudo tem como objetivo principal analisar as características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas numa população urbana em Portugal, segundo o tipo de violência exercida e respetivas severidade e cronicidade.

## **PARTICIPANTES E MÉTODOS**

### *O Projeto ABUEL*

O projeto *ABUEL - Elder Abuse: a multinational prevalence survey* (Project A/100929), coordenado pelo Karolinska Institute, na Suécia e co-financiado pela Agência Europeia de Saúde e dos Consumidores (EAHC), tinha os seguintes objetivos gerais: prover dados quantitativos sobre a extensão e natureza da violência praticada contra pessoas idosas; analisar os determinantes de abuso de pessoas idosas; e compreender as consequências da violência ao nível da saúde e qualidade de vida das pessoas idosas.

Este estudo transversal implicou a participação de sete centros de investigação europeus, a saber: Karolinska Institute, Suécia; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal; Universidade de Granada, Espanha; Escola Nacional de Saúde Pública em Atenas, Grécia; Instituto Nacional Italiano de Saúde e Ciência sobre Envelhecimento, Itália; Universidade Protestante de Ludwigsburg, Alemanha; e Universidade de Medicina Kaunas, Lituânia.

O tamanho amostral foi calculado com base numa prevalência estimada de 13% de violência contra pessoas idosas, de acordo com uma revisão sistemática publicada recentemente (Cooper et al., 2008). O desenho do estudo e os procedimentos de recrutamento e seleção dos participantes, assim como de recolha dos dados, foram já descritos (Soares et al., 2010: 29-33; Lindert et al., 2011).

Participaram no estudo mulheres e homens com as seguintes características: idade compreendida entre os 60 e os 84 anos; viver na comunidade ou em casas abrigadas; ausência de historial de demência ou outros problemas cognitivos, avaliada através do teste Mini-Cog (Borson et al., 2000); ser cidadão nacional ou migrante documentado; saber ler e escrever português; e aceitar participar no estudo.

### *Desenho do estudo e participantes*

Os participantes portugueses foram recrutados a partir da coorte EpiPorto, constituída por indivíduos da população da cidade do Porto com mais de 18 anos, selecionados previamente pela técnica de aleatorização de dígitos telefónicos (Ramos, Lopes e Barros, 2004). Em Janeiro de 2009, 781 indivíduos da coorte cumpriam os critérios estabelecidos no âmbito do estudo europeu ABUEL; 31 destes indivíduos foram excluídos devido à existência de historial de demência ou outros problemas cognitivos, avaliado no início da entrevista.

Foi enviada uma carta de apresentação do estudo a todos os indivíduos elegíveis, omitindo-se nesse documento a referência explícita à violência para evitar as recusas (OMS, 2001). De acordo com o protocolo estabelecido, estes indivíduos foram posteriormente contactados telefonicamente com o objetivo de agendar uma entrevista com os que aceitassem participar no estudo. As entrevistas poderiam ser realizadas em casa do participante ou na unidade de investigação.

Participaram no estudo ABUEL 656 pessoas idosas, das quais 400 (61%) eram mulheres. A proporção de participação foi de 87,4%.

No dia da entrevista, os entrevistadores relembavam os objetivos do estudo aos participantes, e esclareciam qualquer tipo de dúvidas. De seguida, os participantes e os entrevistadores assinavam o consentimento informado. Conforme previamente protocolado em relação aos procedimentos a acionar nas situações que envolvessem relatos de violência, os entrevistadores tinham o dever de informar os participantes sobre o seu direito de apresentar queixa formalmente e fornecer contactos de instituições de apoio.

Em Portugal o ABUEL foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de S. João.

## *Recolha de dados*

A informação foi recolhida através do questionário estruturado desenhado para o estudo Europeu<sup>1</sup> e foi aplicado face-a-face por entrevistadores treinados. As entrevistas duraram em média 1 hora e 30 minutos. Excepcionalmente, 15 inquéritos foram autoaplicados (no caso de pessoas que aceitaram participar, mas não tinham disponibilidade para a entrevista face a face).

No início da entrevista era administrado o teste do Mini-Cog (Borson et al., 2000) e aqueles cuja classificação fosse inferior a 2 eram posteriormente excluídos da análise final.

O questionário permitiu a recolha de informação sociodemográfica e informações sobre estilos de vida, hábitos alimentares, comportamentais, saúde física e mental e suporte social. No que diz respeito ao tipo de violência exercida no último ano considerou-se a violência física (17 itens), psicológica (11 itens), financeira (9 itens) e sexual (8 itens), cujos itens de avaliação foram baseados num estudo desenvolvido no Reino Unido sobre o abuso de pessoas idosas (O’Keeffe et al., 2007) e na Conflict Tactics Scales 2 (Straus et al., 1996). A severidade da violência exercida (classificada como violência ligeira e violência severa) foi obtida mediante a avaliação dos atos praticados, segundo a proposta descrita na tabela 5.

## *Análise estatística*

Procedeu-se à análise descritiva das características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas de acordo com o tipo, severidade e cronicidade da violência exercida através de tabelas de contingência. Todos os procedimentos estatísticos foram realizados através do programa SPSS, versão 17.0.

---

<sup>1</sup> O questionário usado no âmbito do projeto ABUEL está disponível em [http://www.abuel.org/docs/questionnaire/questionnaire\\_interview\\_por.pdf](http://www.abuel.org/docs/questionnaire/questionnaire_interview_por.pdf), último acesso a 11 de outubro de 2011.

Tabela 5. Itens de avaliação da severidade dos diferentes tipos de violência

<b>Violência Física</b>	
Ligeira	...o (a) esbofeteou? ...o(a) agarrou? ...o(a) empurrou ou lhe deu um encontrão? ...lhe atirou alguma coisa que o(a) magoou? ...torceu o seu braço ou lhe puxou o cabelo?
Severa	...o(a) queimou ou esbaldou de propósito? ...lhe deu pontapés? ... o(a) tentou estrangular? ...usou uma faca, uma pistola ou outra arma contra si? ...o(a) esmurrou ou feriu? ...o(a) atirou contra uma parede, porta ou mobília? ...o(a) espancou? ...o(a) amarrou? ...o(a) prendeu de qualquer outra forma? ...o(a) fechou no quarto? ...lhe deu drogas ou medicamentos para controlá-lo(a) ou torná-lo(a) dócil? ...o(a) ameaçou com uma faca, uma pistola ou outra arma?
<b>Violência Psicológica</b>	
Ligeira	...o(a) insultou ou lhe praguejou? ...o(a) ameaçou (ex: deixá-lo(a) num lar; destruir coisas suas)? ...o(a) rebaixou ou menosprezou o que você faz? ...o(a) excluiu ou ignorou repetidamente? ...ameaçou magoar alguém de quem gosta (ex: familiares, animais de estimação)? ...gritou ou berrou consigo?
Severa	...o(a) impediu de ver pessoas de quem gosta? ...fez alguma coisa para ofendê-lo(a)? ...o(a) chamou de gordo(a), feio(a) ou outros nomes? ...destruiu alguma coisa sua? ...ameaçou bater-lhe ou atirar-lhe alguma coisa?
<b>Violência Financeira</b>	
Ligeira	...tentou tomar ou manter o poder sobre o seu representante legal/advogado contra a sua vontade? ...tentou que o senhor(a) lhe desse o dinheiro, os seus bens materiais ou propriedades? ...tentou através de fraude tirar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades? ...tentou roubar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades?
Severa	...tomou ou manteve o poder sobre o seu representante legal/ advogado contra si? ...o(a) obrigou a dar-lhe o seu dinheiro, bens materiais ou propriedades, contra a sua vontade? ...usou uma fraude para tirar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades? ...fez outra coisa para tirar-lhe dinheiro, bens materiais ou propriedades? ...lhe roubou dinheiro, bens materiais ou propriedades?
<b>Violência Sexual</b>	
Ligeira	...lhe falou de forma sexual? ...tentou fazê-lo(a) ver pornografia contra a sua vontade? ...tentou ter relações sexuais consigo contra a sua vontade?
Severa	...lhe tocou sexualmente contra a sua vontade? ...tentou tocar-lhe, sexualmente contra a sua vontade? ...o(a) obrigou a ver pornografia contra a sua vontade? ...teve relações sexuais consigo contra a sua vontade? ...teve outros comportamentos sexuais abusivos?

## RESULTADOS

Identificaram-se 256 agressores de pessoas idosas, 92,5% dos quais perpetraram um ato de violência psicológica (73,4%) ou financeira (19,1%). Na tabela 6 apresentam-se as características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por tipo de violência. A maioria dos agressores de pessoas idosas é do sexo masculino, valor que varia entre os 81,8% na violência física e 51,1% na violência psicológica. Com exceção da violência física, a maioria dos agressores não vive com a vítima (62,5% na violência sexual, 68,6% na psicológica e 93,9% na financeira). Por comparação com os outros tipos de violência, na violência financeira observa-se uma proporção mais elevada de agressores jovens (42,1% tem menos de 40 anos) e sem grau de parentesco com a vítima (81,6%). Na violência física regista-se a proporção mais elevada de agressores com graus de parentesco próximos das vítimas (54,6% são (ex)cônjuges, (ex)companheiros, filhos, genros ou noras vs 44,1% na violência psicológica, 37,5% na sexual e 14,3% na financeira).

Tabela 6

Características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por tipo de violência				
	V. física n=11	V. psicológica n=188	V. sexual n=8	V. financeira n=49
	n (%)			
Sexo				
Masculino	9 (81,8)	96 (51,1)	7 (87,5)	39 (79,6)
Feminino	2 (18,2)	92 (48,9)	1 (12,5)	10 (20,4)
Idade (anos)				
≤40	3 (33,3)	28 (18,9)	-	8 (42,1)
41-50	1 (11,1)	20 (13,5)	-	3 (15,8)
51-60	1 (11,1)	23 (15,5)	1 (25,0)	5 (26,3)
>60	4 (44,5)	77 (52,0)	3 (75,0)	3 (15,8)
Sem informação	2	40	4	30
Vive com a vítima				
Sim	6 (54,5)	59 (31,4)	3 (37,5)	3 (6,1)
Não	5 (45,5)	129 (68,6)	5 (62,5)	46 (93,9)
Parentesco com a vítima				
(Ex)Cônjuge/Companheiro(a)	3 (27,3)	48 (25,5)	3 (37,5)	2 (4,1)
Filho(a)/Genro/Nora	3 (27,3)	35 (18,6)	-	5 (10,2)
Outros Familiares*	-	39 (20,8)	1 (12,5)	2 (4,1)
Sem grau de parentesco	5 (45,4)	66 (35,1)	4 (50,0)	40 (81,6)

\* Os outros familiares referem-se a netos, irmãos, primos, cunhados, tios, sobrinhos e pais.

Na tabela 7 apresentam-se as características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por tipo e severidade da violência. Há mais relatos de violência leve do que severa, com exceção da violência financeira que registra 37 casos de violência severa vs 18 casos de violência leve. Por comparação com os agressores que perpetraram atos de violência financeira leve, a proporção de agressores que cometem atos de violência financeira severa é mais elevada em quem não tem relação de parentesco com a vítima (86,5% vs 66,7% na violência financeira leve) e no grupo etário mais jovem (54,5% vs 30,0% tem menos de 40 anos) e mais velho (27,3% vs 20,0% tem mais de 60 anos), num contexto em que se realça o peso da ausência de informação sobre a idade dos agressores. A proporção de agressores que perpetraram violência física severa e vivem com a vítima é mais elevada do que a registrada na violência física leve (75,0% vs 60,0%).

Tabela 7

Características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por tipo e severidade da violência								
	V. física		V. psicológica		V. sexual		V. financeira	
	Ligeira n=10	Severa n=8	Ligeira n=165	Severa n=101	Ligeira n=6	Severa n=2	Ligeira n=18	Severa n=37
	n(%)							
Sexo								
Masculino	9(90,0)	7(87,5)	85(51,5)	48(47,5)	6(100)	1(50,0)	13(72,2)	31(83,8)
Feminino	1(10,0)	1(12,5)	80(48,5)	53(52,5)	-	1(50,0)	5(27,8)	6(16,2)
Idade (anos)								
≤40	3(33,4)	1(16,7)	24(18,2)	17(20,2)	-	-	3(30,0)	6(54,5)
41-50	1(11,1)	1(16,7)	16(12,1)	12(14,3)	-	-	3(30,0)	1(9,1)
51-60	1(11,1)	1(16,7)	18(13,6)	13(14,3)	1(33,3)	-	2(20,0)	1(9,1)
>60	4(44,4)	3(50,0)	74(56,1)	43(51,2)	2(66,7)	1(100)	2(20,0)	3(27,3)
Sem informação	1	2	33	17	3	1	8	26
Vive com a vítima								
Sim	6(60,0)	6(75,0)	53(32,1)	32(31,7)	2(33,3)	1(50,0)	2(11,1)	3(8,1)
Não	4(40,0)	2(25,0)	112(67,9)	69(68,3)	4(66,7)	1(50,0)	16(88,9)	34(91,9)
Parentesco com a vítima								
(Ex)Cônjuge/Companheiro(a)	3(30,0)	3(37,5)	44(26,7)	30(29,7)	2(33,4)	1(50,0)	-	2(5,4)
Filho(a)/ Genro/Nora	3(30,0)	3(37,5)	29(17,6)	25(24,8)	-	-	5(27,8)	2(5,4)
Outros Familiares*	-	-	34(20,6)	16(15,8)	1(16,6)	-	1(5,6)	1(2,7)
Sem grau de parentesco	4(40,0)	2(25,0)	58(35,2)	30(29,7)	3(50,0)	1(50,0)	12(66,7)	32(86,5)

\* Os outros familiares referem-se a netos, irmãos, primos, cunhados, tios, sobrinhos e pais.

Na maior parte dos casos, a violência financeira e sexual ocorreu 1-2 vezes no último ano (89,8% e 62,5%, respectivamente), enquanto a violência psicológica e física aconteceram mais de 3 vezes em 60,1% e 54,5% dos episódios de violência relatados (tabelas 8 a 11). Todos os casos em que a violência física ocorreu 1-2 vezes dizem respeito a agressores que não viviam nem tinham relação de parentesco com a vítima (tabela 8); logo, a cronicidade da violência física parece aumentar quando o agressor vive com a pessoa idosa e é um parente próximo. Os agressores do sexo masculino perpetraram com maior regularidade violência física (4 dos 9 agressores agrediram mais de 11 vezes as vítimas no último ano e nenhuma agressora o fez).

Tabela 8

Características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por cronicidade da violência física

	TOTAL	1-2 vezes n=5	3-10 vezes n=2	Mais de 11 vezes n=4
Sexo				
Masculino	9	3	2	4
Feminino	2	2	-	-
Idade (anos)				
≤40	3	2	-	1
41-50	1	-	1	-
51-60	1	-	-	1
>60	4	1	1	2
Sem informação	2	2	-	-
Vive com a vítima				
Sim	6	-	2	4
Não	5	5	-	-
Parentesco com a vítima				
(Ex)Cônjuge/Companheiro(a)	3	-	1	2
Filho(a)/ Genro/Nora	3	-	1	2
Sem grau de parentesco	5	5	-	-



A maioria dos agressores psicológicos que vive com as vítimas cometeu atos violentos mais de 11 vezes no último ano (34/59=57,6%), valor que atinge os 22,4% no caso dos agressores que não vivem com a vítima (tabela 9). A cronicidade da violência psicológica tende a aumentar quando o agressor tem mais de 60 anos, é parente próximo e vive com o idoso.

Tabela 9

Características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por cronicidade da violência psicológica

	TOTAL	1-2 vezes n=75	3-10 vezes n=50	Mais de 11 vezes n=63
Sexo				
Masculino	96	38	25	33
Feminino	92	37	25	30
Idade (anos)				
≤40	28	12	5	11
41-50	19	6	6	7
51-60	24	10	6	8
>60	78	24	23	31
Sem informação	39	23	10	6
Vive com a vítima				
Sim	59	7	18	34
Não	129	68	32	29
Parentesco com a vítima				
(Ex)Cônjuge/Companheiro(a)	48	7	14	27
Filho(a)/ Genro/Nora	35	8	9	18
Outros Familiares *	39	22	6	11
Sem grau de parentesco	66	38	21	7

\* Os outros familiares referem-se a netos, irmãos, primos, cunhados, tios, sobrinhos e pais.

A violência sexual e a financeira acontecem esporadicamente (apenas 1-2 vezes) ou muito regularmente (mais de 11 vezes no último ano). A cronicidade da violência sexual aumenta quando os agressores têm mais de 60 anos, vivem e são companheiros das vítimas (tabela 10). A cronicidade da violência financeira é mais regular quando os agressores têm menos de 60 anos e têm uma relação de parentesco com as vítimas (tabela 11).

Tabela 10

Características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por cronicidade da violência sexual

	TOTAL	1-2 vezes n=5	3-10 vezes n=0	Mais de 11 vezes n=3
Sexo				
Masculino	7	4	-	3
Feminino	1	1	-	-
Idade (anos)				
51-60	1	1	-	-
>60	3	1	-	2
Sem informação	4	3	-	1
Vive com a vítima				
Sim	3	1	-	2
Não	5	4	-	1
Parentesco com a vítima				
(Ex)Cônjuge/Companheiro(a)	3	1	-	2
Filho(a)/ Genro/Nora	-	-	-	-
Outros Familiares*	1	1	-	-
Sem grau de parentesco	4	3	-	1

\* Os outros familiares referem-se a netos, irmãos, primos, cunhados, tios, sobrinhos e pais.

Tabela 11

Características sociodemográficas dos agressores de pessoas idosas por cronicidade da violência financeira

	TOTAL	1-2 vezes n=44	3-10 vezes n=0	Mais de 11 vezes n=5
Sexo				
Masculino	39	35	-	4
Feminino	10	9	-	1
Idade (anos)				
≤40	8	7	-	1
41-50	3	2	-	1
51-60	5	4	-	1
>60	3	3	-	-
Sem informação	30	28	-	2
Vive com a vítima				
Sim	3	1	-	2
Não	46	43	-	3
Parentesco com a vítima				
(Ex)Cônjuge/Companheiro(a)	2	1	-	1
Filho(a)/ Genro/Nora	5	3	-	2
Outros Familiares*	2	-	-	2
Sem grau de parentesco	40	40	-	-

\* Os outros familiares referem-se a netos, irmãos, primos, cunhados, tios, sobrinhos e pais.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que a violência psicológica e a violência financeira são os tipos mais frequentes de violência exercida contra as pessoas idosas. Ainda que a maioria dos agressores de pessoas idosas seja do sexo masculino, a proporção de agressoras e de agressores é semelhante no caso da violência psicológica. Com exceção da violência física, a maioria dos agressores não vive com a vítima. Por comparação com os outros tipos de violência, a proporção de atos severos é mais frequente na violência financeira, onde se observa uma proporção mais elevada de agressores jovens e sem grau de parentesco com a vítima. Na maior parte dos casos, a violência financeira e a sexual ocorreram 1-2 vezes no último ano, enquanto a violência psicológica e a física aconteceram mais de 3 vezes. A maioria dos agressores que vive com as vítimas cometeu atos de violência psicológica mais de 11 vezes no último ano.

No estudo coordenado por Alves e realizado junto de pessoas idosas residentes em Braga (Alves et al., 2005), a negligência foi o abuso mais frequente ao longo da vida, seguido da violência psicológica e da financeira, sendo a maioria dos agressores pessoas próximas das vítimas. Atendendo a que o nosso estudo avaliou a violência no último ano e não incluiu a negligência, os resultados também apontam para a maior prevalência da violência psicológica e financeira, mas não confirmam a ideia de que os agressores são maioritariamente familiares que vivem com as vítimas, sobretudo no caso da violência financeira. Outros estudos conduzidos em Portugal (Ribeiro et al., 2003) e no Brasil (Apratto et al., 2010) observaram uma maior prevalência da violência psicológica.

Batanete (2005) concluiu que a violência psicológica é o único tipo de violência exercido predominantemente por mulheres, sendo as vítimas do sexo masculino. No nosso estudo, a violência psicológica é a que regista a maior proporção de agressoras, ainda que as mulheres não sejam a maioria dos agressores psicológicos.

Observamos que a violência praticada no último ano contra pessoas idosas foi, com exceção da violência financeira, maioritariamente ligeira e a severidade foi mais frequente quando o agressor vivia ou era familiar da vítima. Estes dados coadunam-se com os obtidos num estudo no Brasil (Apratto et al., 2010), onde os cônjuges, companheiros ou filhos que

viviam com a vítima idosa tendiam a cometer atos de violência severa, principalmente no que se refere à violência física.

Embora existam poucos estudos que avaliem a cronicidade da violência praticada contra as pessoas idosas, reconhece-se que um aumento no número de vezes que ocorrem atos violentos pode estar associado ao ciclo intergeracional, à desorganização familiar, à utilização crónica de álcool e tabaco, ao stresse e à dependência económica dos agressores (Homer et al. 1990; Minayo, 2003; Rautio et al., 2005; Sousa et al., 2005; Zibelman et al., 2005; Motta, 2009); assim como à existência de um historial de doença crónica, deterioração cognitiva, debilidade intelectual, solidão e falta de suporte afectivo nas vítimas (Chan et al., 2009; Hildreth et al. 2009; Oliveira et al., 2009). A evidência mostra que a eficácia da promoção da saúde nas pessoas idosas passa pela prevenção dos fatores de risco da violência, muitas vezes associados a patologias incapacitantes de evolução prolongada (DGS, 2004).

Este estudo reforça a ideia de que a família não é apenas o lugar privilegiado dos afectos e de realização pessoal, pois também representa um espaço onde as pessoas idosas podem ser vítimas de violência (Dias, 2000), sobretudo física e psicológica. A proximidade entre o agressor e a vítima pode causar na pessoa idosa um maior receio em denunciar a situação, seja por existir uma vinculação de honra, cumplicidade e aparente confiança, seja pelo autoritarismo do agressor (Batanete, 2005; Alves, 2008; APAV, 2008; NCEA, 2008; Faleiro, 2007).

Os programas de apoio e de educação para a saúde destinados às vítimas, mas também aos agressores, são essenciais para prevenir a violência contra as pessoas idosas. A APAV, a CIG e a linha do cidadão idoso são exemplos de entidades nacionais que promovem e desenvolvem este tipo de programas e que estão atentas ao perfil dos agressores (Duarte, 2004).

A APAV é uma instituição de solidariedade social, pessoal e colectiva que tem por missão promover e contribuir para a informação e apoio aos cidadãos vítimas de violência, para além do suporte e integração social, quer dos agressores, quer das vítimas. Esta associação tem promovido a criação de redes de apoio e a formação/educação dos mesmos através de projectos e acções de divulgação da informação, sensibilização pública e debate participativo. A prevenção da violência exige a intervenção e cooperação transversal para aprimorar o empenho e participação da sociedade em geral, pois a efetividade de uma rede

social depende da capacidade de mobilizar instituições e actores sociais para desencadear acções que visem a prevenção de violência (APAV, 2010).

A linha de apoio ao cidadão idoso visa promover o seu bem-estar, protegendo e assegurando as respetivas condições habitacionais, convívio familiar e comunitário e o respeito pela autonomia pessoal, centrando-se na participação activa do idoso na vida cívica e social.

A CIG tem por missão garantir a execução das políticas públicas no âmbito da cidadania e promoção e defesa da igualdade de género. Esta tem sido concretizada por intermédio de sucessivos planos nacionais contra a violência doméstica; e pelo desenvolvimento de uma rede que inclui diversas instituições nacionais e internacionais para tentar dar respostas próximas, rápidas e eficientes junto das vítimas e dos agressores.

A rede social primária ou informal, constituída pelas relações de grande proximidade (podendo incluir familiares, vizinhos e amigos), é fundamental para a coesão de um suporte social e apoio à pessoa idosa enquanto vítima e ao agressor enquanto actor social passível de educação para a saúde e a cidadania (Luís, 2009). A rede social secundária ou profissional é uma rede mais complexa, uma vez que engloba profissionais, instituições e organizações governamentais ou não governamentais, que visam apoiar a prevenção da violência com base numa abordagem informativa, orientadora e justa. A existência de redes de apoio social a pessoas idosas que envolvam recursos da comunidade para implementação de projectos de melhoria habitacional, controlo afectivo, financiamento e apoio de suporte social (amigos e familiares) são fundamentais para assegurar o bem-estar e a melhoria significativa do estado de saúde das vítimas de violência, neste caso das pessoas idosas (Acierno et al., 2010).

Estas redes nacionais têm vindo a promover junto das pessoas idosas a importância da sua autonomia, independência e bem-estar, perspectivando-os como agentes activos de prevenção da doença e da violência. O próprio programa nacional para a saúde das pessoas idosas centra-se no conceito de promoção e educação na saúde na pessoa idosa e apela à multidisciplinaridade, concebendo saúde e bem-estar da pessoa idosa como uma responsabilidade social, individual e colectiva (DGS, 2004). A saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas estão especialmente relacionadas com os seguintes fatores estruturais: as tendências de desenvolvimento e industrialização; as modalidades de vivência do tempo; a qualidade das relações afectivas; o tipo de políticas públicas destinadas à assistência

social e apoios à saúde; e a adopção de comportamentos e estratégias que combatam o mau estar físico e psicológico (Fonseca et al., 2003).

Existe ainda uma rede internacional, a INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse), em parceria com a ONU (Organização das Nações Unidas), que elegeu o dia 15 de junho como o dia mundial de sensibilização e educação da sociedade civil para a luta contra a violência perpetrada contra pessoas idosas, focalizando-se na disseminação de informação acerca das políticas existentes, instituições de apoio e formas de prevenir a violência, desconstruindo a imagem das agressões como uma atitude “normal” junto das pessoas idosas (ONU, 2002). Ao mesmo tempo, serviços e programas de intervenção desenvolvidos no âmbito da habitação, serviço social, reabilitação, saúde e previdência podem contribuir para responder às necessidades das vítimas e dos agressores, esboçando-se como espaços privilegiados de educação para a saúde, em particular de prevenção da violência (Ehrlich e Anetzberger, 1991).

Fox e Benson (2006) também realçam a importância da criação de infraestruturas para responder adequadamente à violência, uma vez que a pobreza ou o desemprego potenciam o stress afectivo e económico e geram sentimentos de ansiedade, preocupação e instabilidade emocional que podem conduzir a conflitos familiares e conjugais. Ehrlich e Anetzberger (1991) acrescentam a necessidade de envolver as instituições de saúde neste processo, sugerindo a criação de protocolos e departamentos de intervenção multidisciplinares que notifiquem casos de violência não reportados pelas pessoas idosas e apoiem as vítimas e os agressores. Estas iniciativas ganham maior relevo num contexto em que se assiste a uma individualização da existência e privatização da felicidade (Pais, 1998: 36) e a uma maior opacidade e indiferença nas relações sociais (Pais, 1998; DGS, 2004).

Subjaz a estas propostas a regulamentação e execução de medidas legislativas e dispositivos legais, o desenvolvimento de uma estratégia concertada de recolha e tratamento de dados, a análise comparativa da violência contra pessoas idosas e o investimento na disseminação de informação sobre esta realidade junto da população. A DGS (2003) realça a educação para a saúde como o instrumento mais importante de prevenção da violência, na medida em que permite consciencializar as pessoas quanto às causas e consequências deste fenómeno, contribuindo para modificar os seus comportamentos e para o desenvolvimento de capacidades para detectar e lidar com atos violentos e prevenir a sua repetição, favorecendo a percepção da violência como um problema social e não pessoal (Duarte, 2004).

Em suma, os programas de educação para a saúde orientados para a prevenção e eliminação da violência contra as pessoas idosas devem focalizar-se nas vítimas, agressores e respectivos familiares, promovendo a melhoria das suas condições clínicas, sociais e psicológicas

## CONCLUSÃO

Os agressores das pessoas idosas que participaram neste estudo têm as seguintes características:

- A maioria é do sexo masculino, mas a proporção de agressores e de agressoras é semelhante na violência psicológica. Observa-se uma proporção mais elevada de agressores com mais de 60 anos, com exceção dos agressores financeiros. Excetuando a violência física, a maioria dos agressores não vive com a vítima. A maior parte dos agressores físicos e psicológicos são parentes da vítima, ao contrário do que se verifica na violência financeira.
- Por comparação com os agressores de violência financeira ligeira, a proporção daqueles que cometem atos de violência financeira severa é mais elevada nas pessoas com menos de 40 anos e mais de 60 anos e sem relação de parentesco com a vítima. A proporção de agressores que perpetram violência física severa e vivem com a vítima é mais elevada do que a registada na violência física ligeira.
- Em todos os casos em que a violência física ocorreu 1-2 vezes, os agressores não viviam nem tinham relação de parentesco com a vítima. A maioria dos agressores psicológicos que vive com as vítimas agrediu mais de 11 vezes no último ano.

A diversidade de perfis dos agressores complexifica a concepção e implementação de programas de educação para a saúde destinados a prevenir a violência contra as pessoas idosas, na medida em que reclama a adequação dos mesmos aos diferentes tipos de violência.



## REFERÊNCIAS

- Abath M, Leal M, Filho D & Marques A (2010). *A violência física contra a pessoa idosa revelada no Serviço Médico-Legal*. Cadernos de Saúde Pública, 26(9): 1797-1806.
- Acierno R, Hernandez MA, Amstadter A, Resnick H, Steve K, Muzzy W & Kilpatrick DG (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 Health, 100(2): 292-297.
- Alarcão M (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Alves C (2008). *Rompendo com o silêncio: Uma breve análise sobre violência familiar contra idosos*; Revista Kaitós 4(1): 81-94.
- Alves J & Sousa M (2005). *Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminary*. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto 15: 303-315.
- Andrade G & Vaitsman J (2002). *Apoio Social e Redes: Conectando Soliedariedade e Saúde*. Ciência & Saúde Colectiva 7(4): 925-934.
- Anetzberger G, Netzberger G, Korbin J & Austin C (1994). *Alcoholism and elder abuse*. Journal of Interpersonal Violence, 9: 184-19.
- Antunes MAF, (2002). *Violência e vítimas em contexto doméstico. Violência e Vítimas de Crime*, Coimbra: Quarteto Editora (1): 43-78.
- Apratto J & Paulo C (2010). *A violência doméstica contra pessoas idosas nas áreas de abrangência do programa saúde da família de Niterói*. Ciência & Saúde Colectiva; 15(6) 2983-2995.
- Araújo LF & Lobo Filho JG (2009). *Análise Psicossocial da Violência contra idosos*, 22(1): 153-159.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2008). *Relatório estatístico de APAV* Disponível em [http://www.apav.pt/portal/pdf/APAV\\_Totais\\_Nacionais\\_2008.pdf](http://www.apav.pt/portal/pdf/APAV_Totais_Nacionais_2008.pdf). Último acesso a 9 de Abril de 2011.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2009). *Relatório estatístico de APAV* Disponível em [http://www.apav.pt/portal/pdf/estatisticas\\_apav\\_2009.pdf](http://www.apav.pt/portal/pdf/estatisticas_apav_2009.pdf). Último acesso a 9 de Abril de 2011.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2010). *A violência doméstica é um fenómeno transversal à sociedade*. Disponível em: [http://www.apav.pt/portal/pdf/Clipping\\_Dezembro2010.pdf](http://www.apav.pt/portal/pdf/Clipping_Dezembro2010.pdf) - Último acesso a 2 de Janeiro de 2011.

Barnett OW & Perrin RD (1997). *Family life Across the Lifespan*. p.54-72.

Barroso M, Patrício Z & Leandro A (2009). *A violência contra mulheres numa perspectiva comparativa (1995-2007)*. Violência e Género – Inquérito Nacional sobre a Violência exercida contra Mulheres e Homens. Lisboa: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género:14-37.

Batanete D (2005). *Violência Doméstica – Fontes de Informação Sociológica*. Disponível em <http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2004007.pdf>. Último acesso em 10 de Abril de 2011.

Benedtti T, Gonçalves L & Mota J (2007). *Uma proposta de Saúde Pública de Actividade Física para Idosos*. Revista da América Latina, 16(3): 387-398.

Bernardo KJC (2006). *Novos laços familiares: O fenómeno da coabitação de gerações e a violência contra pessoas idosa*. Fazendo Género.

Borson S, Scanlan JM, Brush M, Vitallano P & Dokmak A (2000). *The Mini-Cog: A cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly*. International Journal of Geriatric Psychiatry 15 (11): 1021-1027.

Bruschi A, Paula C & Bordin I (2006). *Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida*. Revista de Saúde Pública 40(2): 256-264.

Chan TC, James L, Liu A & Chiu P (2009). *Financial abuse in a mentally incapacitated old man*. Hong Kong Med J 15(3): 213-216.

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (1999). *I Plano Nacional Contra a Violência Doméstica*, Lisboa, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em [http://bdjur.almedina.net/item.php?field=node\\_id&value=608556](http://bdjur.almedina.net/item.php?field=node_id&value=608556). Último acesso a 12 de Fevereiro de 2011.

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2003). *II Plano Nacional Contra a Violência Doméstica*, Lisboa, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em [http://www.centroreinasofia.es/admin/leyes/4/Portugal.II\\_Plan2003-2006.pdf](http://www.centroreinasofia.es/admin/leyes/4/Portugal.II_Plan2003-2006.pdf). Último acesso a 12 de Fevereiro de 2011.

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2007). *III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica*, Lisboa, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em

[http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/PCM/Prop\\_3\\_Plano\\_Contra\\_Violencia\\_Domestica.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/PCM/Prop_3_Plano_Contra_Violencia_Domestica.pdf). Último acesso a 20 de Fevereiro de 2011.

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (2011). *IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica* Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/12/24300/0576305773.pdf>. Último acesso a 5 de Março de 2011.

Conselho Europeu (2002). *El maltrato de las personas de edad: Reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial*. Nações Unidas: Conselho Económico e Social.

Cisler J, Begle A, Strachan M & Amstadter A (2010). Elder mistreatment and physical health among older adults: The South Carolina elder mistreatment study. *American Journal of Geriatric* 23 (4): 461-467.

Coelho P (2005). *Violência Conjugal, Violência Física conjugal nas mulheres que recorrem aos cuidados de saúde primários*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 21(1):343-351.

Cohen L, Davis R, Lee V & Valdovinos E (2010). *Preventing violence and promoting healthy eating and active living*. Prevention Institute.

Cooper C, Selwood A & Livingston G (2008). *The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review*. *Oxford Journals* 37 (2):151-160.

Dias I (2000). *A violência doméstica em Portugal: Contributos para a sua visibilidade*. Disponível em [http://www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR462e00b9864fc\\_1.PDF](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e00b9864fc_1.PDF). Último acesso a 20 de Abril de 2011.

Dias I (2004). *Envelhecimento e Violência contra Idosos*. Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto: 249-273.

Dias M (2009). *Os maus-tratos aos idosos: Abordagem Conceptual e Intervenção Social*. Faculdade de Letras da Universidade do Porto: 5-18.

Direção Geral da Saúde (2003). *Estratégias de combate à violência doméstica – Manual de Recursos*. Lisboa: DGS.

Direção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>. Último acesso a 22 de Julho de 2011.

- Dossi AP, Saliba O, Garbin CA & Garbin AJ (2008). *Epidemiological profile of domestic violence: complaints of aggression filed in a city in São Paulo State, Brasil, from 2001 to 2005*. *Revista de Saúde Pública* 24(8): 1939-1952.
- Duarte V (2004). *Uma reflexão sociológica sobre o impacto da legislação penal portuguesa no crime de violência conjugal*. Disponível em [http://artigocientifico.uol.com.br/uploads/artc\\_1154094288\\_60.pdf](http://artigocientifico.uol.com.br/uploads/artc_1154094288_60.pdf). Último acesso em 20 de Abril de 2011.
- Ehrlich P & Anetzberger G (1991). *Survey of state public health departments on procedures for reporting elder abuse*. *Journal of Public Health* 106(2):151-154.
- Elsner V, Pavan F & Guedes J (2007). *Violência contra o idoso: ignorar ou actuar?* *Revista Ciências do Envelhecimento* 4(2): 46-56.
- Espíndola C & Blay S (2007). *Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática*. *Revista de Saúde Pública* (2)41:301-306.
- Faleiro VP (2007). *Violência contra a pessoa idosa: ocorrência, vítimas e agressores*. Brasília-DF: Universa.
- Fernandes A (2007). *Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001)*. *Análise Social* 12(183): 419-443.
- Fernandes A & Alexandre A (2001). *Velhice, solidariedades familiares e política social*. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36:39-52.
- Fonseca MM & Gonçalves HS (2003). *Violência contra Idoso: suportes legais para a intervenção*. *Cadernos de Psicologia* 7(2):121-128.
- Fox GL & Benson ML (2006). *Household and neighbourhood contexts of intimate partner violence*. *Journal of Public Health* 121(4): 419-27.
- Freitas M & Queiroz T (2007). *Violência contra os idosos: análise documental*. *Revista Brasileira de Enfermagem* 60(3):238-272.
- Gonçalves C (2006). *Idosos: Abuso e Violência*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 22(1): 739-740.
- Gonçalves M (2010). *APAV. Violência contra idosos está a aumentar*. Disponível em <http://www.mundosenior.pt/index.php/noticias/592-apav-violencia-contra-idosos-esta-a-aumentar>. Último acesso a 12 de Maio de 2011.

- Gonçalves RA (2003). *Ofensores Sexuais: Algumas questões em torno da sua caracterização e intervenção*. Psicologia da Sexualidade. Coimbra: Quarteto, 133-146.
- Gondim RMF & Costa LM (2006). *Violência contra o idoso – maturidade e velhice: Pesquisa e intervenções psicológicas*, Psicologia: Reflexão e Crítica, São Paulo, 169-191.
- Graham K & Plant M (2004). *Alcohol, gender and partner aggression: a general population study of British adults*. Addiction Magazine Theory 12(4):385-401.
- Homer AC & Gillear C (1990). *Abuse of elderly people by their carers*. BMJ 301 (6765): 1359-1392.
- Hildreth CJ, Burke AE & Golub RM (2009). *Elder abuse*. JAMA 306(5): 568.
- Instituto Nacional de Estatística Portugal (2002). *O envelhecimento em Portugal - Situação Demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Informação á comunicação social – Destaque. Disponível em [www.scribd.com](http://www.scribd.com). Último acesso a 12 de Maio de 2011.
- Kronbauer J (2004). *Prevalência de violência de género perpetrada por companheiro: estudo de um serviço primário de saúde*. Porto Alegre, 29(2): 1-20.
- Krug EG, Dahlgerg LL, Mercy JA, Zwi AB & Lozano R (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Organização Mundial de Saúde. Genebra; 125-142.
- Kurrie S (2004). *Elder Abuse*. Australian Family Physician. Associação de Medicina Brasileira 33(10): 769-864.
- Leonard K (2005). *Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is contributing cause of violence?* Addiction 100(4): 422-425.
- Lima MCP, Oliveira JB, Simão MO, Cavariani MB, Tucci AM & Kerr-Correa F (2009). *Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e factores associados*. Revista de Saúde Pública Panam 26(6): 494-501.
- Lindert, J, Luna J, Torres-Gonzalez F, Barros H, Loannidi-Kapolou E, Quattrini S, Stankunas M & Soares J (2011). *Study design, sampling and assessment methods of the European study abuse of the elderly in the European region*. Journal of Public Health Advance: 1-5.
- Lopes C (2010). *Violência de armas, violência no género: campo fértil das desigualdades*. Rev. Katál Florianópolis 13(1): 119-125.

- Lowenstein A, Eisikovits Z, Band-Winterstein T & Enosh G (2009). *Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First national Prevalence study*. Journal of Elder Abuse & Neglect 21(3): 253-277.
- Ludemir AB (2008). *Desigualdades de Classe e Género e Saúde Mental nas cidades*. Revista de Saúde Colectiva 18(3): 451-467.
- Luís S (2009). *Mulheres numa casa de abrigo: expectativas e recursos face á violência doméstica*. Estágio de Licenciatura de Sociologia. Universidade Minho.
- Magalhães F (2005a). *A psicologia do sorriso humano*. Edição Fernando Pessoa: 31-40.
- Magalhães T (2005b). *Maus tratos em crianças e jovens*. Guia para Profissional. Quarteto, Coimbra.
- Manita C (2005). *A intervenção em agressores no contexto da violência doméstica em Portugal*, 50-80. Lisboa.
- Mendonça RT, Carvalho ACD, Vieira M & Adorno RCF (2008), *Medicalização de mulheres idosas e interacção com consumo de calmantes*. Saúde e Sociedade 17(2): 95-106.
- Minayo M (2003). *Violência contra idosos: relevância para um velho problema*. Revista de Saúde Pública 19(3):783-791.
- Minayo M (2006). *Violência e Saúde*. Revista Ciência & Saúde 13(2):803-806.
- Miranda R (2001). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- Mouton CP, Rodabough RJ, Rovi S, Brzyski R & Katerndahl D (2010). *Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women*. Annals Family Medicine 8(3):206-213.
- Motta A (2009). *Violência Contra Mulheres Idosas – Questão feminista ou questão de género?* Revista de Saúde Pública , 4(2): 3-18.
- National Center on Elder Abuse at the American Public Human Services Association (1998). *The national Elder Abuse Incidence Study*. Disponível em [http://www.ncea.aoa.gov/Main\\_Site/Library/Statistics\\_Research/National\\_Incident.aspx](http://www.ncea.aoa.gov/Main_Site/Library/Statistics_Research/National_Incident.aspx). Último acesso em 28 de Março de 2010.
- O'Keefe M, Manthorpe J, Biggs S, McCreadie C, Tinker A, Hills A, Doyle M, Constantine R, Scholes S & Erens B (2007). *The U.K national Study of abuse and neglect among older people*. Nurs Older People 19(8): 24-26.

- Oliveira AR & Oliveira AFD (2008). *Gender –Violence against the female nursing staff of a Brazilian hospital in São Paulo City*. Revista de Saúde Pública 42(5):868-876.
- Oliveira JB, Lima MC, Simão MO, Tucci AM & Kerr-Correa F (2009). *Violência entre parceiros íntimos e álcool: prevalência e factores associados*. Revista de Saúde Pública 26(6): 494-501.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial de Saúde*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>. Último acesso a 28 de Março de 2010.
- Organização das Nações Unidas (2002). *Relatório do trabalho de grupo de violência contra a mulher*. Viena: Organização das Nações Unidas.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Organização Americana de Saúde.
- Pais E (1998). *Homicídio conjugal em Portugal. Rupturas Violentas da Conjugalidade*. Lisboa: Hugin.
- Pasitano M, Camaro A & Machado L (2004). *Idosos vítimas de maus-tratos domésticos. Estudo exploratório das informações dos serviços de denúncia*. IPEA: Rio de Janeiro.
- Phua DH & Seow E (2008). *Epidemiology of suspected elderly mistreatment in Singapore*. Singapore Med J 49(10): 765-773.
- Pillemer K (1993). *The abuse offspring are dependent. Abuse is caused by the deviance and dependence of abusive caregivers*; Gerontologist, 45-52.
- Pillemer K & Finkelhor D (1988). *A prevalência de abuso de idosos: uma amostra aleatória de pesquisa*. Gerontologist 28(1):51-57.
- Pursley HG, Kwolek DS & Wilson JF (2002). *Women's health issues and resident is knowledge*. J. Ky Med Assoc. 100(2): 238-244.
- Rabelo I & Araújo M (2008). *Violência de género na perspectiva da saúde mental*. Revista de Psicologia da Unesp 7(1):123-132.
- Ramos E, Lopes C & Barros H (2004). *Investigating the effect of nonparticipation using a population based case-control study on myocardial infarction*. Ann Epidemiology 14(6): 437-431.
- Rautio N, Heikkinen E & Ebhram S (2005). *Sócio Economic Position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyvaskla, Finland: Five-and ten-year follow-up studies*. Social Science and Medicine 60(1): 2405-2416.

- Ribeiral L (2003). *Vítimas mais conscientes dos seus direitos*. Disponível em [http://tsf.sapo.pt/online/vida/interior.asp?id\\_artigo=tsf\\_134898](http://tsf.sapo.pt/online/vida/interior.asp?id_artigo=tsf_134898) . Último acesso em 1 de Junho de 2011.
- Salari S (2007). *Patterns of intimate partner homicide suicide in later life: Strategies for prevention*. Clin Interv Aging 2(3): 441-452.
- Sanches A, Lebrão M & Duarte Y (2008). *Violência Contra Idosos: uma questão nova?* Saúde e Sociedade. São Paulo 17 (3): 90-100.
- Santos J, Garlet E, Figueira R, Lima S & Prochonow A (2008). *Accidents and violence: characteristics of the medical cares in the emergency room in university hospital*. Revista de Saúde e Sociedade 17(13):211-218.
- Schraiber LB, D'Oliveira AF, Júnior IF & Pinho AA (2002). *Violence against women: a study in a primary healthcare unit*. Revista de Saúde Pública 36(4): 470-477.
- Schraiber L, Oliveira A & Couto MT (2006). *Violence and health: Recent scientific studies*. Revista de Saúde Pública 40(2):112-120.
- Serra N (2005). *Eu não tenho mais querer – Violência Simbólica contra idosos*. Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas, Universidade do Porto: 25-48.
- Sousa J, Santos C, Silva S & Leandro D (2005). *Violência Contra o idoso na Paraíba uma realidade mascarada*. Encontro Latino Americano de Iniciação.
- Souza E, Ribeiro A, Penna L, Ferreira A, Santos N & Tavares C (2009). *Domestic violence in the conception of health professionals trainees*, Ciências & Saúde 14(5): 1709-1719.
- Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S & Sugarman DB (1996). *The revised conflict tactics scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data*. Journal of Family Issues 17(3): 283-316.
- Vasconcelos C, Reginaldo P & Nazaré O (2009). *Contextos e determinantes da violência intrafamiliar contra idosos*. Transtorno social e sustentabilidade ambiental, Saúde Coletiva, 22-29.
- Vicente A (2002). *Os poderes das mulheres, os poderes dos homens*. Lisboa: Gótica.
- Yan ECW & Tang CSK (2004). *Elder Abuse by Caregivers: a study of prevalence and risk factors in Hong Kong chinese families*. Journal Family Violence 19(5): 269-277.
- Zilberman M & Blume S (2005). *Violência Doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas*. Revista Brasileira de Psiquiatria 27(2): 51-55.



## Documentação jurídica

Código Penal, disponível para download em <http://www.verbojuridico.com/>. Último acesso a 11 de Outubro de 2011.

Lei nº 61/91, de 13 de Agosto. *Diário da República*, 1ª série A, nº185:4100.

Lei nº 64/91, de 13 de Agosto. *Diário da República*, 1ª série A, nº185:4104.

Lei nº 423/91, de 30 de Outubro. *Diário da República*, 1ª série A, nº250:5576-5581.

Lei nº 4/93, de 22 de Fevereiro. *Diário da República*, 1ª série B, nº44:737-739.

Lei nº 10/97, de 12 de Maio. *Diário da República*, 1ª série A, nº57:1038.

Lei nº 246/98, de 11 de Julho. *Diário da República*, 1ª série A, nº184:3876-3878.

Lei nº 31/99, de 14 de Abril. *Diário da República*, 1ª série A, nº87:1988.

Lei nº 55/99, de 15 de Junho. *Diário da República*, 1ª série B, nº 137:7375.

Lei nº 136/99, de 28 de Agosto. *Diário da República*, 1ª série A, nº201:5949.

Lei nº 147/99, de 1 de Setembro. *Diário da República*, 1ª série A, nº204:6115.

Lei nº 7/00, de 26 de Janeiro. *Diário da República*, 1ª série A, nº21:926.

Lei nº 16/00, de 6 de Março. *Diário da República*, 1ª série A, nº55:1026.

Lei nº 17/00, de 22 de Maio. *Diário da República*, 2ª série, nº 118:4538.

Lei nº 323/00, de 19 de Dezembro. *Diário da República*, 2ª série, nº291:7375-7377.

Lei nº 1/01, de 6 de Janeiro. *Diário da República*, 1ª série B nº 5:1025.

Lei nº 88/03, de 7 de Julho. *Diário da República*, 1ª série B, nº154:3866.

Lei nº 190/03, de 23 de Agosto. *Diário da República*, 1ª série A, nº193:5411.

Lei nº 62/04, de 22 de Março. *Diário da República*, 1ª série A, nº69:2670.

Lei nº 45/04, de 19 de Agosto. *Diário da República*, 1ª série A, nº195:5362.

Lei nº 232/05, de 29 de Dezembro. *Diário da República*, 1ª série A, nº249:7319-7323.

Lei nº 17/06, de 27 de Janeiro. *Diário da República*, 1ª série B, nº20:651.

Lei nº 17/07, de 26 de Abril. *Diário da República*, 1ª série A, nº81:561.

Lei nº 201/07 de 24 de Maio. *Diário da República*, 1ª série A, nº100:3422.

Lei nº 83/07, de 22 de Junho. *Diário da República*, 1ª série A, nº119:3987.

Lei nº 59/07, de 4 de Setembro. *Diário da República*, 1ª série A, nº170:6181-6258.

Lei nº 112/09, de 16 de Setembro. *Diário da República*, 1ª série A, nº95: 3107-3118.

Lei nº 120/10, de 27 de Outubro. *Diário da República*, 1ª série A, nº209:4885.

Lei nº 100/10 de 17 de Dezembro de 2010 *Diário da República*, 1ª série A, nº5763.