

Idosos: abuso e violência

CÉLIA AFONSO GONÇALVES*

RESUMO

O abuso e negligência do idoso é um fenómeno mais recente que outros tipos de abuso, como o dirigido à mulher ou a crianças, sendo reconhecido como problema médico e social há apenas três décadas. Trata-se de um problema sub-diagnosticado e sub-notificado.

O abuso pode existir sob várias formas: físico, psicológico, emocional, sexual, financeiro ou sob forma de negligência. Estudos publicados estimam a prevalência do abuso de idosos entre 1 e 5 %.

Factores de risco para abuso do idoso incluem dependência, incapacidade mental ou física, perda de laços familiares, cultura de violência familiar, fracos recursos económicos, escassez de suporte na comunidade, bem como más condições de trabalho e reduzido ordenado nas instituições.

Factores que contribuem para o sub-diagnóstico e para a sub-notificação do abuso de idosos incluem negação, quer da vítima, quer do perpetrador, relutância dos médicos em sinalizar as vítimas, falta de confiança nos recursos médicos e sociais e escasso conhecimento dos médicos acerca dos sinais de alarme.

Os resultados do abuso de idosos são devastadores, podendo incluir fracturas, depressão, demência, má-nutrição e morte.

Os médicos em Cuidados de Saúde Primários encontram-se em posição privilegiada para prevenção e detecção de abuso e negligência, bem como intervenção e tratamento das vítimas.

Palavras-Chave: Elder Abuse; Elder Neglect; Elder Violence.

EXTENSÃO DO PROBLEMA

Estima-se que mais de 2 milhões de idosos sejam anualmente vítimas de abuso nos Estados Unidos da América (EUA).¹ O reconhecimento público do abuso de idosos como um problema médico e social é relativamente recente; referências na literatura médica datam apenas dos últimos 30 anos.^{1,2} Tem vindo a constituir tema importante de debate e preocupação, a par do rápido envelhecimento da população verificado em vários países do mundo.^{1,3} Alguns estudos publicados estimam a prevalência do abuso de idosos entre 1 e 5 %¹, sendo que outros, realizados nos EUA,⁴ Canadá⁵ e Reino Unido⁶ apontam para 3-6% em idades acima dos 65 anos. Em Portugal não há estudos populacionais que permitam estimar a magnitude deste problema.

Prevê-se que a população global com idade igual ou superior a 60 anos de idade duplique, de 542 milhões em 1995 para cerca de 1,2 biliões de ido-

sos no ano de 2025.⁷

O abuso e negligência de idosos pode suceder sob várias formas, tendo como pano de fundo vários cenários; trata-se de um problema sub-diagnosticado e sub-notificado.⁸ O abuso e negligência de idosos pode ter inúmeras apresentações clínicas, desde evidentes hematomas ou fracturas, à instalação progressiva de desidratação, má-nutrição, depressão, apatia, e à morte.²

Abuso e negligência – Definição

Segundo a *American Medical Association*, por abuso entende-se «qualquer acto de comissão ou omissão que resulta em lesão ou ameaça de lesão à saúde e bem-estar de uma pessoa idosa».¹

O abuso de idosos pode ser físico, psicológico, emocional, sexual ou financeiro. Pode ser intencional ou não intencional ou resultar de negligência.^{1,8,9,10,11}

CONTEXTO

O abuso do idoso tem relação com mudanças observadas nos valores sociais e particularmente com a alteração do estatuto da pessoa idosa. Outrora, o idoso gozava de reconhecimento social, respeito e poder, e era a garantia de transmissão de conhecimentos e tradições, numa sociedade onde a experiência ligada à idade era considerada um valor. Nas últimas décadas, as alterações na estrutura social, no contexto familiar, nas atitudes e nos valores, estão provavelmente na génese do problema.¹² Além destas causas, salienta-se ainda o aumento da esperança média de vida e avanços na tecnologia médica e farmacêutica que permitiram o prolongamento dos anos de vida em doentes com patologias crónicas.²

As alterações demográficas e sociais

*Interna de Medicina Geral e Familiar do Centro de Saúde de Queluz

Texto elaborado sob orientação da Dr.ª Cristina Galvão

não se acompanharam da adopção de recursos necessários para dar resposta às novas necessidades que surgiram. Na origem do abuso de idosos encontramos multicausalidade, não estando apenas implicados factores sociais, mas também culturais, familiares e individuais.¹²

Estudos efectuados em várias culturas e comparativos entre países têm demonstrado que indivíduos de qualquer *status* socioeconómico, etnia ou religião são vulneráveis ao abuso.^{11,13}

Classificação

- **Abuso físico** – qualquer forma de agressão física (golpes, queimaduras, fracturas, administração abusiva de fármacos ou tóxicos);

- **Abuso psicológico** – condutas que podem resultar em lesão psicológica, como manipulação, intimidação, ameaças, humilhações, chantagem afectiva, desprezo ou privação do poder de decisão;

- **Negligência** – não satisfação de necessidades básicas, nomeadamente: negação de alimentos, cuidados higiénicos, habitabilidade, segurança e tratamentos médicos;

- **Abuso emocional ou abandono** – negação de afecto, isolamento e falta de comunicação;

- **Abuso financeiro** – impedimento ao uso e controlo do seu dinheiro, exploração financeira e chantagem económica;

- **Abuso sexual** – qualquer tipo de actividade sexual não consentida, ou quando se trata de um idoso(a) incapaz de dar o seu consentimento.¹²

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *International Network for Prevention of Elder Abuse* (INPEA), são ainda reconhecidas outras formas de abuso de idosos:¹²

- **Abuso estrutural e social** – exercido pelos governos e instituições, é entendido como a discriminação na política face aos idosos, a falta de recursos para colmatar as necessidades assis-

tenciais, assim como a falta de garantia de rendimentos e alojamento. Considera-se estar na origem de outras formas de abuso;

- **Falta de respeito e preconceito contra o idoso** – traduzidas em atitudes de desrespeito, abuso verbal e emocional, ou seja, uma atitude social negativa para com o idoso.^{1,7,12}

De entre as várias formas, o abuso físico é o mais frequente, sendo também o mais facilmente reconhecível. O abuso financeiro, a negligência e o abuso sexual são geralmente sub-diagnosticados e sub-notificados. O abuso psicológico sob a forma de agressão, humilhação e intimidação é o mais difícil de identificar e quantificar.^{2,8}

A maioria dos estudos internacionais consideram como a forma mais frequente de violência contra o idoso a que ocorre no âmbito familiar. Minayo¹³ e Kleinschmidt¹⁴ demonstraram que 90% dos casos de maus-tratos e negligência contra os indivíduos acima dos 60 anos ocorrem nos seus lares. Revelaram ainda que cerca de dois terços dos agressores são filhos e cônjuges do idoso vítima de abuso.^{11,15-18}

Os episódios de abuso tendem a ser repetitivos, e continuarão até ao momento em que ocorra uma alteração significativa no meio circundante. Na maioria dos casos a vítima e as famílias recusam ajuda. As vítimas têm particular receio de represálias, da perda de autonomia e de alteração do local que habitam.¹⁹ Muitas vezes estão subjacentes sentimentos de culpa e vergonha, auto-estima reduzida, não estando a vítima disposta a tomar medidas legais, sobretudo quando o agressor é membro da família, para evitar quebrar laços familiares.³

O risco de abuso de idosos também existe em instituições como hospitais e lares de idosos. Os actos de abuso em instituições para idosos incluem ainda restrições físicas dos doentes, privação da sua dignidade e poder de escolha

nas suas opções diárias, escassez de cuidados.⁷

De entre as instituições, o abuso ocorre mais frequentemente naquelas em que os cuidados base são escassos, os profissionais têm pouco treino ou elevada carga horária/trabalho, o ambiente físico é precário e onde a política da instituição opera segundo interesses da própria, e não segundo os interesses dos idosos residentes.⁷

Aspectos a salientar dizem respeito aos estudos efectuados por Kleinschmidt¹⁴ e Rey & Browne,¹⁵ que, salvaguardando um pouco a relação cuidador-idoso, sem dúvida stressante, constataram que esta só se transforma em violenta quando o cuidador se isola socialmente, quando sofre de depressão ou problemas psiquiátricos, quando os laços afectivos com o idoso são fracos ou quando o cuidador foi vítima de violência por parte do idoso.

Particular atenção é dada por Caldas,¹³ referindo-se ao processo de sofrimento dos prestadores de cuidados que, com dificuldade e tantas vezes sem apoio, conseguem cuidar dos idosos, fazendo adaptações na sua vida, o que acarreta custos materiais e desgaste físico e mental.

Factores de risco para abuso

Em estudos distintos, observou-se uma associação estatística entre o abuso e alguns factores de risco.²⁰⁻²² (Quadro I).

AVALIAÇÃO DO ABUSO

Os médicos, nomeadamente em Cuidados de Saúde Primários, encontram-se em posição favorável para a detecção e referência de vítimas de abuso e negligência, podendo ser o único indivíduo exterior à família/prestador de cuidados que, regularmente, observa o idoso.^{1,2,11} Além disso, o médico tem ao seu dispor recursos para despiste da situa-

QUADRO I

FACTORES DE RISCO PARA ABUSO DE IDOSOS¹

- idade avançada
- escassos recursos económicos, sociais
- baixos rendimentos, condições de salubridade precárias
- isolamento social
- nível sócio-económico reduzido
- reduzido nível educacional
- debilidade funcional
- abuso de substâncias pelo prestador de cuidados ou pelo idoso
- alterações psicológicas e personalidade patológica
- história anterior de violência
- frustração ou exaustão do prestador de cuidados
- limitação cognitiva

Adapt. de Swagerty DL Jr, Takahashi PY, Evans JM. Elder mistreatment. *Am Fam Physician* 1999 May 15; 59 (10): 2804-8.

ção de abuso, realização de testes, admissão hospitalar e serviços de suporte, tantas vezes necessários para a correcção dos maus-tratos infligidos ao idoso.¹

Será assim importante o médico saber suspeitar de abuso de idosos, nomeadamente estar alerta face a sinais de abuso (Quadro II).

Não obstante, um dos grandes obstáculos na prevenção e intervenção do abuso de idosos é o escasso conhecimento, por parte de médicos e outros profissionais de saúde, da prevalência, detecção e referência deste tipo de situação.^{1,3}

Várias são as razões pelas quais o abuso de idosos poderá não ser diagnosticado ou notificado pelos médicos, como as enumeradas no Quadro III.

Num estudo efectuado¹⁰, que contou com a participação de médicos de família, constatou-se que 72% referiam ausência de exposição ou exposição mínima a situações de abuso físico, emocional, ou sexual de idosos. Mais de metade nunca notificaram uma situação de abuso e mais de 60% referiram nunca ter inquirido os seus doentes idosos

QUADRO II

SINAIS DE ALERTA DE ABUSO DE IDOSOS²

- atraso entre a lesão/doença e a procura de observação médica
- disparidade na explicação dada pela vítima e pelo abusador suspeito
- explicação para a lesão não plausível, bizarra, inadequada ou vaga
- dados laboratoriais não congruentes com a história relatada
- hematomas, fracturas, lacerações ou abrasões não explicadas
- despreocupação evidente na nutrição e/ou higiene
- apatia, depressão ou agravamento da demência
- lesões em vários estádios de cura
- úlceras de decúbito
- fraca adesão ao regime médico instituído
- gengivorragias, dentição e higiene oral precárias
- perda de peso, má-nutrição e deficiências vitamínicas

Adapt. de Levine JM. Elder neglect and abuse: a primer for primary care physicians. *Geriatrics* 2003 Oct; 58 (10): 37-44.

acerca de abuso.

A psicodinâmica do abuso e negligência do idoso poderá também contribuir para o sub-diagnóstico dos mesmos, não permitindo assim a notificação de casos.

Tanto a vítima como o perpetrador

podem minimizar a existência e gravidade do problema. A vítima pode ser coagida, sentir-se envergonhada ou fisicamente incapaz para pedir ajuda. Adicionalmente, a negação é comum, quer nas vítimas, perpetradores ou mesmo nos profissionais médicos. Os profissionais de saúde podem inclusivamente minimizar as queixas ou sintomas por várias razões: incredulidade, receio na acusação do agressor, falha no reconhecimento dos sintomas, ou mesmo relutância em lidar com a situação.²

Importa ainda salientar que a vulnerabilidade dos indivíduos idosos pode apresentar problemas éticos subjacentes, na determinação da competência do idoso em concordar na colaboração em investigação clínica, apontado como um dos factores justificativos da escassez de estudos nesta área.²³

Deteção de abuso de idosos

A *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF)⁹ considera evidência insuficiente a recomendação para o despiste de rotina de abuso de idosos aos respectivos prestadores de cuidados (Recomendação grau I). Com efeito, a USPSTF não detectou evidência directa em que o despiste de violência familiar conduza à diminuição de incapaci-

QUADRO III

CAUSAS PARA FALHA NO DIAGNÓSTICO OU NOTIFICAÇÃO DE ABUSO DE IDOSOS PELO MÉDICO¹

- escassez ou ausência de treino no reconhecimento de maus-tratos
- atitude desfavorável face a idosos
- pouca informação na literatura médica acerca de abuso de idosos
- relutância em atribuir sinais de maus-tratos (descrença)
- isolamento das vítimas (idoso que não é observado regularmente por médico/outro profissional de saúde)
- apresentação clínica subtil (por exemplo, má higiene ou desidratação)
- relutância/medo no confronto com o agressor
- receio em notificar o abuso que ainda só constitui uma suspeita
- pedido por parte da vítima para não denunciar a situação de abuso
- falta de conhecimento acerca do correcto procedimento para relatar a situação de abuso
- receio de colocar em risco a relação com hospital/entidade prestadora de assistência a idosos

Adapt. de Swagerty DL Jr, Takahashi PY, Evans JM. Elder mistreatment. *Am Fam Physician* 1999 May 15; 59 (10): 2804-8.

dade ou morte prematura. Da mesma forma, não encontrou estudos que determinassem a precisão dos instrumentos para identificação de violência familiar entre idosos na população em geral. Além disso, não existem estudos que tenham sido directamente orientados para o despiste e intervenção em casos de violência entre cuidadores e idosos. Assim, a USPSTF não pode concluir acerca da relação entre os benefícios e os malefícios do despiste de violência cuidadores-idosos. No entanto, refere que os médicos devem estar atentos a sinais e sintomas físicos ou alterações do comportamento associados a abuso ou negligência do idoso.

Contrariamente, a *American Medical Association*²⁴ (AMA) recomenda a utilização de questionário na prática clínica diária, de forma rotineira, conforme Quadro IV.^{12,24}

A recomendação mais aceite refere-se à competência do médico em reconhecer os sinais de alerta para abuso de idosos.²⁵

Para o relato de uma situação de abuso, o Quadro V destaca dados essenciais que deverão constar no processo para um adequado despiste e orientação de abuso do idoso. Acrescenta-se que, perante a suspeita de abuso, deverá ser efectuada uma completa observação física, pedidos exames labo-

ratoriais (com eventual pedido de radiografias) e avaliada a cognição através do *Mini-Mental State Examination*, considerando a capacidade de decisão do idoso factor importante no planeamento da intervenção.²

INTERVENÇÃO

A intervenção é complexa e deverá ter sempre em conta uma abordagem multidisciplinar. Na maioria das situações, a intervenção efectiva requer autoridades sociais locais, autoridade de saúde, polícia e agências (privadas ou voluntárias) de protecção da vítima.^{1,8}

Em Portugal, além dos Princípios Gerais de Protecção e Direitos da pessoa idosa (artigo 12 da Constituição da República Portuguesa), não está prevista a legislação destes mesmos princípios, no que respeita a legislação ordinária.

Em Inglaterra, também não estão formalizados procedimentos para lidar com situações de abuso de idosos.⁸

Pelo contrário, nos EUA existe legislação específica e protocolos adequados. As leis nos vários estados são muito variadas, contendo múltiplas secções relativamente a quem é protegido, quem deve notificar, definições dos comportamentos a relatar, requerimentos para

QUADRO IV

QUESTÕES DE ROTINA PARA DESPISTE DE ABUSO DE IDOSOS²⁴

- Alguém alguma vez o magoou em casa?
- Alguma vez alguém o tocou sem o seu consentimento?
- Alguma vez alguém lhe fez coisas que não queria fazer?
- Alguma vez alguém lhe retirou algo que lhe pertencia sem a sua autorização?
- Alguma vez foi repreendido ou ameaçado por alguém?
- Alguma vez assinou documentos que não compreendeu?
- Tem medo de alguém em casa?
- Está muitas vezes sozinho?
- Alguma vez alguém falhou nos seus cuidados quando necessitou de ajuda?

Adapt. de American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Chicago: American Medical Association 1994. p. 4-24.

QUADRO V

CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DA HISTÓRIA CLÍNICA PARA AVALIAÇÃO DE ABUSO DE IDOSOS¹

- lista de problemas médicos/diagnósticos
- descrição detalhada do ambiente familiar
- descrição exacta de acontecimentos relacionados com a lesão ou trauma (exemplos de tratamento rude, clausura, abuso verbal ou emocional)
- história de violência anterior
- descrição de lesões anteriores e respectivos motivos
- descrição de ameaças ou abuso emocional
- cuidado inadequado de problemas médicos, lesões não tratadas, fraca higiene, período prolongado até observação médica
- depressão ou outras doenças mentais
- agravamento de estado confusional ou demência
- abuso de álcool ou drogas
- qualidade/natureza das relações com os cuidadores

Adapt. de American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Chicago: American Medical Association 1994. p. 4-24.

investigação de relatórios, sanções e tutelas.²⁶

A sequência de intervenção habitualmente adoptada respeita à identificação, avaliação e acção.

- **Identificação:** efectuada através de sinais de alerta (Quadro II), podendo ser detectados por qualquer indivíduo, profissional ou não.
- **Avaliação:** que deverá ser levada a cabo por equipa multidisciplinar, para aceder ao prestador de cuidados e ao idoso, na tentativa de confirmar ou não a suspeita de abuso e respectiva causa.

Acção: estabelecendo-se a organização dos cuidados a prestar ao idoso, idealmente permitindo à vítima de abuso permanecer na sua habitação.

Será importante evitar o isolamento social do idoso mediante: serviços de cuidados domiciliários, centros de dia, tutela por parte de serviços sociais, facilitar recursos e simplificar terapêuticas, avaliar a adequação da habitação às limitações do idoso e valorizar a necessidade de institucionalizar o idoso quando a família não pode garantir cuidados adequados.²⁷

Em todas as situações de abuso comprovado ou suspeito, deverão ser efectuadas visitas regulares para vigilância

da situação.⁸

A intervenção passa também pelo apoio aos prestadores de cuidados para ultrapassarem os problemas com os quais se deparam. Assim, o apoio psicológico, o reforço, o descanso físico, o reconhecimento explícito da importância do trabalho que desempenha são fundamentais para evitar claudicação psicológica do cuidador, por vezes factor desencadeante de condutas violentas face ao idoso a quem presta cuidados.²⁷

CONCLUSÃO

Apesar da escassez de *guidelines* ou legislação estatutórias, a gestão efectiva do abuso do idoso é possível. Deverá existir um maior investimento no reconhecimento do abuso, os profissionais de saúde deverão estar vigilantes e prestar atenção às circunstâncias em que o abuso ocorre e respectivos sinais de alerta.⁸

A comunidade em geral também necessita ser mais informada acerca do abuso de idosos, para que os serviços apropriados sejam desenvolvidos e adequados.³

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Swagerty DL, Takahashi PY, Evans JM. Elder Mistreatment. *Am Fam Physician* 1999 May 15; 59 (10): 2804-8.
2. Levine JM. Elder neglect and abuse: a primer for primary care physicians. *Geriatrics* 2003 Oct; 58 (10): 37-44.
3. Kahan FS, Paris BE. Why elder abuse continues to elude the health care system. *Mt Sinai J Med* 2003 Jan; 70 (1): 62-8.
4. Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist* 1988 Feb; 28 (1): 51-7.
5. Podnieks E. National survey of the abuse on the elderly in Canada. *J Elder Abuse Neglect* 1992; 4 (1): 5-58.
6. Ogg J, Bennet G. Elder abuse in Britain. *BMJ* 1992 Oct 24; 305 (6860): 998-9.
7. WHO/INPEA. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Geneva; World Health Organization, 2002.
8. Bradley M. Caring for older people: elder abuse. *BMJ* 1996 Aug 31; 313 (7056): 548-50.
9. U. S. Preventive Services Task Force. Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Ann Intern Med* 2004 Mar 2; 140 (5): 382-6.
10. Kennedy RD. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Fam Med* 2005 Jul-Aug; 37 (7): 481-5.
11. Krueger P, Patterson C. Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. *CMAJ* 1997 Oct 15; 157 (8): 1095-100.
12. Fernández-Alonso MC, Herrero Velázquez S. Maltrato en el anciano: posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Aten Primaria* 2006 Jan; 37 (1): 56-9.
13. Minayo MC. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública* 2003 Mai-Jun; 19 (3): 783-91.
- 14 - Kleinschmidt KC. Elder abuse: a review. *Ann Emerg Med* 1997 Oct; 30 (4): 463--72.
- 15 - Reay AM, Browne KD. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging Ment Health* 2001 Feb; 5 (1): 56-62.
16. Williamson GM, Shaffer DR. Relationship quality and potentially harmful behaviours by spousal caregivers: how we were then, how we are now: the Family Relationships in Late Life Project. *Psychol Aging* 2001 Jun; 16 (2): 217-26.
17. The National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS). Final report. The National Centre on Elder Abuse at the American Public Human Services Association in collaboration with Westat, Inc., for the Administration for Children and Families and the Administration on Aging in the U.S. Department of Health and Human Services. Washington DC: American Public Health Services Association; 1998. Disponível em: URL: http://www.aoa.gov/eldfam/Elder_Rights/Elder_Abuse/ABuseReport_Full.pdf [accedido em 07/11/2006].
18. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004 Mar 2; 140 (5): 387-96.
19. Patterson C. Secondary prevention of elder abuse. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Ottawa: Health Canada; 1994. p. 922-9.
20. Kosberg JI. Preventing elder abuse: identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist* 1988 Feb; 28 (1): 43-50.
21. Jones JS, Holstege C, Holstege H. Elder abuse and neglect: understanding the causes and potential risk factors. *Am J Emerg Med* 1997 Oct; 15 (6): 579-83.
22. Lachs MS, Williams C, O'Brien S, Hurst L, Horwitz R. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist* 1997 Aug; 37 (4): 469-74.
23. Rosin AJ, van Dijk Y. Subtle ethical dilemmas in geriatric management and clinical research. *J Med Ethics* 2005 Jun; 31 (6): 355-9.
24. American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Chicago: American Medical Association 1994; 4-24. Disponível em: URL: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/386/elderabuse.pdf> [accedido em 07/11/2006].
25. Ruiz Sanmartín A, Altet Torner J, Porta Martí N, Duaso Izquierdo P, Coma Sole M, Requesens Torrellas N. Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Aten Primaria* 2001 Mar 31; 27 (5): 331-4.
26. Jogerst GJ, Daly JM, Brinig MF, Dawson JD, Schmuck GA, Ingram JG. Domestic elder abuse and the law. *Am J Public Health* 2003 Dec; 93 (12): 2131-6.
27. Fernández-Alonso MC, Herrero Velázquez S. Maltrato en el anciano: posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Aten Primaria* 2006 Feb 15; 37 (2): 113-15.

Endereço para correspondência:

Célia Afonso Gonçalves
 Rua Coronel Santos Pedroso, nº 3, 4ºdto
 1500-206 - Lisboa
 E-mail: celiagonc@yahoo.com
 Tlm: 919 191 292