

# PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA AS PESSOAS IDOSAS

## Uma revisão crítica da literatura

*Ana João Santos*

Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal

*Rita Nicolau*

Direção-Geral do Território, Lisboa, Portugal

*Ana Alexandre Fernandes*

Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, UTL e CESNOVA, UNL, Lisboa, Portugal

*Ana Paula Gil*

Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Lisboa, Portugal

### Introdução

A violência contra as pessoas idosas representa uma violação grave dos direitos humanos (WHO, 2002a), e ocasiona custos elevados (WHO, 2004), sejam eles de natureza social, individual ou económica, sejam os sujeitos vítimas de violência ou meras testemunhas (Krug *et al.*, 2002).

O aumento da violência nas suas diferentes formas tem vindo a ser reconhecido por várias organizações internacionais como um dos mais graves *problemas de saúde pública* no emergir do século XXI. A maioria destas organizações tem vindo, assim, a dar prioridade ao fenómeno nas suas agendas políticas, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO), a Comissão Europeia (CE) e a Organização das Nações Unidas (ONU/UN).

Em 1996 este reconhecimento é expresso nas intenções e recomendações produzidas na sequência da 49.<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde, sob a epígrafe “Prevention of violence: a public health priority” (WHO, 1996). Em 2002, no relatório mundial sobre a violência e a saúde, a OMS conclui: “A violência constitui um dos principais problemas de saúde pública no mundo” e é importante “fazer da violência uma prioridade de investigação na saúde pública” (WHO, 2002b: xv). Deste modo, a OMS reconheceu a necessidade de desenhar uma estratégia global para a prevenção dos maus-tratos às pessoas idosas, na qual foram definidas três grandes áreas: *negligência* (isolamento, abandono e exclusão social), *violação de direitos* (humanos, legais e médicos) e *privação de direitos* (tomada de decisões, situação social, gestão económica e de respeito) (WHO, 2002b).

A problemática da violência contra as pessoas idosas ganha maior visibilidade social também pelo envelhecimento demográfico que caracteriza a sociedade atual. O número de indivíduos com idade superior a 65 anos tem vindo a aumentar na generalidade dos países e na Europa em particular. Em 2009, a mediana das idades da população europeia era de 40,6 anos, mas as projeções apontam para que se atinja os 47,9 anos em 2060, consequência também da redução das categorias mais jovens (Eurostat, 2008; 2010). De acordo com a OMS (WHO, 2008), entre 2006 e 2050

a população idosa corresponderá a cerca de 22% da população mundial e cerca de 20% desta terá uma idade superior a 80 anos.

No caso de Portugal, a população com 65 ou mais anos residente estimada, em 2009, representava 17,9% da população portuguesa. Entre 2004 e 2009 a proporção de jovens decresceu de 15,6% para 15,2% da população residente total, constata-se um aumento do peso das pessoas idosas de 17,0% para 17,9% (Carrilho e Patrício, 2010). De acordo com as projeções demográficas do INE, até 2060, a percentagem de jovens no total da população diminuirá para 11,9%, aumentando para 32,3% a proporção de idosos.

Neste contexto é necessário que as sociedades se adequem a um perfil demográfico diferente, com múltiplas necessidades, onde emerge a vulnerabilidade associada ao envelhecimento e a necessidade de criar dispositivos capazes de defender e proteger as populações mais velhas e mais frágeis. A questão da maior fragilidade física e mental remete para o problema da incapacidade funcional, que surge muitas vezes associada à idade, originada por uma ou várias doenças crónicas, ou reflexo da perda das funções fisiológicas, atribuível ao processo de senescência (Manton *et al.*, 1997, cit. por Marín e Casasnovas, 2001: 25). Além disso, a maior prevalência da incapacidade severa ocorre em grupos etários com mais de 75 anos e atinge em maior proporção o grupo das mulheres (Gil, 2010).

Em Portugal, o fator que pode contribuir para aumentar a vulnerabilidade da população idosa face às situações de violência é o facto de este ser um dos países da UE onde existe uma maior proporção de pessoas com 75 e mais anos (não institucionalizadas) a coabitar com outros que não um cônjuge, nomeadamente familiares diretos, por afinidade ou ainda pessoas sem laço familiar (*e.g.*, cuidadores remunerados, hóspedes) (Gaymu *et al.*, 2008). A coabitação, provavelmente relacionada com o baixo nível das pensões de reforma, a feminização do envelhecimento e o isolamento social concorrem enquanto fatores de risco de violência. De acordo com Gaymu e colaboradores (2008), o modo como se vive na velhice constitui um potencial determinante do bem-estar e autonomia, e pode evitar ou potenciar a ocorrência de violência.

O presente artigo teve por principal objetivo a revisão dos estudos de prevalência sobre a violência contra as pessoas idosas, desenvolvidos nas três últimas décadas, tanto ao nível internacional como nacional, centrados no contexto familiar. O conhecimento da dimensão do problema, a par do conhecimento da sua dinâmica (condições, especificidades em que ocorre e razões subjetivas associadas) passou a ser indispensável para um adequado planeamento de ações que visem assegurar um envelhecimento mais saudável e seguro.

### Âmbito do estudo e metodologia

Nesta revisão adotou-se uma perspetiva crítica maioritariamente centrada nos conceitos operatórios, nos métodos utilizados e nos resultados. Pretendeu-se conhecer não só a expressão quantitativa do fenómeno nos vários países onde foram realizados inquéritos de base populacional, mas também as orientações concetuais e metodológicas que fundamentaram tais estudos.

A identificação de estudos de interesse consistiu numa revisão sistemática da literatura a partir de publicações nas três últimas décadas. O acesso a várias bases de dados internacionais constituiu o principal meio de pesquisa, tendo como recurso as seguintes palavras-chave da temática, em inglês e em português: *estudos de prevalência, pessoas idosas e contexto familiar*.

Do total de estudos inventariados, excluíram-se os estudos meramente descritivos, os estudos qualitativos e os quantitativos baseados em amostras de conveniência, bem como os que não documentam os instrumentos de recolha de dados e/ou a análise de dados efetuada. Também foram considerados fora do âmbito do presente trabalho estudos que contemplaram pessoas idosas institucionalizadas. Deste modo, os critérios adotados na seleção dos estudos foram: a utilização de amostras representativas das populações visadas; a documentação dos métodos e instrumentos de recolha de dados e a análise estatística dos dados recolhidos. Os critérios referidos conduziram à seleção de 17 estudos, sintetizados no quadro 1.

### **Prevalência da violência contra as pessoas idosas: o estado da arte**

#### *Concetualização dos tipos de violência*

No quadro das ciências sociais e humanas, a década de 90 caracterizou-se por diferentes etapas no estudo da violência contra as pessoas idosas. Na primeira fase, os estudos desenvolvidos tiveram como principal preocupação a concetualização da violência, pela dificuldade que revestia a medição do fenómeno. A ausência de consenso marcou esta primeira fase e repercutiu-se no próprio conhecimento que se poderia ter do problema.

Neste âmbito veja-se a definição de violência formulada por três diferentes organizações. A OMS define a violência contra as pessoas idosas como: “um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma pessoa mais velha” (WHO, 2002c: 3). A ONU definiu, por sua vez, a violência como “todo o ato violento de natureza tal que acarrete, ou corra o risco de acarretar, um prejuízo físico, sexual ou psicológico; pode tratar-se de ameaças, negligência, exploração, constrangimento, privação arbitraria da liberdade, tanto no âmbito vida pública como privada” (ONU, 2002, cit. em Sénat, 2003: 18). Já a definição avançada pela 2.<sup>a</sup> Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, promovida pela ONU em 2002, assemelha-se à adotada pela OMS: “qualquer ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada que ocorra em qualquer relação, supostamente de confiança, que cause dano ou angústia, a uma pessoa de idade” (WHO, 2002c: 3). As três definições propostas assentam em pressupostos comuns: *um ato ou conduta*, variável de acordo com a sua natureza e tipo, *uma relação interpessoal de confiança* e uma *consequência* que provoca um efeito, traduzido num dano físico e/ou mental.

A definição adotada pela OMS (WHO, 2002c) — desenvolvida inicialmente pela organização Action on Elder Abuse (AEA, 1995) — parece ser uma das mais reconhecidas na literatura especializada, bem como das mais adotadas pelos movimentos

políticos e organizações não governamentais (Biggs e Haapala, 2010). Apesar de esta definição ter alcançado grande popularidade por englobar várias dimensões do problema, alguns aspetos são alvo de crítica, nomeadamente a sua difícil operacionalização, devido à inclusão de elementos subjetivos, como a expectativa de confiança e “mal ou aflição” (*id.*, *ibid.*).

A uma primeira fase de concetualização sucedeu uma segunda fase, em que se tipificam diferentes formas de violência: financeira, física, psicológica, sexual e a negligência (Podnieks, 1992, cit. por Gil, 2010). Baseando-se numa revisão sobre a literatura, um documento da OMS sobre a “medição” do fenómeno considera cinco principais formas de violência contra as pessoas idosas (Perel-Levin, 2008: 6):

- a *violência física* é definida como o conjunto de ações levadas a cabo com intenção de causar dor física ou ferimentos ao idoso, da qual são exemplos, entre outros, as punições físicas (bater, esbofetear), empurrar, atirar um objeto e sub ou sobremedicar;
- a *violência psicológica, emocional e/ou verbal* descreve todas as ações que infligem sofrimento, angústia ou aflição, através de estratégias verbais ou não verbais, como são exemplo as ameaças, a humilhação, a intimidação e a manipulação, entre outros;
- a *violência sexual* refere-se ao envolvimento da pessoa idosa em atividades sexuais para as quais não deu consentimento, que não quer e/ou cujo significado não compreende, tais como a intimidade não consentida, o assédio sexual ou a violação, entre outros;
- a *violência económica ou financeira* inclui o uso ilegal ou inapropriado, por parte de cuidadores e/ou familiares, de bens, fundos ou propriedades da pessoa idosa, de que são exemplo, entre outras atividades, o roubo, a venda de propriedades ou a transferência de dinheiro sem o consentimento do proprietário;
- a *negligência* constitui outra dimensão da violência, que compreende a recusa, omissão ou ineficácia na prestação de cuidados, obrigações ou deveres à pessoa idosa, e inclui, entre outros exemplos, a recusa/omissão de alimentação, recusa/omissão de suporte material e emocional e a negligência a nível dos cuidados de higiene e de saúde.

Considerando a intencionalidade das condutas, a negligência pode ainda ser dividida em dois tipos: a ativa (através da negação ou fracasso intencional no cumprimento das ações necessárias ao bem-estar da pessoa) e a passiva (que difere da primeira pelo facto de não ser consciente ou intencional) (Wolf *et al.*, 1989, cit. por Dias, 2004).

Centrada na temática da *sauúde* e dos cuidados de longa duração a Comissão Europeia, com base no Eurobarometer (2007), promoveu um inquérito nos estados-membros para analisar as perceções da população europeia relativamente aos cuidados a prestar à população idosa a longo prazo. Um dos objetivos deste inquérito foi o de identificar as formas de violência e abuso a que a população idosa está sujeita em situação de maior vulnerabilidade.

Este inquérito revelou que perto de metade dos europeus considera os maus-tratos, a negligência e a violência contra as pessoas idosas como um problema

comum nos seus países (47%) (CE, 2008: 5), embora ligeiramente menos representativo em Portugal (43%). Esta percentagem aumenta quando as pessoas idosas revelam limitações funcionais severas (56%), necessidade de cuidados de longa duração (54%), ou quando os entrevistados passaram por experiências de cuidados a familiares (54%) ou possuem familiares a residir em lares de idosos (54%) (Eurobarometer, 2007: 108).

Mais de 65% dos europeus consideram que as pessoas idosas dependentes são vítimas de negligência física, abuso dos seus bens, ou recebem cuidados inadequados. A maioria dos europeus entende que este grupo corre risco de violência psicológica ou física (64% e 52%, respetivamente) e um terço admite que as pessoas idosas dependentes possam ser potenciais vítimas de agressão sexual e de violação (*id.*, *ibid.*: 109).

A imagem enegrecida desenhada pela opinião pública ao longo da Europa, a crescente preocupação social que hoje as sociedades revelam no conhecimento do número de pessoas idosas que são alvo de violência e as perceções públicas sobre a sua natureza e extensão não vão ao encontro das estimativas reduzidas obtidas através dos estudos de prevalência internacionais.

Neste contexto Biggs e Haapala (2010) consideram que se, por um lado, a maior visibilidade que o problema da violência tem adquirido nas sociedades contemporâneas tem gerado expectativas públicas sobre o conhecimento do número de pessoas idosas que são vítimas de violência, por outro lado, esta maior visibilidade não é proporcional ao desenvolvimento concetual do fenómeno. A ambiguidade entre as perceções sociais face ao problema por parte da população em geral e os números reais obtidos através dos vários estudos europeus de prevalência tem revelado algum desfasamento, que poderá ser explicado pelo ceticismo face ao papel da família no apoio aos mais velhos. Esta contradição entre o plano das representações sociais e os estudos efetuados poderá também ser explicada pelas mutações que estão a ocorrer ao nível das estruturas familiares nas sociedades contemporâneas (Walker, 1993), refletindo-se nas práticas e nas dinâmicas familiares e sociais.

#### *Enquadramento teórico-concetual nos estudos de prevalência*

A maioria dos 17 estudos revistos apresentam alguma fragilidade teórico-concetual inerente ao fenómeno para o qual se propõem estimar a prevalência, tal com é demonstrado nos pontos seguintes (Chokkanathan e Lee, 2005; Garre-Olmo *et al.*, 2009; Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009; Marmolejo, 2008; Naughton *et al.*, 2010; Oh *et al.*, 2006; Pillemer e Finkelhor, 1988; Soares *et al.*, 2010). Todavia e ainda que não avancem com um modelo explicativo específico, a violência contra as pessoas idosas é, comumente, delimitada no quadro da violência doméstica ou da violência interpessoal. Neste sentido, o foco no contexto onde esta ocorre (“doméstico ou familiar”) e na existência de um relacionamento (de confiança) interpessoal prévio entre vítima e agressor reflete, do ponto de vista dos autores, uma dimensão específica da violência doméstica (Garre-Olmo *et al.*, 2009; Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009; Marmolejo, 2008; Naughton *et al.*, 2010; Podnieks, 1993).

Alguns autores optam por avançar apenas com uma definição geral do fenómeno e desenvolver definições operacionais para os diferentes tipos de violência que foram avaliados (Comijs *et al.*, 1998; Ogg e Bennett, 1992; O’Keeffe *et al.*, 2007; Yan e Tang, 2004).

Os estudos de prevalência mais recentes utilizam a definição, suprarreferida, da Organização Mundial de Saúde, que operacionalizam de forma diferente (Chokkanathan e Lee, 2005; Naughton *et al.*, 2010; O’Keeffe *et al.*, 2007; Garre-Olmo *et al.*, 2009; Luoma *et al.*, 2011; Soares *et al.*, 2010).

Dos 17 estudos de prevalência incluídos nesta revisão apenas dois se posicionam teoricamente (Laumann, Leitsch e Waite, 2008; Luoma *et al.*, 2011). Laumann e colaboradores (2008) utilizam a *abordagem interpessoal* para caracterizar a problemática, que se centra mais na relação entre a vítima e o agressor e menos nos aspetos sociais. A violência contra as pessoas idosas é percebida na sua etiologia como decorrendo da crescente incapacidade física ou mental da pessoa idosa, da sua dependência face ao cuidador e do stress inerente ao ato de cuidar.

Luoma e colaboradores (2011) fazem, por sua vez, referência ao modelo socioecológico. Este modelo agrega não só os aspetos individuais, mas também sociossituacionais e sociais, sendo a violência um produto da interação entre as determinantes individuais da vítima e do agressor, que por sua vez são moldadas pelas condições sociais e pela estrutura social.

Em suma, na revisão dos estudos selecionados identificou-se uma fragilidade teórico-concetual, transversal à maioria dos estudos de prevalência. Ainda que os mesmos apresentem definições operacionais, estas não são enquadradas num modelo de análise global que oriente as metodologias adotadas e os instrumentos utilizados para medir a violência.

Neste âmbito e na nossa perspetiva, o modelo socioecológico possibilita uma abordagem teórica multifatorial e compatível com a complexidade do problema em análise. De acordo com este modelo a violência resulta da interação conjunta de variáveis em três diferentes níveis: *individual*, *social* e *estrutural* (Sev’er, 2009). Os determinantes individuais da vítima e do agressor constituem fatores de risco que são moldados, por sua vez, pelas condições sociais e pela estrutura social. As características pessoais associadas às condições contextuais são suscetíveis de desencadear situações de violência ou de não violência. No entanto, o modelo não é determinístico nem causal, pois, por um lado, se as condições sociais podem acelerar/aumentar as probabilidades de ocorrência da violência, por outro, as características estruturais podem fornecer uma arena onde a violência é mais ou menos provável (por exemplo, ao nível das políticas de proteção à pessoa idosa), influenciando as condições sociais de contexto. Assim, a violência é vista como um produto da interação (em ambos os sentidos) destes três níveis, em conjunto.

Dada a premência que hoje existe de conhecer o problema da violência contra as pessoas idosas, no quadro do envelhecimento demográfico, será importante que os estudos de prevalência permitam estimar a dimensão do problema na população, bem como desenvolver enquadramentos teórico-concetuais que sustentem os desenhos e metodologias adotadas e possibilitem uma leitura interpretativa das estimativas obtidas.

### *Desenhos de investigação*

A revisão dos 17 estudos de prevalência selecionados revelou múltiplas diferenças entre estes, que vão desde a concetualização do fenómeno até à sua operacionalização. Estes vários aspetos que, desde logo, condicionam a comparação das prevalências, referem-se ao âmbito geográfico, à população alvo, às categorias de agressores, às definições operacionais, aos instrumentos de recolha de dados e aos métodos de amostragem e de análise dos dados.

Relativamente ao “âmbito geográfico”, identificaram-se três tipos de estudos: os de âmbito nacional, regional e os estudos transnacionais. No primeiro tipo, as estimativas de prevalência são representativas da população idosa de cada país em estudo (Ogg e Bennett, 1992; Podnieks, 1993; Grande *et al.*, 1999; O’Keeffe *et al.*, 2007; Marmolejo, 2008; Laumann, Leitsch e Waite, 2008; Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009; Naughton *et al.*, 2010; Acierno *et al.*, 2010). No segundo tipo tais estimativas são representativas da população idosa de uma área geográfica mais restrita; uma ou mais regiões/zonas de um país (Pillemer e Finkelhor, 1988; Comijs *et al.*, 1998; Yan e Tang, 2004; Chokkanathan e Lee, 2005; Oh *et al.*, 2006; Garre-Olmo *et al.*, 2009). Os estudos transnacionais foram desenvolvidos em vários países, sendo as estimativas representativas da população idosa de uma cidade em cada um dos países (Soares *et al.*, 2010) ou dos vários países incluídos (Luoma *et al.*, 2011).

A definição da “população alvo”, em termos de faixa etária, também não é unânime. Os estudos de prevalência têm sido direcionados, na sua maioria, para indivíduos com 60 ou mais anos de idade ou para indivíduos com 65 ou mais anos (Podnieks, 1993; Pillemer e Finkelhor, 1988; Grande *et al.*, 1999; Oh *et al.*, 2006; Chokkanathan e Lee, 2005; Marmolejo, 2008; Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009; Naughton *et al.*, 2010), muito embora se tenha constatado a existência de investigações dirigidas a grupos etários distintos, designadamente 57 ou mais anos (Laumann, Leitsch e Waite, 2008), 69 ou mais anos (Comijs *et al.*, 1998) e 75 ou mais anos (Garre-Olmo *et al.*, 2009).

Os estudos consideram ainda diferentes “categorias de agressores”. Alguns dos estudos revistos (Ogg e Bennett, 1992; O’Keeffe *et al.*, 2007; Naughton *et al.*, 2010) só contemplam agressores conhecidos da vítima ou do seu círculo de relações mais próximas (familiares, vizinhos, prestadores de cuidados, entre outros). Outros procuraram identificar a violência cometida por qualquer tipo de agressor (Pillemer e Finkelhor, 1988; Podnieks, 1993; Comijs *et al.*, 1998; Chokkanathan e Lee, 2005; Soares *et al.*, 2010).

São várias as “definições operacionais de violência” encontradas nos diversos estudos, e nestes nem as definições concetuais são consensuais, nem as dimensões e os tipos de violência são comuns. Das várias definições existentes, uma das mais reconhecidas e adotada é a da OMS (cf. *Concetualização dos tipos de violência, supra*). No entanto, a forma como tem sido operacionalizada não tem sido uniforme entre os vários estudos.

Dos estudos revistos a maioria opta pela “construção de questionários próprios” (Ogg e Bennett, 1992; Grande *et al.*, 1999; Oh *et al.*, 2006; O’Keeffe *et al.*, 2007; Marmolejo, 2008) ou pela adaptação de escalas já testadas e validadas por terceiros,

a par de questões originais (Pillemer e Finkelhor, 1988; Podnieks, 1993; Comijs *et al.*, 1998; Yan e Tang, 2004; Chokkanathan e Lee, 2005; Laumann, Leitsch e Waite, 2008; Garre-Olmo *et al.*, 2009; Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009; Soares *et al.*, 2010; Luoma *et al.*, 2011).

O instrumento mais frequentemente utilizado na detecção de atos de violência contra as pessoas idosas foram as Revised Conflict Tatic Scales, também conhecidas como CTS2 (Straus *et al.*, 1996).<sup>1</sup> Inicialmente desenvolvido para despistar violência conjugal, este instrumento foi posteriormente adaptado ao contexto da violência contra as pessoas idosas. As CTS2 avaliam um total de 39 comportamentos, explicitados em itens individuais que englobam cinco categorias: racionalização e negociação (6 itens), agressão psicológica (8 itens), agressão física (12 itens), coerção sexual (7 itens) e consequências/ferimentos físicos (6 itens). Cada um dos comportamentos/itens é ainda classificado de acordo com o seu grau de severidade. Cerca de metade dos estudos revistos aplicaram questionários que incluíam itens das CTS2 ou adaptações destes (Pillemer e Finkelhor, 1988; Podnieks, 1993; Comijs *et al.*, 1998; Yan e Tang, 2004; Chokkanathan e Lee, 2005; Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009; Soares *et al.*, 2010; Luoma *et al.*, 2011).

Outros estudos desenvolvem os seus próprios questionários com o objetivo de medir a ocorrência e a frequência de condutas de violência. Ou seja, as pessoas são questionadas diretamente sobre o facto de terem ou não experienciado determinados comportamentos ou ações por parte dos seus familiares, cuidadores ou outras pessoas. Neste caso, uma resposta positiva a um item corresponde à ocorrência de violência. Comparativamente aos estudos anteriormente citados, as escalas são medidas mais conservadoras, visto que fornecem um índice geral — obtido a partir dos vários itens que as constituem — que indica a ocorrência da violência. Neste sentido, os questionários podem levar a uma sobrerreferenciação do fenómeno, sobretudo no caso da violência psicológica ou da negligência. Ainda que comportamentos como bater, morder ou roubar sejam inequivocamente formas de violência, será mais difícil dizer o mesmo sobre o ato de “berrar” (Fulmer *et al.*, 2004). Por outro lado, as escalas são também instrumentos que podem diminuir a sensibilidade a variações individuais nas respostas (*id.*, *ibid.*). Para além disso, quando utilizadas fora do contexto onde foram desenvolvidas e avaliadas, devem ser utilizadas com alguma precaução, sobretudo no caso da adaptação transcultural, o que nem sempre se verifica nos estudos revistos.

De modo a superar o risco da sobrerreferenciação, Pillemer e Finkelhor (1988) sugerem a adoção de critérios para a definição de caso. Estes autores não utilizam uma escala para medir a violência, mas desenvolvem uma tipologia de condutas a que correspondem diversos tipos de violência. Para isso estabelecem critérios de modo a delimitar a possível sobrerreferenciação que o questionamento das condutas específicas pode implicar. Assim, a ocorrência de negligência e de violência

---

1 As outras escalas utilizadas foram o Screen for Various Types of Abuse and Neglect, proposto pela American Medical Association (AMA, 1992), o Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test — H-S/EAST (Hwalek e Sengstock, 1986) e a Vulnerability to Abuse Screening Scale — VASS (Schofield e Mishra, 2003).

psicológica, emocional e/ou verbal só é mensurável se os atos correspondentes tiverem sido cometidos pelo menos dez vezes ao longo de um ano. Ou seja, apenas se considera que um indivíduo é vítima de violência psicológica se o ato ou atos respondidos positivamente tiverem ocorrido pelo menos dez vezes nos últimos doze meses. Na avaliação da violência física, financeira e sexual, o mesmo autor considera mensuráveis atos que tenham ocorrido pelo menos uma vez ao longo de um ano.

Por último, no que se refere aos instrumentos de recolha de dados, é também de notar que mesmo os “períodos de referência” (horizontes temporais) para a ocorrência de violência são diferentes de estudo para estudo e, ainda que os “últimos 12 meses” prevaleçam, podemos também encontrar outros períodos de referência: últimos três meses, últimos quatro anos ou desde que o indivíduo completou 60 ou 65 anos (cf. quadro 1).

Os estudos empregam ainda diferentes “métodos de recolha de dados”, privilegiando a aplicação presencial (Ogg e Bennett, 1992; Comijs *et al.*, 1998; Oh *et al.*, 2006; Yan e Tang, 2004; Chokkanathan e Lee, 2005; O’Keeffe *et al.*, 2007; Marmolejo, 2008; Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009; Garre-Olmo *et al.*, 2009; Soares *et al.*, 2010), em detrimento da administração telefónica dos instrumentos (Pillemer e Finkelhor, 1988; Podnieks, 1993; Grande *et al.*, 1999; Acierno *et al.*, 2010; Naughton *et al.*, 2010). Alguns estudos subdividem os questionários em duas partes — uma destinada à administração presencial e outra destinada à autoadministração — e outros ainda optam pela combinação de vários métodos de recolha de dados (Lauermann, Leitsch e Waite, 2008).

Os diferentes métodos de recolha de dados apresentam vantagens e desvantagens, que devem ser consideradas de acordo com os objetivos dos inquéritos de prevalência. No caso de inquéritos à população em geral sobre temas sensíveis (por exemplo, violência, crimes e consumo de estupefacientes), os inquéritos por telefone têm vindo atualmente a ser cada vez mais utilizados em detrimento dos métodos postal e presencial (McGee *et al.*, 2002; UNODC, 2010).

No que se refere aos custos e recursos, o método postal é o menos dispendioso, mas também aquele que maior número de não respostas parece gerar, a par dos problemas com a representatividade da amostra (McGee *et al.*, 2002; UNODC, 2010). Em contrapartida, as entrevistas por telefone implicam mais custos que o método postal e menos custos que as entrevistas face a face (*id.*, *ibid.*). A segurança do entrevistador e a sua supervisão são também dois aspetos que poderão aumentar a vantagem da utilização de inquéritos por telefone (*id.*, *ibid.*). As entrevistas face a face apresentam vantagens em relação ao número e à complexidade das questões, bem como ao tempo de condução das entrevistas, aspetos que têm de ser mais cuidadosamente considerados nas entrevistas por telefone para garantir a compreensão da pergunta e conter a fadiga tanto do entrevistado como do entrevistador (*id.*, *ibid.*). No entanto, nas entrevistas face a face a relutância das pessoas em permitir que um estranho, mesmo com credenciais, entre no seu domicílio (*id.*, *ibid.*) é também considerada uma desvantagem.

No que concerne à taxa de não resposta, nos 17 estudos revistos torna-se difícil uma comparação exata, visto que quatro dos estudos não apresentaram taxas de não respostas (Grande *et al.*, 1999; Marmolejo, 2008; Podnieks, 1993; Ogg e Bennett,

1992) enquanto os restantes utilizam outros indicadores. As taxas de resposta mais elevadas surgem nos inquéritos por telefone desenvolvidos na Irlanda (83%; Naughton *et al.*, 2010) e nos EUA (72%; Pillemer e Finkelhor, 1988).<sup>2</sup> As taxas mais baixas surgem nos estudos que utilizaram um método de recolha de dados presencial desenvolvidos em Inglaterra (65%; O’Keeffe *et al.*, 2007) e na Coreia do Sul (53%; Oh *et al.*, 2006). As taxas de recusa foram apenas apresentadas nos estudos que administraram os seus inquéritos presencialmente e variaram entre 3,6% no estudo regional desenvolvido na Índia (Chokkanathan e Lee, 2005) e 25% no estudo nacional conduzido em Israel (Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009).<sup>3</sup> As taxas de participação são apresentadas somente por dois estudos.<sup>4</sup> No questionário aplicado telefonicamente nos EUA observou-se uma menor participação (69%; Acierno *et al.*, 2010) que no questionário aplicado presencialmente numa região em Espanha (82%; Garre-Olmo *et al.*, 2009).

Face ao exposto torna-se difícil aferir qual dos métodos pode garantir uma maior participação e um menor número de não respostas, ainda que os estudos que aplicaram os inquéritos via telefone aparentem ser mais eficazes quando comparados com os aplicados face a face. Para além do método utilizado, as taxas de participação, de recusa ou de resposta dependem também das estratégias adotadas para minimizar as não respostas e das diferenças culturais entre os países. Veja-se, por exemplo, o estudo de âmbito transnacional Abuel (Soares *et al.*, 2010). Este projeto europeu desenvolvido em sete países apresentou uma taxa de resposta variável entre 18,9% e 87,4%.

Nos 17 estudos observaram-se ainda diferenças no “método de amostragem”. Apesar de todos os trabalhos revistos terem utilizado amostras aleatórias, nem todos utilizaram o mesmo tipo de amostragem. A amostragem estratificada por sexo e por idade foi a mais frequentemente citada pelos autores (O’Keeffe *et al.*, 2007; Marmolejo, 2008; Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009; Acierno *et al.*, 2010).

No que concerne aos “métodos de análise dos dados utilizados na estimativa da prevalência” da violência, também se notaram discordâncias entre estudos. Alguns não disponibilizam intervalos de confiança para as prevalências estimadas,

---

2 Quando explicitado pelos autores, o cálculo das taxas de resposta é realizado a partir do número de elementos elegíveis da amostra que completaram a entrevista sobre o número total de elementos elegíveis da amostra (Naughton *et al.*, 2010; O’Keeffe *et al.*, 2007; Pillemer e Finkelhor, 1988). Os critérios para a definição da elegibilidade são diferentes de acordo com os estudos e, ainda que incluindo usualmente a idade (60 e mais anos ou 65 e mais anos) e a residência em domicílios particulares, podem também incluir a não existência de defeito cognitivo, os indivíduos que concordaram inicialmente em realizar a entrevista mas não se mostraram depois disponíveis, entre outros critérios.

3 Quando explicitado pelos autores, o cálculo das taxas de recusa é realizado a partir número total de elementos elegíveis da amostra que recusaram a entrevista sobre o número total de elementos elegíveis da amostra (Chokkanathan e Lee, 2005).

4 O cálculo das taxas de participação foi obtido através de dois modos distintos: (1) o número de entrevistas completadas (incluindo as não elegíveis) sobre o número de entrevistas completadas (incluindo as não elegíveis) mais as entrevistas terminadas e as recusas (Acierno *et al.*, 2010); e (2) o número de participantes elegíveis que aceitaram responder sobre o número total de participantes elegíveis (incluindo os que recusaram) (Garre-Olmo *et al.*, 2009).

ou não descrevem o nível de confiança adotado na sua estimação, sendo por isso questionável se procedem na realidade à divulgação de frequências baseadas em valores amostrais, ao invés de frequências ajustadas à população alvo (prevalências propriamente ditas). Efetivamente são escassos os estudos que documentaram os valores de prevalência obtidos com o detalhe necessário à compreensão do seu modo de cálculo (Grande *et al.*, 1999; O’Keeffe *et al.*, 2007; Marmolejo, 2008; Laumann, Leitsch e Waite, 2008). O desconhecimento da exatidão das estimativas apresentadas condiciona sobejamente as comparações entre estudos.

Em síntese, são vários os aspetos a considerar na análise das estimativas de prevalência. A revisão realizada aponta vários condicionamentos à comparação da prevalência do fenómeno nos diferentes países.

#### *Estimativas de prevalência da violência*

Na análise dos estudos de prevalência da violência contra a população idosa apresentados no quadro 1 constata-se uma maior disponibilidade de estudos desenvolvidos na América do Norte e em países europeus, com particular relevo para o Reino Unido (UK), onde foram realizados dois estudos de prevalência em 1992 e 2007.

#### *Estimativas de prevalência da violência total*

Uma tendência observada foi que os inquéritos de âmbito nacional apontam para uma prevalência da violência menos elevada do que os de âmbito regional ou estudos transnacionais europeus.

Considerando apenas as taxas globais de prevalência da violência dos inquéritos de base populacional nacional, as estimativas variaram entre 0,8% para pessoas com 65 ou mais anos a residir em Espanha (Marmolejo, 2008) e 18,4% para o mesmo grupo alvo a residir em Israel (Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009).<sup>5</sup> Excetuando o caso de Israel, as estimativas identificadas foram relativamente homogêneas entre os diferentes países.<sup>6</sup> Em Portugal as estimativas obtidas pelo projeto europeu AVOW (Luoma *et al.*, 2011) são bastante mais elevadas. Este projeto, que tem a particularidade de apenas estimar a prevalência de violência contra pessoas idosas do género feminino em cinco países europeus, estimou que 39,4% (n = 649) das mulheres portuguesas com 60 ou mais anos reportaram terem sido vítimas de algum tipo de violência nos últimos 12 meses. Nos inquéritos de base populacional regional as estimativas obtidas denotam maior variabilidade, oscilando entre 3,2% para pessoas com 65 ou mais anos residentes em Boston, nos EUA (Pillemer e Finkelhor, 1988), e 29,3% para pessoas com 75 ou mais anos residentes em Girona, em Espanha (Garre-Olmo *et al.*, 2009).

5 Três destes estudos (Acierno *et al.*, 2010; Laumann, Leitsch e Waite, 2008; Ogg e Bennett, 1992) não apresentaram prevalências globais da violência, referindo apenas as estimativas para os diferentes tipos desta.

6 Salienta-se no entanto que as estimativas israelitas correspondem a frequências baseadas em valores amostrais, ou seja, não foram ajustadas à população alvo.

**Quadro 1** Síntese dos 17 estudos sobre a prevalência da violência contra as pessoas idosas

		Estudos de âmbito nacional									
Autor(es), ano (dimensão da amostra)	Pais(es) <sup>a</sup>	Aciero <i>et al.</i> , 2010	Naughton <i>et al.</i> , 2010	Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009	Marmolejo, 2008	Laumann, Leitsch e Waite, 2008	O'Keeffe <i>et al.</i> , 2007	Grande <i>et al.</i> , 1999	Podnieks, 1993	Ogg e Bennett, 1992	
		EUA	IE	IL	ES	EUA	UK	AU	CA	UK	
População Alvo (dimensão da amostra)		Pessoas com 60+ anos (n=5777)	Pessoas com 65+ anos (n=2021)	Pessoas com 65+ anos (n=1045)	Pessoas com 65+ anos (n=2401)	Pessoas entre 57 e 85 anos (n=3005)	Pessoas com 66+ anos (n=2111)	Pessoas com 65+ anos (n=1158)	Pessoas com 65+ anos (n=2008)	Pessoas com 60+ anos (n=589)	
Instrumento <sup>b</sup>		NA*	Questões próprias baseadas em O'Keeffe <i>et al.</i> , 2007	Adaptação CTS2 e questões próprias	Questões próprias	Adaptação H-S/EAST e VASS	Questões próprias	Questões próprias	Adaptação CTS2 e OARS e questões próprias	Questões próprias	
Método		Telefone	Telefone	Presencial	Presencial	Presencial	Presencial	Telefone	Telefone	Presencial	
Prevalência	Global (período)	NA* (últimos 12 meses)	2,2% (últimos 12 meses)	18,4% (últimos 12 meses)	0,8% (últimos 12 meses)	NA* (últimos 12 meses)	2,6% (últimos 12 meses)	2,7% (desde 65 anos)	4,0% (últimos 12 meses)	NA* (recentemente)	
	Negligência	5,1%	0,3%	26% (últimos 3 meses)	0,3%	NA*	1,1%	0,3%	0,4%	NA*	
	Psicológica e/ou verbal	4,6%	1,2%	14,2%	0,3%	9%	0,4%	2,0%	1,1%	5,4%	
	Financeira	5,2%	1,3%	6,4%	0,2%	3,5%	0,7%	0,6%	2,5%	1,5%	
	Física	1,6%	0,5%	2%	0,2%	0,2%	0,4%	0,4%	0,5%	1,5%	
	Sexual	0,6%	0,05%	NA*	0,1%	NA*	0,2%	0,1%	NA*	NA*	
	Violação dos direitos pessoais	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	
Restrição de liberdade/social	NA*	NA*	2,7%	NA*	NA*	NA*	NA*	1,0%	NA*		

		Estudos de âmbito regional						Estudos de âmbito transnacional		
Autor(es), ano		Garr-Olmo et al., 2009	Oh et al., 2006	Chokkanathan e Lee, 2005	Yan e Tang, 2004	Comijs et al., 1998	Pillmer e Finkelhor, 1988	Luoma et al., 2011	Soares et al., 2010	
País(es) <sup>a</sup>		ES	KR	IN	CN	NL	EUA	AT, BE, FI, LT e PT	DE, EL, ES, IT, LT, PT e SE	
População Alvo (dimensão da amostra)		Pessoas com 75+ anos (n=676)	Pessoas com 65+ anos (n=15.230)	Pessoas com 65+ anos (n=400)	Pessoas com 60+ anos (n=276)	Pessoas entre 68 e 89 anos (n=1797)	Pessoas com 65+ anos (n=2020)	Mulheres com 60+ anos (n=2880)	Pessoas com 60+ anos (n=4467)	
Instrumento <sup>b</sup>		Adaptação AV/TAN	Questões próprias	CTS2 e questões próprias	CTS2 e questões próprias	Adaptação CTS2, ADL e questões próprias	CTS e OARS	Adaptação CTS2 e questões próprias	Adaptação CTS2 e O'Keefe et al., 2007	
Recolha de dados	Método	Presencial	Presencial	Presencial	Presencial	Presencial	Presencial e telefone	Presencial, telefone e via postal	Presencial	
Prevalência	Global (período)	29,3% (últimos 12 meses)	6,3% (último mês)	14% (últimos 12 meses)	27,5% (últimos 12 meses)	5,6% (últimos 12 meses)	2,6% (últimos 12 meses)	23,8% (últimos 12 meses)	NA* (últimos 12 meses)	
	Tipos de violência	Negligência	16%	2,4%	4,3%	NA*	0,2%	0,4%	5,4%	NA*
		Psicológica e/ou verbal	15,2%	4,2% psicológico 3,6% verbal	10,8%	26,8%	3,2%	1,1%	23,6%	19,4%
		Financeira	4,7%	4,1%	5,0%	NA*	1,4%	NA*	8,8%	3,8%
		Física	4,0%	1,9%	4,3%	2,5%	1,2%	NA*	2,5%	2,7%
		Sexual	0,5%	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	3,1%
		Violação dos direitos pessoais	NA*	NA*	NA*	5,1%	NA*	NA*	NA*	6,4%
Restrição de liberdade/social	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	

**a** Siglas dos países onde decorreram os estudos: AT — Áustria; BE — Bélgica; FI — Finlândia; LT — Lituânia; PT — Portugal; EUA — Estados Unidos da América; IE — Irlanda; IL — Israel; ES — Espanha; UK — Reino Unido; AU — Austrália; CA — Canadá; EL — Grécia; DE — Alemanha; IT — Itália; SE — Suécia; KR — Coreia do Sul; IN — Índia; CN — China; NL — Países Baixos; **b** Acrónimos dos instrumentos: CTS2 — Revised Conflict Tatic Scales (Straus et al., 1996); H-S/EAST — Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (Hwalek e Sengstock, 1986); VASS — Vulnerability to Abuse Screening Scale (Schofield e Mishra, 2003); AVTAN — Screen for Various Types of Abuse and Neglect proposto pela American Medical Association (AMA, 1992); OARS — Duke Older American Resources and Services (Fillenbaum e Smyer, 1981); ADL — Activities of the Daily Living. \* Não se aplica.

### Estimativas de prevalência dos diferentes tipos de violência

Tendo em conta a caracterização da violência nas suas várias dimensões, observamos que a “violência psicológica e/ou verbal” é a forma mais relatada pelas pessoas idosas. Em mais de 70% dos estudos que analisaram a violência, este foi o tipo mais frequentemente reportado, designadamente pelas pessoas idosas residentes na Austrália (2,0%; Grande *et al.*, 1999), na Irlanda (2,4%; Naughton *et al.*, 2010) e nos EUA (13,5%; Acierno *et al.*, 2010), para um período de referência desde os 60 ou desde os 65 anos.

As estimativas identificadas para a prevalência da violência psicológica e/ou verbal evidenciaram grande amplitude: entre 0,3% de pessoas com 65 ou mais anos residentes em Espanha (Marmolejo, 2008) e 26,8% de pessoas com 60 ou mais anos residentes em Hong Kong (Yan e Tang, 2004). Atendendo apenas aos estudos, de âmbito nacional, que analisaram a prevalência da violência psicológica e/ou verbal, as estimativas (relativas a 12 meses) variaram entre 0,3% em Espanha (Marmolejo, 2008) e 14,2% em Israel (Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009).

Também em Portugal esta forma de violência é a mais reportada pelos participantes. No projeto europeu Abuel (Soares *et al.*, 2010), que envolveu municípios urbanos de sete países, 21,9% (n = 656) de pessoas idosas inquiridas na cidade do Porto referiram serem vítimas de violência psicológica, enquanto a nível nacional esta prevalência se eleva para 32,9% de mulheres portuguesas no estudo europeu AVOW (Luoma *et al.*, 2011).

A “violência financeira” surge usualmente como a segunda forma mais reportada, tendo a sua prevalência variado entre 0,2% para pessoas com 65 ou mais anos residentes em Espanha (Marmolejo, 2008) e 8,8% para mulheres com 60 ou mais anos residentes em qualquer um dos seguintes países europeus: Áustria, Bélgica, Finlândia, Lituânia, Portugal (Luoma *et al.*, 2011). Considerando apenas os nove inquéritos de âmbito nacional que estimaram a violência financeira, Espanha foi o país que assinalou a menor prevalência (0,2% em 12 meses; Marmolejo, 2008), enquanto a mais elevada foi registada por Israel (6,4% em 12 meses; Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009). Na Irlanda (1,3%; Naughton *et al.*, 2010), no Canadá (2,5%; Podnieks, 1993) e nos EUA (5,2%; Acierno *et al.*, 2010) esta foi a dimensão de violência mais prevalente num período de um ano.

No nosso país os dados existentes acompanham estes resultados, indicando a violência financeira como o segundo tipo mais prevalente: 7,8% de pessoas idosas na cidade do Porto (Soares *et al.*, 2010) e 16,5% das mulheres a nível nacional (Luoma *et al.*, 2011) reportaram terem sofrido alguma forma de violência financeira durante o período de um ano.

A “negligência”, provavelmente também como resultado da dificuldade associada à sua operacionalização, é uma das dimensões do fenómeno que apresenta maior diversidade de frequências. As prevalências identificadas variaram entre 0,2% na população com 69 a 89 anos residente em Amesterdão, na Holanda (Comijs *et al.*, 1998), e 26% na população com 65 ou mais anos residente no Israel (Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009). Nos países com inquéritos de âmbito nacional as estimativas da negligência oscilaram entre 0,3% na Irlanda, em

Espanha e na Austrália (Naughton *et al.*, 2010; Marmolejo, 2008; Grande *et al.*, 1999) e 26% em Israel (Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009). As prevalências citadas foram contudo estimadas a partir de referências temporais distintas: em Israel o período de referência adotado foi de três meses, na Irlanda e em Espanha as estimativas reportam-se a 12 meses e na Austrália referem-se ao período desde que o indivíduo completou 65 anos. A negligência foi a dimensão da violência mais reportada em dois países: Espanha (0,3% em 12 meses; Marmolejo, 2008) e Reino Unido (1,1% em 12 meses; O’Keeffe *et al.*, 2007). Em Portugal, a nível nacional a negligência apenas foi avaliada pelo projeto AVOW, que estimou esta como a quarta forma de violência mais reportada (9,9%) pelas mulheres com 60 ou mais anos (Luoma *et al.*, 2011).

A violência física e a violência sexual são os tipos de violência menos frequentemente observados nos estudos da prevalência. As estimativas da “violência física” oscilaram entre 0,2% para pessoas idosas residentes em Espanha e nos EUA (Marmolejo, 2008; Laumann, Leitsch e Waite, 2008) e 4,3% para a população idosa de Chennai, na Índia (Chokkanathan e Lee, 2005). Nos nove estudos onde esta dimensão foi avaliada através de inquéritos de âmbito nacional, as estimativas (relativas a 12 meses) situaram-se entre 0,2% em Espanha e nos EUA (Marmolejo, 2008; Laumann, Leitsch e Waite, 2008), e 1,6% também nos EUA (Acierno *et al.*, 2010). As estimativas obtidas em Portugal através dos dois projetos europeus são similares, tendo a violência física surgido como o penúltimo (2,1% de pessoas idosas na cidade do Porto; Soares *et al.*, 2010) e último tipo de violência mais reportado (2,8% das mulheres idosas a nível nacional; Luoma *et al.*, 2011) pela população idosa alvo dos estudos em Portugal.

A “violência sexual” constitui uma das dimensões do problema menos avaliada. Foi estudada em apenas nove dos dezassete estudos revistos. A sua prevalência variou entre 0,05% para pessoas com 65 ou mais anos residentes na Irlanda (Naughton *et al.*, 2010) e 3,1% para mulheres de 60 ou mais anos residentes em cinco países europeus: Áustria, Bélgica, Finlândia, Lituânia e Portugal (Luoma *et al.*, 2011). Nos cinco estudos de âmbito nacional que analisaram a prevalência da violência sexual, as estimativas correspondentes foram menos elevadas quando comparadas com outros tipos de violência, tendo variado, num período de referência de 12 meses, entre 0,05% na Irlanda (Naughton *et al.*, 2010) e 0,6% nos EUA (Acierno *et al.*, 2010). Em Israel a estimativa da prevalência conjunta de violência física e sexual, foi de 2% em 12 meses (Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009).

Em Portugal a prevalência da violência sexual foi mais elevada para as mulheres com 60 ou mais anos (3,6%; Luoma *et al.*, 2011) que para as pessoas idosas com 60 e mais anos da cidade do Porto (1,3%; Soares *et al.*, 2010). De notar ainda que a cidade do Porto, a seguir a Atenas, foi o município (entre sete países europeus) onde a violência sexual ocorreu com maior frequência, enquanto Portugal, a seguir à Finlândia, foi o país (entre cinco países europeus) em que mais mulheres reportaram terem sido vítimas desta forma de violência.

Outros tipos de violência, que não os consagrados na tipologia mais clássica, foram ainda abordados por alguns dos inquéritos de prevalência (Grande *et al.*, 1999; Yan e Tang, 2004; Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009; Luoma *et al.*,

2011). Os estudos citados consideraram *novas* dimensões e desenvolveram instrumentos que permitiram avaliá-las: a violação de direitos, a restrição de liberdade ou restrição social, e a violência social. As *novas* dimensões raramente são utilizadas nos estudos de prevalência de âmbito internacional e necessitam, ainda, de clarificação concetual. A inclusão destas dimensões pode também estar relacionada com especificidades culturais e/ou com enquadramentos jurídico-legais próprios de alguns países.

Nas cinco dimensões de violência atrás referidas, observou-se não só uma grande variabilidade das estimativas de prevalência de cada dimensão entre os vários estudos, mas também uma diversidade nos tipos de violência avaliados. Se, por um lado, as diferentes metodologias e concetualizações do fenómeno podem ser fatores explicativos da disparidade de resultados identificados, por outro lado, as especificidades sociais e culturais dos países parecem ser igualmente relevantes. Ainda assim, foi observada uma certa consistência entre resultados:

- *A violência psicológica/verbal e a negligência* são as duas dimensões mais prevalentes, embora as suas estimativas apresentem uma maior oscilação entre os estudos. Tal poderá resultar de diferentes definições e, conseqüentemente, das diferentes condutas/ações consideradas.
- *A violência financeira* é também frequentemente reportada. As estimativas da prevalência do fenómeno são usualmente mais reduzidas em estudos que apenas contemplam agressores que integram o círculo de relações mais próximas da pessoa idosa (familiares, vizinhos, prestadores de cuidados, entre outros) e maiores quando incluem indivíduos desconhecidos das vítimas.
- *A violência física e a violência sexual* constituem as dimensões do fenómeno menos reportadas.

#### Caraterização do agressor e da vítima

Considerando os estudos de prevalência de base populacional pode-se elaborar uma aproximação a um perfil de vítimas e agressores. Contudo e tal como se verifica nos valores de prevalência, muitas vezes os resultados obtidos são inconsistentes entre os diferentes estudos, requerendo alguma cautela na sua análise. As pessoas idosas do género feminino estão potencialmente em maior risco de serem vítimas de violência global (Marmolejo, 2008) ou de determinados tipos de violência (Laumann, Leitsch e Waite, 2008; O’Keeffe *et al.*, 2007; Podnieks, 1993).

Ainda que a vítima-tipo tenha vindo a ser descrita na literatura como uma pessoa idosa do género feminino, estes resultados podem implicar uma sobrerrepresentação da violência conjugal neste grupo etário. Em Espanha, no Canadá e na Austrália, países onde se observou uma maior prevalência de todos os tipos de violência contra as mulheres, as pessoas idosas identificaram os parceiros (cônjuges/companheiros) como os principais responsáveis pelas condutas de violência (Marmolejo, 2008; Podnieks, 1993; O’Keeffe *et al.*, 2007).

Nos estudos revistos identificam-se também diferenças na vulnerabilidade a diferentes tipos de violência, das mulheres em comparação com os homens: os parceiros

surgem mais frequentemente como agressores da violência física e sexual (Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009; O'Keeffe *et al.*, 2007), enquanto a violência financeira parece ser sobretudo exercida pelos filhos e outros familiares (Laumann, Leitsch e Waite, 2008; Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009; Naughton *et al.*, 2010).

Embora a coabitação, seja um dos fatores de risco mais referidos na literatura (Lachs e Pillemer, 2004), dos estudos revistos apenas três mostraram ser esta uma variável que aumentava a vulnerabilidade face à violência. Na Irlanda coabitar com descendentes revelou ser um fator de risco para a violência em geral (Naughton *et al.*, 2010), enquanto em Inglaterra as pessoas idosas que viviam sozinhas estavam mais vulneráveis à violência financeira (O'Keeffe *et al.*, 2007). Em Israel, quando existia coabitação entre os filhos agressores e a pessoa idosa, a violência física ocorria mais significativamente (Lowenstein, Eisikovits e Winterstein, 2009).

Em suma, em cerca de metade dos estudos revistos as mulheres surgem consistentemente como sendo mais vulneráveis às várias formas de violência familiar, ocorrendo esta, maioritariamente, no seio da família, e sendo os agressores sobretudo os familiares: parceiros(as) /conjugues/ companheiros e filhos.

## Discussão

Os resultados da revisão sistemática dos estudos de prevalência desenvolvidos, ao longo das últimas décadas, levam-nos a concluir sobre a complexidade explicativa do problema traduzido na concetualização e operacionalização, constituindo, por isso, um problema multifatorial, onde intervêm vários fatores de risco que condicionam as relações interpessoais dos indivíduos, expondo-os a atos de violência.

Da análise das estimativas de prevalência da violência sobre as pessoas idosas, publicadas pelos estudos revistos, destacam-se algumas tendências que importa explicitar e problematizar. Primeiro, os valores de prevalências de violência estimados por estudos de âmbito nacional foram usualmente mais reduzidos do que os obtidos por estudos de âmbito regional. Nos estudos que utilizaram mais do que um horizonte temporal para questionar as pessoas idosas sobre a ocorrência de atos violentos, a prevalência global do fenómeno e de algumas das suas dimensões aumentou com a ampliação do período de referência (mais de 12 meses).

Segundo, a violência psicológica e/ou verbal evidenciou ser o tipo mais prevalente, embora as estimativas correspondentes tenham denotado uma maior variação entre os estudos, facto que possivelmente é explicado pelos indicadores utilizados. A utilização do critério de Pillemer (2004, cit. por O'Keefe *et al.*, 2007), replicado no estudo de prevalência inglês, parece-nos um critério sólido, dado que só considera a existência de negligência e de violência psicológica, emocional e/ou verbal se os atos correspondentes tiverem sido cometidos pelo menos dez vezes ao longo aos últimos doze meses. Isto remete, inevitavelmente, para os indicadores utilizados para medir violência psicológica, tais como o gritar, o ofender, o insultar, e no caso da negligência, para as atividades da vida diária, em termos de grau de incapacidade funcional, necessidades de apoio e ausência ou recusa intencional de uma rede familiar de suporte para prestar apoio.

Outro aspeto que não é consensual entre os vários estudos é a adoção do critério demográfico — 65 ou mais anos de idade — como categoria institucionalmente legitimada para designar pessoa idosa. Como se conclui, muitos dos estudos de prevalência utilizam como critério os 60 e mais anos, tendo como argumento central o facto de a passagem à reforma, incluindo pré-reformas, implicar uma fase de transição e reformulação identitária nas relações sociais, que originam a assunção de novos papéis familiares que podem ser geradores de situações de conflito e de violência na esfera familiar.

A presente revisão revelou ainda uma diversidade de desenhos de investigação, metodologias, definições operacionais e populações-alvo consideradas, o que dificulta a comparação das prevalências de diferentes estudos, com impacto nas variações observadas das estimativas, bem como um modelo teórico-concetual que permita interpretar explicativamente esses mesmos valores. De facto, é desejável que o desenvolvimento concetual sobre o fenómeno permita que futuros estudos adotem definições consensuais, empreguem metodologias padronizadas e analisem as propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados.

A diversidade metodológica e concetual observada entre os vários estudos pode advir da sua “juventude científica”, sendo a violência contra idosos só recentemente reconhecida como objeto sociológico. Embora se tenham identificado alguns inquéritos publicados no final da década de 80 e início da década de 90, foi na última década que se desenvolveram a grande maioria dos inquéritos internacionais sobre violência. A relativa “novidade” do fenómeno — ou o reconhecimento tardio da sua relevância — e as expectativas geradas na opinião pública ligadas ao crescimento do debate público em torno das consequências do envelhecimento demográfico, do papel da família e da qualidade dos serviços de apoio à velhice podem também ter contribuído para um excessivo empolamento do problema. No entanto, o empolamento problemático junto da opinião pública pode incorrer em novos riscos. Se, por um lado, as campanhas de sensibilização sobre o problema, através dos meios de comunicação social, representam formas que cooperam para uma maior visibilidade social e sensibilização para a denúncia, esta maior visibilidade social pode gerar também um efeito perverso, que é a lógica da representação social, da etiquetagem e da estigmatização, que é associar sistematicamente a velhice dependente a maus-tratos e, por isso, a um problema social generalizado, que necessita de uma lógica da assistência e de risco social.

Por último, a sobrevalorização do problema junto da opinião pública pode gerar uma visão simplificada e reduzida, a campos opostos como, por exemplo, vítima e agressor ou amor e ódio (Biggs e Haapala, 2010). A complexidade das relações interpessoais, inclusive as intergeracionais, obriga ao reconhecimento do conflito e da ambivalência como parte integrante daquelas e à diferenciação entre *tensão, conflito e violência* na esfera familiar.<sup>7</sup>

---

7 Há que distinguir tensão, conflito e violência familiar. A tensão familiar pode ser um estado normal da dinâmica da família, facilmente ultrapassável pela discussão, negociação e consenso. O conflito pressupõe quebras, ruturas, silêncios, que podem ser ou não ultrapassáveis (Gil, 2010: 321).

Biggs e Haapala (2010), ainda que valorizem o reconhecimento que o problema tem tido ao nível da opinião pública, alertam para a necessidade de o redefinir e enquadrar teórica e concetualmente. De facto, uma das críticas que poderemos apontar nos estudos de prevalência revistos é para a ausência de uma matriz teórica que possa interpretar sociologicamente os valores estimados e os fatores de risco associados.

Pensamos, assim, que o modelo socioecológico constituirá uma matriz teórica que possibilitará caracterizar e interpretar a dinâmica e a complexidade que subjaz ao problema da violência contra os mais velhos. Na sua sequência, justifica-se a realização do primeiro estudo nacional, de base populacional, de prevalência sobre a violência contra as pessoas idosas. Este constitui um dos desafios do projeto Envelhecimento e Violência.<sup>8</sup> A informação recolhida através de tal estudo possibilitará uma cabal avaliação do fenómeno, que é imprescindível para fundamentar recomendações e decisões públicas neste âmbito. Atendendo ao ritmo de envelhecimento da população portuguesa, torna-se crucial o planeamento atempado de ações e a criação de instrumentos legais que promovam as condições para um envelhecimento mais saudável e seguro.

### Referências bibliográficas

- Acierno, Ron, Melba A. Hernandez, Ananda B. Arnstadter, Heidi S. Resnick, Kenneth Steve, Wendy Muzzy, e Oean G. Kilpatrick (2010), "Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the national elder mistreatment study", *American Journal of Public Health*, 2, pp. 292-297.
- AEA — Action on Elder Abuse (1995), "Action on Elder Abuse's definition of elder abuse", *Action on Elder Abuse Bulletin*, 11 (maio-junho).
- AMA — American Medical Association (1992), *Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect*, Chicago, IL, AMA.
- Biggs, Simon, e Irja Haapala (2010), "Theoretical development and elder mistreatment: spreading awareness and conceptual complexity in examining the management of socioemotional boundaries", *Ageing International*, 35, pp. 171-184.
- Carrilho, Maria José, e Lurdes Patrício (2010), "A situação demográfica recente em Portugal", *Revista de Estudos Demográficos*, 48, pp. 101-145.
- CE — Commission Européenne (2008), *Que Peut Faire l'Union Européenne pour Protéger la Dignité des Personnes Agées et Prévenir Leur Maltraitance?*, Bruxelles, CE, DG Emploi, Affaires Sociales et Égalité des Chances, disponível em : <http://www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3739&langId=fr> (consultado a 25/2/2013).

---

8 Artigo desenvolvido no âmbito do projeto Envelhecimento e Violência, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Ref. PTDC/CS-SOC/110311/2009), que tem como entidade proponente o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P., e entidades parceiras: a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, o CesNova / Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, o Instituto da Segurança Social, I.P., o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., e a Guarda Nacional Republicana.

- Chokkanathan, Srinivasan, e Alex E. Y. Lee (2005), "Elder mistreatment in urban India: a community based study", *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 17, pp. 45-61.
- Comijs, Hannie C., Anne-Margriet Pot, Jan H. Smit, e Cees Jonker (1998), "Elder abuse in the community: prevalence and consequences", *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, pp. 885-888.
- Dias, Isabel (2004), "A violência sobre as mulheres e os idosos", *Psychologica*, 36, pp.33-61.
- Eurobarometer (2007), *Health and Long-Term Care in the European Union*, Bruxelas, Commission of the European Communities, disponível em: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_283\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf) (consultado a 25/2/2013).
- Eurostat (2008), *Population and Social Conditions. Ageing Characterizes the Demographic Perspectives of the European Societies*, Statistics in focus, 72, Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities, disponível em: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF) (consultado a 24/2/2013).
- Eurostat (2010), *Demography Report, 2010*, Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities, disponível em: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/documents/Tab/report.pdf> (consultado a 24/2/2013).
- Fillenbaum, Gerda G., e Michael A. Smyer (1981), "The development, validity, and reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire", *Journal of Gerontology*, 36 (4), pp. 428-434, disponível em: <http://geronj.oxfordjournals.org/content/36/4/428.full.pdf> (consultado a 24/2/2013).
- Fulmer, Terry, Lisa Guadagno, Carmel Bitondo Dyer, e Marie Therese Connolly (2004), "Progress in elder abuse screening and assessment instruments", *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, pp. 297-304.
- Garre-Olmo, Josep, Xènia Planas-Pujol, Secundino López-Pousa, Dolors Juvinyà, Antoni Vilà, e Joan Vilalta-Franch (2009), "Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older", *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, pp. 815-822.
- Gaymu, Joëlle, Patrick Festy, Michel Poulain, e Gijs Beets (orgs.) (2008), *Future Elderly Living Conditions in Europe*, Paris, INED.
- Gil, Ana Paula (2010), *Heróis do Quotidiano. Dinâmicas Familiares na Dependência*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Grande, Eleonora Dal, Tony Woollacott, Anne Taylor, Gary Starr, Kay Anastasiadis, David Ben-Tovim, Gill Westthorp, Di Hetzel, Michael Sawyer, David Cripps, e Sarah Goulding (1999), *Interpersonal Violence and Abuse Survey*, South Australian Department of Human Services, disponível em: [http://health.adelaide.edu.au/pros/docs/reports/general/violence\\_interpersonal\\_violence\\_survey.pdf](http://health.adelaide.edu.au/pros/docs/reports/general/violence_interpersonal_violence_survey.pdf) (consultado a 24/2/2013).
- Hwalek, Melanie A., e Mary C. Sengstock (1986), "Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument", *Journal of Applied Gerontology*, 5, pp. 153-173.
- Krug, Etienne G., James A. Mercy, Linda L. Dahlberg, e Anthony B. Zwi (2002), "The world report on violence and health", *The Lancet*, 360, pp. 1083-1088.

- Lachs, Mark S., e Karp Pillemer (2004), "Elder abuse", *The Lancet*, 304, pp. 1236-1272.
- Laumann, Edward. O., Sarah A. Leitsch, e Linda. J. Waite (2008), "Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study", *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 63 (4), pp. 248-254.
- Lowenstein, Ariela, Zvi Eisikovits, e Tova Winterstein (2009), "Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel", *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21, pp. 253-277.
- Luoma, Minna-Liisa, Mira Koivusilta, Gert Lang, Edith Enzenhofer, Liesbeth De Donder, Dominique Verté, Jolanta Reingarde, Ilona Tamutiene, José Ferreira-Alves, Ana João Santos, e Bridget Penhale (2011), *Prevalence Study of Violence and Abuse Against Older Women. Results of a Multicultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal (European Report of the AVOW Project)*, Helsínquia, National Institute for Health and Welfare, disponível em: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e9532fd3-9f77-4446-9c12-d05151b50a69> (consultado a 24/2/2013).
- Marín, David Casado, e Guillem López i Casanovas (2001), *Vejez, Dependencia y Cuidados de Larga Duración. Situación Actual y Perspectivas de Futuro*, Colección Estudios Sociales, 6, Madrid, Fundación La Caixa, disponível em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/casado-vejez-01.pdf> (consultado a 24/2/2013).
- Marmolejo, Isabel Iborra (2008), *Maltrato de Personas Mayores en la Familia en España*, Valencia, Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia, disponível em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/iborra-maltrato-01.pdf> (consultado a 25/2/2013).
- McGee, Hannah, Rebecca Garavan, Mairéad de Barra, Joanne Byrne, e Ronán Conroy (2002), *The SAVI Report. Sexual Abuse and Violence in Ireland*, Dublin, The Liffey Press, disponível em: <http://www.oneinfour.ie/content/resources/savi.pdf> (consultado a 24/2/2013).
- Naughton, Corina, Jonathan Drennan, Margaret P. Treacy, Attracta Lafferty, Imogen Lyons, Amanda Phelan, Suzanne Quin, Anne O'Loughlin, e Liam Delaney (2010), *Abuse and Neglect of Older People in Ireland. Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*, Dublin, University College Dublin, disponível em: <http://www.ncpop.ie/userfiles/file/Prevalence%20study%20summary%20report.pdf> (consultado a 25/2/2013).
- Ogg, Jim, e Gerry Bennett (1992), "Elder abuse in Britain", *British Medical Journal*, 305 (24), pp. 998-999.
- Oh, Jinjoo, Hesook Suzie Kimb, Diane Martinsb, e Heegul Kimc (2006), "A study of elder abuse in Korea", *International Journal of Nursing Studies*, 43, pp. 203-214.
- O'Keefe, Madeleine, Amy Hills, Melanie Doyle, Claudine Mccreadie, Shaun Scholes, Rebecca Constantine, Anthea Tinker, Jill Manthorpe, Simon Biggs, e Bob Erens (2007), *UK Study of Abuse and Neglect of Older People. Prevalence Survey Report*, Londres, National Centre for Social Research and King's College, disponível em: <http://www.natcen.ac.uk/media/808317/p2512%20uk%20elder%20abuse%20final%20for%20circulation.pdf> (consultado a 24/2/2013).

- Perel-Levin, Silvia (2008), *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*, Genebra, World Health Organization Press, disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241594530\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241594530_eng.pdf) (consultado a 24/2/2013).
- Pillemer, Karl, e David Finkelhor (1988), "The prevalence of elder abuse: a random sample survey", *Gerontologist*, 28, pp. 51-57.
- Podnieks, Elisabeth (1993), "National survey on abuse of the elderly in Canada", *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4, pp. 55-58.
- Schofield, Margot J., e Gita D. Mishra (2003), "Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study", *The Gerontologist*, 43, pp. 110-120.
- Sénat (2003), "Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir, créée en vertu d'une résolution adoptée par le Sénat de 12 décembre 2002", disponível em: <http://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-11.pdf> (consultado a 24/2/2013).
- Sev'er, Aysan (2009), "More than wife abuse that has gone old: a conceptual model for violence against the aged in Canada and the US", *Journal of Comparative Family Studies*, 22, pp. 279-292.
- Soares, Joaquim F., Henrique Barros, Francisco Torres-Gonzales, Elisabeth Ioannidi-Kapolou, Giovanni Lamura, Jutta Lindert, Juan de Dios Luna, Gloria Macassa, Maria Gabriella Melchiorre, e Mindaugas Stank (2010), *Abuse and Health among Elderly in Europe*, Kaunas, Lithuanian University of Health Sciences Press, disponível em: <http://www.hig.se/download/18.3984f2ed12e6a7b4c3580003555/ABUEL.pdf> (consultado a 24/2/2013).
- Straus, Murray A., Sherry L. Hamby, Sue Boney-McCoy, e David B. Sugarman (1996), "The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): development and preliminary psychometric data", *Journal of Family Issues*, 3, pp. 283-316.
- UN – United Nations (2009), *World Population Ageing 2009*, New York, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, disponível em: [http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009\\_WorkingPaper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf) (consultado a 24/2/2013).
- UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime (2010), *Manual on Victimization Surveys*, Genebra, United Nations Economic Commission for Europe.
- Walker, Alan (1993), *Age and Attitudes. Main Results from a Eurobarometer Survey*, Bruxelas, Commission of the European Communities, disponível em: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_069\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_069_en.pdf) (consultado a 25/2/2013).
- WHO – World Health Organisation (1996), *Prevention of Violence. A Public Health Priority. Resolution of the World Health Assembly, 49th Session, 25 May 1996*, Genebra, WHO, disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WHA4925\\_eng.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf) (consultado a 24/2/2013).
- WHO – World Health Organisation (2002a), *Active Ageing. A Policy Framework*, Genebra, WHO, disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf) (consultado a 24/2/2013).

- WHO – World Health Organisation (2002b), *World Report on Violence and Health*, Genebra, WHO, disponível em:  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/)  
(consultado a 24/2/2013).
- WHO – World Health Organisation (2002c), *Missing Voices. Views of Older Persons on Elder Abuse*, Genebra, WHO, disponível em:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_vip\\_02.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_vip_02.1.pdf) (consultado a 24/2/2013).
- WHO – World Health Organisation (2004), *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*, Genebra, WHO, disponível em:  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591609.pdf> (consultado a 24/2/2013).
- WHO – World Health Organisation (2008), *Older Persons in Emergencies. An Active Ageing Perspective*, Genebra, WHO, disponível em:  
<http://www.who.int/ageing/publications/EmergenciesEnglish13August.pdf>  
(consultado a 24/2/2013).
- Yan, Elsie Chau-Wai, e Catherine So-Kum Tang (2004), “Elder abuse by caregivers: a study of prevalence and risk factors in Hong-Kong chinese families”, *Journal of Family Violence* 19 (5), pp. 269-277.

Ana João Santos. Investigadora no Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. E-mail: ana.carvalho@insa.min-saude.pt

Rita Nicolau. Investigadora na Direção-Geral do Território. E-mail: rnicolau@dgterritório.pt

Ana Alexandre Fernandes. Docente no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa (ISCSP-UTL) e investigadora no Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa (CESNOVA-UNL). E-mail: ana.alexandre@iscsp.utl.pt

Ana Paula Gil. Investigadora no Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e docente no Departamento de Sociologia da FCSH-UNL. E-mail: ana.gil@insa.min-saude.pt

### **Resumo/abstract/résumé/resumen**

*Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura*

Os estudos de prevalência sobre a violência contra as pessoas idosas, em contexto familiar, desenvolvidos nas três últimas décadas, especialmente na Europa e países

anglo-saxónicos, não são suficientemente esclarecedores, por insuficiências na definição dos modelos teóricos e nos conceitos operatórios. Neste artigo de revisão sistemática da literatura identifica-se a diversidade de definições e desenhos de investigação, com impacto inevitável nas variações das estimativas. Também a percepção da opinião pública europeia sobre o problema colide com os baixos valores estimados. Procurar-se-á refletir sobre as razões subjacentes a essas representações e refletir criticamente sobre as estimativas dos estudos de prevalência de base populacional.

Palavras-chave violência, pessoa idosa, contexto familiar, prevalência.

*The prevalence of violence towards the elderly: a critical review of the literature*

The studies on the prevalence of violence towards the elderly in a family context that have been conducted in the last thirty years, especially in Europe and Anglo-Saxon countries, are not sufficiently elucidative. This is due to shortcomings in both the definition of their theoretical models and their operative concepts. The authors of this article have systematically reviewed the literature and identified a diversity of definitions and research designs, which has an inevitable impact in terms of varying estimates. The European public perception of this problem is also at odds with the low figures contained in this type of estimate. The authors offer some thoughts about the underlying reasons for these representations, and critique the estimates made in population-based prevalence studies.

Keywords violence, elderly person, family context, prevalence..

*Prévalence de la violence envers les personnes âgées : une révision critique de la littérature*

Les études de prévalence sur la violence envers les personnes âgées au sein de la famille, menées au cours des trente dernières années, en particulier en Europe et dans les pays anglo-saxons, ne nous éclairent pas suffisamment à cause des lacunes dans la définition des modèles théoriques et dans les concepts opératoires. Cet article fait une révision systématique de la littérature et souligne la diversité des définitions et des paramètres de recherche, avec un impact inévitable sur les variations des résultats. La perception de l'opinion publique européenne contrarie elle aussi les faibles chiffres estimés. L'article s'interroge sur les raisons sous-jacentes à ces représentations et mène une réflexion critique sur les estimations des études de prévalence de base populationnelle.

Mots-clés violence, personne âgée, contexte familial, prévalence

*Prevalencia de la violencia contra las personas de la tercera edad: una revisión crítica de la literatura*

Los estudios de prevalencia sobre la violencia contra las personas de la tercera edad, en contexto familiar, desarrollados en las tres últimas décadas, especialmente en Europa y en países anglosajones, no son suficientemente esclarecedores por insuficiencias en la definición de los modelos teóricos y en los conceptos operatorios. En este artículo de revisión sistemática de la literatura se identifica la diversidad de definiciones y diseños de investigación, con un impacto inevitable en las variaciones de las estimativas. La percepción de la opinión pública europea sobre el problema también colide con los bajos valores estimados. Se procura reflexionar sobre las razones subyacentes a esas representaciones y discutir críticamente sobre las estimativas de los estudios de prevalencia de base poblacional.

Palabras-clave violencia, persona de la tercera edad, contexto familiar, prevalencia.

