



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RÚBEN MIGUEL ALMEIDA RODRIGUES

Abuso de Idosos

ARTIGO DE REVISÃO NARRATIVA

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR RUI MANUEL DE CARVALHO MARQUES DOS SANTOS
DR.^a INÊS BATISTA MARQUES MESQUITA

FEVEREIRO DE 2022

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

Abuso de Idosos

R. Rodrigues¹; I. Mesquita^{1,2}, MD; R. Santos^{1,3}, PhD

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

²Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

³Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

ÍNDICE

RESUMO	1
ABSTRACT	2
1. LISTA DE ABREVIATURAS	3
2. INTRODUÇÃO	4
3. METODOLOGIA	5
4. DISCUSSÃO	6
4.1. Definições Conceituais	6
4.1.1. Abuso Físico	7
4.1.2. Abuso Psicológico	7
4.1.3. Abuso Sexual	7
4.1.4. Exploração Financeira	7
4.1.5. Negligência	8
4.1.6. Autonegligência	8
4.2. Epidemiologia	8
4.2.1. Subestimação da Prevalência	9
4.3. Consequências	9
4.3.1. Impacto Individual	10
4.3.2. Impacto Socioeconómico	11
4.4. Fatores de Risco e de Vulnerabilidade	11
4.4.1. Fatores de Risco do Abusador	12
4.4.1.1. Saúde Física	12
4.4.1.2. Saúde Mental	12
4.4.1.3. Abuso de Substâncias	12
4.4.1.4. Dependência	12
4.4.1.5. Stress e Mecanismos de Enfrentamento	13
4.4.1.6. Atitudes	13
4.4.1.7. Vitimização	13
4.4.1.8. Relações	14
4.4.2. Fatores de Vulnerabilidade da Vítima	14
4.4.2.1. Saúde Física	14
4.4.2.2. Saúde Mental	14
4.4.2.3. Abuso de Substâncias	15
4.4.2.4. Dependência	15

4.4.2.5. Stress e Mecanismos de Enfrentamento.....	15
4.4.2.6. Atitudes.....	15
4.4.2.7. Vitimização	16
4.4.2.8. Relações.....	16
4.4.2.9. Perfil	16
4.5. Impacto da Pandemia SARS-CoV-2.....	17
4.5.1. O Contexto Pandêmico.....	18
4.5.2. O Idoso Vulnerável	18
4.5.3. O Cuidador Tenso	19
4.5.4. Mitigação da Disrupção	19
4.6. Marcadores da Violência.....	20
4.6.1. Do Abuso Físico	20
4.6.1.1. Na Anamnese.....	20
4.6.1.2. No Exame Objetivo.....	21
4.6.1.3. Nos Achados Laboratoriais.....	22
4.6.1.4. Nos Achados Imagiológicos.....	22
4.6.2. Do Abuso Psicológico.....	22
4.6.2.1. Na Anamnese	22
4.6.2.2. No Exame Objetivo	23
4.6.3. Do Abuso Sexual.....	23
4.6.3.1. Na Anamnese	23
4.6.3.2. No Exame Objetivo	23
4.6.3.3. Nos Achados Laboratoriais	23
4.6.4. Da Exploração Financeira	24
4.6.4.1. Na Anamnese	24
4.6.4.2. No Exame Objetivo	24
4.6.5. Da Negligência	24
4.6.5.1. Na Anamnese	24
4.6.5.2. No Exame Objetivo	24
4.6.5.3. Nos Achados Laboratoriais	25
4.6.6. Da Violência Conjugal	25
4.6.7. Diagnóstico Diferencial.....	26
4.7. Avaliação na Suspeita de Abuso.....	27
4.7.1. Dificuldades na Detecção.....	29
4.7.2. Ferramentas de Rastreamento	29
4.7.2.1. Emergency Department Senior Abuse Identification	30
4.7.2.2. Elder Abuse Suspicion Index ©	30

4.7.2.3. Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test	31
4.7.2.4. Vulnerability to Abuse Screening Scale	31
4.7.2.5. Elder Assessment Instrument	31
4.7.2.6. Ambiente do Rastreio	31
4.7.3. Multidisciplinaridade	32
4.7.3.1. Serviços de Emergência	32
4.7.3.2. Equipa de Enfermagem	32
4.7.3.3. Serviços Informáticos.....	32
4.8. Promoção da Saúde	33
4.8.1. Objetivos da Intervenção	33
4.8.2. Intervenções.....	34
4.8.3. Recusa de Intervenção.....	35
4.8.4. Prevenção	35
4.9. Enquadramento Juridicopenal Português e Ético	36
5. CONCLUSÃO	39
6. AGRADECIMENTOS	42
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXO I – Emergency Department Senior Abuse Identification	50
ANEXO II – Permissão para Utilização de Emergency Department Senior Abuse Identification.....	51
ANEXO III – Elder Abuse Suspicion Index ©.....	53
ANEXO IV – Permissão para Utilização de Elder Abuse Suspicion Index ©.....	54
ANEXO V – Índice de Suspeita de Abuso a Pessoas Idosas	56
ANEXO VI – Permissão para Utilização de Índice de Suspeita de Abuso a Pessoas Idosas.....	57
ANEXO VII – Adaptação Portuguesa de Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test.....	59
ANEXO VIII – Vulnerability to Abuse Screening Scale	60
ANEXO IX – Permissão para Utilização de Vulnerability to Abuse Screening Scale	61

RESUMO

Introdução: O abuso do idoso, um problema de saúde pública mundial e uma violação dos direitos humanos, é bastante subnotificado e ocultado, e permanece uma prioridade de saúde mundial negligenciada, e um tópico tabu em Portugal, apesar de ser uma sociedade envelhecida onde cada médico contacta diariamente com vítimas. A violência interpessoal aumenta e intensifica-se durante épocas críticas, como a presente pandemia COVID-19.

Objetivos: Analisar e resumir a literatura acerca do abuso do idoso, incluindo a descrição dos fatores de risco e de vulnerabilidade, particularmente dos modificáveis, do impacto da pandemia COVID-19 e de estratégias de identificação, abordagem e prevenção. Servirá como consciencialização e guia para o profissional que contacta com o idoso.

Discussão: Descrevem-se cinco tipos de abuso: abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, exploração financeira, e negligência. A prevalência mundial é de 15,7% de idosos vítimas; há uma subestimação, consequência da ocultação voluntária ou involuntária pelo idoso, e da subdenúncia pelos médicos por difícil diagnóstico, inexperiência e insegurança na abordagem, acoplados à problemática do segredo médico e relação médico-doente. As sequelas do abuso do idoso ultrapassam a dor e a lesão imediatas; complica com aumento da mortalidade e hospitalização e diminuição da qualidade de vida do idoso, com custos monetários individuais e nacionais. Fatores de risco e de vulnerabilidade dinâmicos devem ser abordados para prevenção ou deteção precoce; os mais importantes relacionam-se com saúde mental como demência e depressão, com saúde física devido a limitação funcional, com abuso de substâncias, e com dependência funcional, económica ou emocional. A pandemia COVID-19 permitiu a insurgência do abuso, por agravamento dos fatores de risco e vulnerabilidade e por disrupção de serviços preventivos e protetivos. Não existem descritos achados patognómicos de abuso. A literatura existente carece de respostas acerca da otimização da avaliação e abordagem; no entanto, valoriza-se a entrevista médica, de forma aberta e empática, e o juízo profissional, e prefere-se a multidisciplinaridade. O médico deve tratar as lesões ou condições agudas, assegurar a segurança imediata do idoso, e referenciar na suspeita de abuso. As condutas do abuso são incriminadas pelo Direito português e o funcionário público é obrigado à denúncia destes.

Conclusão: Esta problemática tão presente e atual carece de investimento no estudo da abordagem e na formação e consciencialização. Durante a pandemia, o médico deve-se adaptar às limitações impostas, aproveitando as possibilidades da telemedicina, e deve-se priorizar a criação de políticas que protejam os idosos mais vulneráveis.

Palavras-chave: Abuso de Idosos; Epidemiologia; Diagnóstico; Normas; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: Elder abuse, a worldwide public health problem and a violation of human rights, is highly underreported and hidden, and remains a neglected world health priority, and a taboo topic in Portugal, despite being an ageing society where every physician contact a victim daily. Interpersonal violence increases and intensifies during critical times, such as the present COVID-19 pandemic.

Objectives: To analyse and summarise the literature on elder abuse, including a description of risk and vulnerability factors, particularly modifiable ones, the impact of the COVID-19 pandemic, and strategies for identification, approach, and prevention. It will serve as an awareness-raising tool and guide for the professional who meets older people.

Discussion: Five types of abuse are described: physical abuse, psychological abuse, sexual abuse, financial exploitation, and neglect. The worldwide prevalence is 15.7% of elderly victims; there is an underestimation, a consequence of voluntary or involuntary concealment by the elderly, and under-reporting by doctors due to difficult diagnosis, inexperience, and insecurity of approach, coupled with the problem of medical secrecy and the doctor-patient relationship. The sequelae of elder abuse go beyond immediate pain and injury; it complicates with increased mortality and hospitalisation and decreased quality of life for the elderly, with individual and national monetary costs. Dynamic risk and vulnerability factors must be addressed for prevention or early detection; the most important relate to mental health such as dementia and depression, to physical health due to functional limitation, to substance abuse, and to functional, economic, or emotional dependence. The COVID-19 pandemic has allowed abuse to emerge, by exacerbating risk and vulnerability factors and disrupting preventive and protective services. There are no described pathognomonic findings of abuse. The existing literature lacks answers about the optimisation of assessment and approach; however, open and empathic medical interview and professional judgement is valued and multidisciplinary approach is preferred. The physician should treat acute injuries or conditions, ensure the immediate safety of the older person, and refer on suspicion of abuse. Abuse conducts are incriminated by Portuguese Law and the public official is obliged to report them.

Conclusion: This very present and current problem needs investment in the study of approach, in training and awareness. During the pandemic, doctors must adapt their approach to the limitations imposed, taking advantage of the possibilities of telemedicine, and priority must be given to the creation of policies that protect the most vulnerable elderly.

Keywords: Elder Abuse; Epidemiology; Diagnosis; Guidelines; COVID-19.

1. LISTA DE ABREVIATURAS

AMT-4	Abbreviated Mental Test 4
APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
EAI	Elder Assessment Instrument
EASI ©	Elder Abuse Suspicion Index ©
ED Senior AID	Emergency Department Senior Abuse Identification
H-S/EAST	Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test
ISAPI	Índice de Suspeita de Abuso a Pessoas Idosas
VAAS	Vulnerability to Abuse Screening Scale

2. INTRODUÇÃO

A acentuação progressiva do envelhecimento da população, analisando os resultados dos Censos 2021 da população portuguesa (disponíveis na PORDATA), evidencia um índice de envelhecimento de 182,1%. Assim, em 2021, por cada 100 jovens, existem 182 idosos portugueses. A percentagem da população idosa representa 23,4%, com quase 2,5 milhões de idosos portugueses. (1)

Prevê-se um agravamento da violência contra a população idosa, alicerçado no aumento dramático desta faixa etária e na fragilidade de sistemas de proteção. O abuso de idosos é, segundo a Declaração de Toronto, uma violação de direitos humanos global, um problema de saúde pública que carece de mais interesse social e político. (2)

O relatório estatístico anual da APAV em 2020 revelou que 1629 idosos foram vítimas de violência nesse ano, e ainda fez um retrato da vítima idosa típica: uma mulher de 76 anos, vítima de um crime cometido por um filho ou um cônjuge. Comparando a relatórios de anos anteriores, nota-se um aumento progressivo do número de vítimas. (3)

A pandemia por SARS-CoV-2 veio destabilizar o quotidiano mundial, e poderá também ser um fator que vem alterar a realidade conhecida acerca da violência contra o idoso, não só a nível de incidência, como a nível da atuação pelos profissionais de saúde, criando um novo desafio médico, comunitário e político.

Pode-se então afirmar um envelhecimento demográfico português que, aliado à evolução da pandemia SARS-CoV-2, justifica a presente revisão narrativa sobre o abuso de idosos, que aborda as definições conceituais e tipologias, a epidemiologia, as consequências sanitárias, os fatores de risco e de vulnerabilidade, o impacto da pandemia SARS-CoV-2, os achados da violência observáveis pelo médico, a avaliação do abuso, a abordagem pelo médico, e ainda uma reflexão ética e jurídica.

3. METODOLOGIA

Para a elaboração desta revisão literária, foram utilizados artigos obtidos através da pesquisa na base de dados *PubMed* durante o ano de 2021, com uma equação de pesquisa que combinou o descritor MeSH “*elder abuse*” com os qualificadores “*classification*”, “*epidemiology*”, “*statistics and numerical data*”, “*etiology*”, “*physiopathology*”, “*mortality*”, “*diagnosis*”, “*prevention and control*”, e “*therapy*”, com os critérios de exclusão os artigos anteriores ao ano de 2011 e os com idiomas não inglês ou português. Foram incluídos artigos de revisão, artigos científicos originais, revisões sistemáticas e meta-análises. Do total de 733 artigos desta pesquisa inicial, foram selecionados primeiramente consoante a relevância do título, seguidamente consoante a pertinência do resumo, e ultimamente consoante a informação integral do artigo, tendo como alvo a revisão da literatura de maior relevo para o presente tema.

De forma a alargar a pesquisa, ainda foram consultadas referências bibliográficas dos artigos inicialmente recolhidos, artigos da base de dados *ClinicalKey*, e programas da Direção-Geral de Saúde e da Organização Mundial de Saúde. Para elaborar uma abordagem ética e jurídica, ainda foram consultados o Regulamento de Deontologia Médica, o Código Penal e o Código de Processo Penal portugueses. E ainda foram utilizadas anotações pessoais de temas abordados no *webinar* “*The Impact of COVID-19 on Violence, Abuse and Neglect of Older Persons*” na comemoração do Dia Mundial da Consciencialização da Violência contra a Pessoa Idosa de 2020.

Perfez-se um total de 59 referências bibliográficas para a realização da presente revisão literária.

4. DISCUSSÃO

4.1. Definições Conceituais

Para abordar o tema do abuso do idoso, cria-se a necessidade de definir e clarificar os conceitos relevantes a esta temática.

Idoso é qualquer pessoa cuja idade cronológica é de 65 anos ou mais, em Portugal. Este valor varia consoante regiões, e é dependente de variáveis socioculturais, como idade de reforma ou esperança média de vida, e individuais. (4)

O abuso do idoso é definido como (a) ato ou omissão intencionais, (b) cometidos por qualquer pessoa que mantém uma relação com expectativa de confiança, (c) e que causem ou criem dano ou risco de dano a um idoso. (5,6)

Ato ou omissão intencionais são realizados deliberada e voluntariamente, independentemente se houve ou não intenção das suas consequências. (5) Esta compreensão da intenção é indispensável para o desenho de estratégias de prevenção e intervenção adequadas e efetivas. (5)

Na expectativa de confiança existe numa relação entre um idoso e um ente querido, cuidador, amigo ou qualquer profissional cuja profissão o legalmente obriga, e é baseada no assentimento de responsabilidade de cuidado e proteção devido a convenções legais e/ou sociais. Espera-se que os indivíduos supramencionados ajam com o objetivo de beneficiar o idoso. (5) Cuidador providencia assistência às atividades da vida diária ou às atividades da vida diária instrumentais de um idoso; pode ser formal, sendo associado a um sistema de serviços, quer seja voluntário ou remunerado, ou ser informal, comumente um familiar, um amigo ou um vizinho. (5)

Dano é a disrupção imediata ou tardia da saúde física, cognitiva, emocional, social ou financeira de um indivíduo. (5)

Incluem-se cinco tipos major de abuso do idoso: abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, exploração financeira, e negligência. (5–7) Embora o abuso de idosos possa ser subdividido em várias categorias, as vítimas frequentemente sofrem simultaneamente vários subtipos de abuso. (6)

4.1.1. Abuso Físico

Abuso físico é o uso de força física que provoque doença aguda ou crónica, lesão corporal, dor física, disfunção funcional, sofrimento ou morte. (5,6) Exemplos de abuso físico incluem: golpear; atingir; bater; arranhar; morder; sufocar; empurrar; agitar; esbofetear; pontapear; pisar; beliscar; queimar; puxar cabelo; uso inapropriado de contenção física ou química; alimentação forçada; e castigos físicos. (5,6)

4.1.2. Abuso Psicológico

Abuso psicológico é o comportamento verbal ou não verbal que resulte na infligência de angústia, dor mental, medo ou sofrimento, a curto ou longo-prazos, e pode variar consoante as normas culturais. (5,6) Exemplos de abuso psicológico incluem: humilhação, degradação, insulto ou desvalorização; ameaças verbais ou não verbais de maus-tratos físicos, sexuais ou psicológicos, negligência ou abandono, com a intenção de mudar ou manipular o comportamento da vítima como resposta; assédio; e controlo coercivo ou isolante. (5,6)

4.1.3. Abuso Sexual

Abuso sexual é uma ação sexual forçada e/ou indesejada. (5,6) Exemplos de abuso sexual incluem: contacto completo ou tentado, forçado e/ou indesejado, entre pénis, vulva, ânus ou boca, com ou sem penetração; penetração forçada e/ou indesejada genital ou anal por dedo, mão ou objeto; toque forçado e/ou indesejado de genitais, ânus, virilha, mamas, nádegas ou coxa, quer diretamente ou através do vestuário; procedimentos injustificados, intrusivos e/ou dolorosos no cuidado das áreas genitais ou perianais; e atos, sem contacto, de natureza sexual, forçados e/ou indesejados, como forçar a ver materiais pornográficos, fotografar para gratificação sexual, voyeurismo, e assédio sexual verbal ou comportamental. (5,6)

4.1.4. Exploração Financeira

Exploração financeira é o uso ilegal, desautorizado ou impróprio dos recursos individuais da vítima, para o benefício de alguém que não a mesma. (5) Exemplos de exploração financeira incluem: privação do acesso a, da informação acerca, ou do uso de benefícios, recursos, pertences ou ativos; roubo; assinaturas de cheques fraudulentas; e

mudança de testamento inapropriada. (5,6,8)

4.1.5. Negligência

Negligência é o insucesso na proteção contra dano ou na resposta às necessidades de cuidado médico essencial, nutrição, hidratação, higiene, vestuário, abrigo, atividades da vida diária, ou instrumentos de assistência (como bengalas, óculos ou aparelhos auditivos), por parte do cuidador ou de alguém com uma relação de confiança, resultando no comprometimento da saúde e segurança. (5,6) A negligência pode ou não ser intencional. (6,9)

4.1.6. Autonegligência

Autonegligência é um conceito distinto, mas um fenômeno importante. É uma forma de autoviolência, que pode coocorrer com ou ser consequência de abuso, que carece ainda de definição uniforme aceita. É um comportamento que geralmente se manifesta com recusa de comida, água, vestuário, abrigo, higiene e segurança adequados. Respeitando as considerações éticolegais de autodeterminação num idoso competente, deve-se investigar se é uma conduta consciente e voluntária, compreendendo as suas consequências. (5)

4.2. Epidemiologia

O abuso de idosos afeta, globalmente, cerca de 141 milhões de idosos, (10) aproximadamente 1 em 6 idosos. Compreender a magnitude desta problemática é crucial para a sua prevenção.

Globalmente, a prevalência anual de abuso de idosos no ambiente comunitário é de 15,7%. (10) A prevalência dos subtipos é de: 11,6% de abuso psicológico; 6,8% de exploração financeira; 4,2% de negligência; 2,6% de abuso físico; e 0,9% de abuso sexual. (10)

Em Portugal, a prevalência anual estimada é de 12,3%. (11) A prevalência dos subtipos é de: 6,3% de abuso psicológico; 6,3% de exploração financeira; 2,3% de abuso físico; 0,4% de negligência; e 0,2% de abuso sexual. (11) 3,4% dos idosos sofreram mais do que um tipo de comportamento violento. (11) Os grupos de idosos mais vulneráveis ao

abuso são: as mulheres, os com baixo nível de escolaridade, os de faixas etárias mais velhas, e os doentes crónicos ou com incapacidade funcional. (11) No entanto, estas prevalências poderão estar subvalorizadas.

4.2.1. Subestimação da Prevalência

O idoso não denuncia o abuso devido a medo, culpa, ignorância ou vergonha, (12) especialmente se o abusador é o único cuidador disponível. (12) Em Portugal, apenas um terço das vítimas procura ajuda. (11) A vítima poderá ser incapaz, devido às limitações físico-cognitivas, de denunciar o abuso. (7,13–15) Existem barreiras linguísticas e culturais que podem dificultar a denúncia; (7,16) membros de minorias, devido à má fluência linguística ou ao estado de cidadania e medo de deportação, podem procurar menos ajuda. (16)

O clínico subdenuncia o abuso devido a: pobre reconhecimento; desconhecimento sobre o processo de denúncia e ausência de protocolos; preocupações acerca do segredo médico, confidencialidade e confiança do doente; consequências negativas da denúncia como a institucionalização do idoso ou a retaliação do abusador contra a vítima; os escassos achados que corroboram o abuso; receio dos falsos-positivos; envolvimento num processo judicial longo. (6,9,12,14,17)

Também os óbitos dos idosos são menos prioritários e pobremente investigados, devido ao elevado número de mortes relativamente aos recursos disponíveis e à imputação em causas naturais. (18)

Todos os profissionais de saúde irão avaliar ou cuidar de um doente vítima de alguma forma de violência familiar ou doméstica. (12)

4.3. Consequências

Vários fatores tornam o abuso de idosos numa problemática de saúde pública, por um lado devido à moda demográfica do envelhecimento das populações, (5) por outro pelas as consequências físicas, psicológicas, económicas e sociais. É necessário identificar, e intervir, o abuso, não só para aliviar os efeitos físicos e psicossociais, como também para prevenir os riscos a longo-prazo. (6)

No entanto, nenhum dos 169 alvos das 17 metas globais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas endereça explicitamente este tema.

4.3.1. Impacto Individual

As consequências físicas do abuso incluem: lesões físicas como contusões, lacerações, fraturas dentárias ou ósseas, úlceras de pressão; dor física crônica; malnutrição e desidratação; insônia; aumento de suscetibilidade a doenças como asma e síndrome metabólica; e exacerbação de condições pré-existentes. (5,12,19,20)

As consequências psicológicas do abuso incluem: sintomas emocionais de stress, humor depressivo, ansiedade e ideações suicidas; suscetibilidade a doenças psiquiátricas como síndrome de stress pós-traumática, fibromialgia e ansiedade generalizada, e maiores taxas de tentativa de suicídio. (5–7,12,19–21) As vítimas reportam maior sofrimento devido à dor mental do que devido à dor física. (22)

Também o isolamento social é uma consequência, quer por imposição pelo abusador, quer por opção da vítima. (5)

O abuso exponencia os gastos em cuidados médicos, e diminui a qualidade de vida e a qualidade da vida de relação. (6,19) Aumenta o risco de mortalidade, institucionalização e hospitalização dos idosos. (6,7,9,19,22) A mortalidade no idoso está associada a vários fatores: dieta e estilo de vida, estado de saúde, disfunção física, fragilidade, depressão, disfunção cognitiva, isolamento social, envelhecimento (22) e o abuso de idosos partilha vários fatores de risco e de vulnerabilidade. As mulheres e os membros de minorias étnico-raciais são quem apresentam maiores taxas de mortalidade. (22,23)

As vítimas de negligência são as que apresentam piores taxas de sobrevivência. (22) Explica-se por precisarem de mais cuidados, apresentarem doenças significantes e, conseqüentemente, menores reservas fisiológicas para amenizar as sequelas da negligência. (22)

Empiricamente, tende-se a caracterizar a exploração financeira como menos séria que uma violência física, e tende a ser desvalorizada pelos profissionais de saúde ou pelos serviços sociais, (8) mas as vítimas deste subtipo de abuso apresentam, a par com as de negligência, as piores taxas de sobrevivência, (22) não diferindo significativamente do outro grupo. De notar que tem a característica incomum de poder ser perpetuada remotamente, na ausência do idoso. (21) São idosos que têm mais disfunção cognitiva e isolamento social, (8,22) impacto severo na qualidade de vida e na independência, e consequências psicológicas como depressão, ansiedade e ideações suicidas. (21) A estabilidade

económica individual é uma determinante social chave de saúde e de longevidade, e a gestão das próprias finanças é uma atividade da vida diária instrumental. (8)

Esta melhor compreensão da relação entre o abuso e a morbimortalidade dos idosos pode motivar a deteção e a intervenção pelos profissionais de saúde.

4.3.2. Impacto Socioeconómico

Os gastos monetários públicos pelos recursos comunitários, legais e policiais são significativos, (6,12) resultado do aumento das visitas ao serviço de urgência e do aumento do risco de hospitalização, (5) pelos cuidados de saúde à lesão aguda e às sequelas a longo-prazo e crónicas.

4.4. Fatores de Risco e de Vulnerabilidade

O abuso de idosos é um fenómeno complexo com vários fatores de risco e de vulnerabilidade a considerar, incluindo as características da vítima e do abusador, as perceções sociais, e o ambiente em que a relação se insere. (6)

Identificar estes fatores guia o médico a identificar casos de alto-risco e fatores que, se mitigados, podem reduzir a prevalência do abuso. (14,24) Ao existirem fatores de vulnerabilidade e de risco, é necessário a criação de soluções políticas-sociais baseadas nos mesmos. (13)

Estes fatores podem ser estáticos ou dinâmicos. (24) Os dinâmicos podem ser modificados por intervenções a curto ou longo-prazo, e como tal, têm um papel crucial na intervenção do risco de violência. (24)

No entanto, estudos longitudinais que identifiquem a causalidade são de difícil execução devido à elevada mortalidade das vítimas de abuso. (24)

Podem caracteriza-se fatores de risco do abusador e fatores de vulnerabilidade da vítima, (24) e facilmente se encontram co dependência ou causalidade entre os vários fatores.

De notar, que o abuso acontece também na ausência dos fatores mencionados, (14) pelo que é necessário um elevado índice de suspeição para a sua identificação.

4.4.1. Fatores de Risco do Abusador

4.4.1.1. Saúde Física

Doenças crônicas, má saúde física, limitação funcional, e declínio agudo da saúde do abusador são fatores de risco. (24) Estes cuidadores mais facilmente negligenciam o idoso, especialmente quando o cuidado é da responsabilidade do cônjuge também idoso. (24)

4.4.1.2. Saúde Mental

Doenças mentais, disfunção cognitiva e distúrbios de personalidade, que resultem em problemas de humor ou comportamento, são fatores de risco. (9,12,17,24) De maior peso, são depressão (a mais comum), demência, e disfunção cognitiva. (24) Ocorre diminuição da capacidade de cuidar e desenvolvimento ou manutenção de outros fatores de risco, como dependência, expectativas irrealistas das capacidades do idoso, descontrole emocional. (24)

Por ser uma forma mais planejada do que reativa de abuso, a doença mental do abusador não permite facilmente a vitimização por exploração financeira. (21)

4.4.1.3. Abuso de Substâncias

As consequências de saúde, ocupacionais, financeiras, sociais ou legais derivadas do uso de substâncias ilegais ou abuso de substâncias legais, como álcool ou fármacos, são fatores de risco. (9,12,17,24) Causa exploração financeira para sustentar a compra das substâncias, problemas de dependência do idoso e de desemprego, desinibição de abuso físico, e preterição do cuidado do idoso. (24)

É descrito como o melhor fator preditor de abuso, devido à sua associação consistente. (24)

4.4.1.4. Dependência

A dependência financeira, emocional ou funcional do abusador pela vítima é fator de risco. (9,24) É particularmente relevante quando o abusador é filho ou genro/nora. (13,24) Poderá tentar obter recursos através do abuso (24). Gerem-se raiva e frustração, que podem piorar o relacionamento. (24)

4.4.1.5. Stress e Mecanismos de Enfrentamento

A incapacidade de enfrentar os stresses do dia-a-dia é um fator de risco. (24) Relaciona-se com a reação a eventos stressantes da vida e os mecanismos inapropriados de enfrentamento, (24) especialmente durante o cuidado ao idoso. Ocorre frustração pelo comportamento disruptivo, violento, retaliatório, teimoso ou humilhante do idoso. (24) O *burnout* do cuidador tem um peso importante, tanto pelo desconhecimento de ferramentas de enfrentamento como pela percepção da vítima como a origem do stress. (24)

Noutros casos, violenta-se a vítima como enfrentamento dum stress externo, criando um bode expiatório. (24)

A resiliência é fator protetor. (24)

4.4.1.6. Atitudes

Certas atitudes para com os idosos e o seu cuidado são fatores de risco. (24) Discriminação etária, intolerância perante o comportamento disruptivo do idoso, falta de empatia ou compreensão, relutância e ressentimento em cuidar geram abuso. (24)

Podem-se desvalorizar as necessidades do idoso por percepção da sua menor contribuição para a sociedade. (24)

Também são fatores de risco: traços de personalidade narcisista, hostil, hipócrita, impaciente ou impulsivo; comportamento antissocial, história criminal de detenções e, agressividade. (24)

4.4.1.7. Vitimização

Ser vítima ou testemunha de abuso prévio, seja conjugal, contra crianças, ou padrões de violência intrafamiliar, na infância ou na adolescência, é fator de risco. (12,24) Gera problemas de ajuste psicossocial: filhos e netos adultos usam técnicas violentas de resolução de problemas que aprenderam na infância. (12,24) O abusador aprende o comportamento violento a partir da sua família, da sua comunidade, e da sua cultura. (12)

Similarmente, cuidadores que experienciaram negligência na infância, mais provavelmente negligenciarão quem cuidam. (12,24)

No entanto, parece não haver evidência de violência motivada pela vingança, com a reversibilidade dos papéis (vítima idosa ter abusado filho, agora adulto). (24)

4.4.1.8. Relações

São fatores de risco: dificuldade em criar ou manter relações positivas e prossociais, românticas ou não-íntimas; relações conflituosas; isolamento social; e falta de rede social de apoio. (24) Os cuidadores não têm com quem interagir em atividades prazerosas, têm menor controle do seu tempo, menos privacidade, mais stress, depressão e sentimentos de raiva; todos fatores de risco para abuso. (24)

A falta de apoio traz pensamentos que ninguém saberá ou se importará com o comportamento abusivo, o que o perpetua. (24)

4.4.2. Fatores de Vulnerabilidade da Vítima

Embora a literatura demonstre que fatores de vulnerabilidade podem colocar a vítima em risco de abuso, isto não sugere que a vítima tenha culpa. Nunca têm culpa pelo comportamento do abusador. Apenas são considerados porque uma intervenção eficaz implica a compreensão das causas do comportamento abusivo.

4.4.2.1. Saúde Física

Doenças crônicas, má saúde física, limitação física, e declínio agudo de saúde aumentam fragilidade, isolamento e dependência, e diminuem a autoestima, criando vulnerabilidade ao abuso. (6,7,9,13,17,24)

Também criam dificuldade em se proteger e em denunciar o abuso por incapacidade física. (24)

4.4.2.2. Saúde Mental

Doenças mentais, distúrbios cognitivos e distúrbios de personalidade, que resultem em problemas cognitivos, de humor ou do comportamento, criam vulnerabilidade ao abuso. (6,7,9,12,13,17,24) A depressão e a demência têm um peso extraordinário. (6,9,12,17,24,25) Também contribuem para o desenvolvimento ou manutenção de outros fatores de vulnerabilidade: comportamento provocador, vergonhoso, invasivo ou agressivo da demência, que precipita o abuso. (7,9,13,17,24)

As consequências da doença mental, como incapacidade cognitiva, isolamento, e diminuição da procura de ajuda, dificultam a denúncia do abuso. (24)

4.4.2.3. Abuso de Substâncias

As consequências de saúde, ocupacionais, financeiras, sociais ou legais derivadas do uso de substâncias ilegais ou abuso de substâncias legais, como álcool ou fármacos, são fatores de vulnerabilidade. (12,24) A intoxicação prejudica a sua capacidade de proteção, escape, procura de ajuda, reconhecimento da extensão das suas lesões, e percepção da perigosidade ou abusividade da situação onde se encontra. (24)

Cria isolamento social e autonegligência. (24)

4.4.2.4 Dependência

Gera-se vulnerabilidade ao abuso quando a vítima apresenta dependência funcional, financeira, social ou emocional. (7,9,13,17,24) A dependência devido a limitação física é mais associada a abuso físico, enquanto a dependência devido a condições médicas é mais associada à negligência. (9) Idosos acamados, ao contrário do que deambulam, são mais frequentemente vítimas de negligência do que de abuso físico. (9)

Há diminuição da procura de ajuda, não só, pela dependência para transporte, como pela preocupação da disrupção do seu cuidado, especialmente se não for assegurado por outro. (24)

Há um aumento exponencial do isolamento. (24)

4.4.2.5. Stress e Mecanismos de Enfrentamento

São raras as vítimas que empregam estratégias ativas de resolução do abuso; optam por estratégias passivas, como retirar-se do ambiente, terminar o contacto, ou nada, o que aumenta a sua vulnerabilidade. (24)

A autonegligência é uma importante manifestação de pobres mecanismos de enfrentamento ao stress. (24)

4.4.2.6. Atitudes

Várias atitudes ao abuso são fatores de vulnerabilidade, como minimização do comportamento do abusador, autculpabilidade, perdão do abuso, estoicismo, autodepreciação e apatia. (24)

A vítima não valoriza adequadamente a sua segurança e saúde, o que aumenta o isolamento, e diminui a autoproteção, a denúncia e a procura de ajuda. (24)

Estas atitudes também são motivadas por medo de represálias, encarceramento do

seu cuidador, dúvidas acerca da intervenção, sentimentos de vergonha e responsabilidade pelo abuso por parte dos filhos e netos que criaram e educaram. (24) Esta vergonha e lealdade pela família têm um papel importante em culturas que valorizam grandemente a família, (24) como a cultura portuguesa.

4.4.2.7. Vitimização

Um idoso vítima ou testemunha de abuso prévio, como abuso físico ou negligência na infância, ou abuso conjugal, é vulnerável ao abuso. (24)

4.4.2.8. Relações

Relações conflituosas, isolamento social, estado civil de viuvez, divórcio, ou separação, ausência de contactos e falta de rede de apoio social são fatores de vulnerabilidade. (7,9,12,13,17,24)

Há um impacto importante na saúde mental do idoso quando há uma relação conflituosa com o filho adulto (24)

O isolamento social cria solidão e sensação de abandono. (9,12,17,24)

O apoio social é fator protetor, por amortecer stress, depressão, e problemas de saúde, e aumentar a possibilidade de deteção precoce do abuso. (24)

No entanto, viver acompanhado pode não ser protetor, se vive com abusador, devido à falta de privacidade e à disrupção da vida diária para ambos, criando conflito. (7,9,12,13,17)

4.4.2.9. Perfil

Neste subcapítulo ainda se descrevem vários fatores estáticos que vulnerabilizam o idoso ao abuso.

Ser mulher. (6,7,9,13,17) As mulheres têm maior esperança média de vida, criando-se um viés que poderá sobrestimar o abuso. No entanto, globalmente, 30% das idosas que tiveram um cônjuge sofreram de abuso físico e/ou psicológico ao longo da sua vida. (13) Mulheres que sobreviveram uma relação conjugal violenta continuam a experienciar os efeitos negativos durante a terceira idade, (26) justificando a importância da sua monitorização clínica e do seu apoio enquanto idosas. Além das sequelas da violência conjugal, como trauma cranioencefálico, doenças infecciosas, disfunção motora, abuso de substâncias, ou dependência financeira, favorece-se um maior estado de fragilidade, propensão a comorbilidades, e mortalidade precoce. (26) A normalização de violência no seio familiar também gera mais abuso contra a idosa por outros familiares. (26)

No entanto, também os homens idosos são expostos ao abuso, e geralmente relaciona-se com a vulnerabilidade do envelhecimento. (27) Tradicional e culturalmente, os homens são considerados mais resilientes, e poderão subvalorizar e não denunciar o abuso. (27)

A idade. Existem estudos que indicam que as faixas etárias mais velhas são as mais vulneráveis ao abuso (6,9) a título da sua fragilidade; no entanto, outros indicam que as mais novas são as mais vulneráveis, (7) por viverem com o cônjuge ou com a filiação, frequentemente os autores do abuso. Porém, deve-se considerar o viés da menor denúncia em faixas etárias mais velhas.

A população idosa perfaz a maior proporção dos indivíduos institucionalizados, (28) e a prevalência de abuso de idosos, e dos seus subtipos, é superior em ambientes institucionais em comparação aos comunitários. (6,9,28) A avaliação dos fatores de risco e de vulnerabilidade explicam esta maior prevalência. A população residente é maioritariamente feminina, (28) apresenta comorbilidades mentais, físicas e comportamentais, fragilidade e disfunção funcional, criando uma elevada dependência pelo pessoal profissional das instituições, (28) e trata-se dum ambiente stressante para os profissionais, que se autoavaliam como emocionalmente exaustos e sobrecarregados. (28) Cria-se um ambiente propício ao abuso de idosos, com fraca possibilidade de denúncia, devido à inabilidade de comunicação ou ao medo de repercussões ou de retaliação. (28)

Ser minoria etnicorracial também aumenta a vulnerabilidade ao abuso. (6,9)

O baixo rendimento económico e um diminuído nível de escolaridade também criam vulnerabilidade. (7,9,12,13)

Os doentes oncológicos idosos mais frequentemente apresentam comorbilidades múltiplas, declínio cognitivo, dependência funcional, malnutrição, depressão, e polifarmacologia, o que aumenta a sua vulnerabilidade a abuso. (29)

4.5. Impacto da Pandemia SARS-CoV-2

COVID-19 é uma doença causada pela infeção pelo vírus SARS-CoV-2. Até à data, foi fabricada e disponibilizada uma variedade de vacinas; no entanto, o distanciamento físico continua uma medida importante de prevenção da infeção. (30,31)

Os profissionais de saúde e o legislador devem estar preparados para lidar com um aumento da incidência e da gravidade de abuso de idosos, durante a presente crise de

saúde pública. (32,33) A violência interpessoal tende a aumentar e a se intensificar durante intervalos de inquietação, incluindo durante quedas económicas e catástrofes naturais. (32)

Já estudos comprovaram o aumento do abuso de idosos durante a pandemia. (33,34)

4.5.1. O Contexto Pandémico

A pandemia COVID-19 exacerbou discriminações etárias toleradas e sistémicas. (35) Emergiram linguagens, estereótipos, estigmas e práticas discriminatórias contra os idosos devido à sua maior fatalidade por COVID-19. (34,36) Esta discriminação etária exacerba a solidão e a doença mental. (36)

Sucederam respostas de apoio positivas a idosos durante a pandemia: a perceção inicial de o idoso ser a faixa etária mais vulnerável a sequelas e a morte criou políticas que limitam a sua exposição à infeção, como horários específicos para idosos em lojas. (35) Isto por um lado há benefício na saúde física e autoperceção dos idosos, por outro lado cria isolamento e solidão, disrupção da rede social e de atividades com pares por encerramento dos centros comunitários e locais de culto, bem como, estereotipa o idoso como frágil, doente, fraco e um fardo para a comunidade, podendo culminar em terapias insuficientes e menos agressivas. (35)

Existiram várias respostas negativas e discriminatórias durante a pandemia: práticas de saúde discriminatórias, triando as vidas dos idosos como menos prioritárias, ignorando outros fatores como a saúde funcional; interações sociais como o *#BoomerRemover*, refletindo baixa empatia com a elevada mortalidade dos idosos; protestos anti-máscaras e anti-quarentena alimentados por perceção do menor valor das vidas idosas. (35) Desta forma, aumenta a inadequação do cuidado de saúde (devido à escassez de recursos e priorização de vidas mais jovens), e a depressão e a ansiedade no idoso, por autoperceção negativa. (35)

4.5.2. O Idoso Vulnerável

Há aumento da vulnerabilidade durante a pandemia. (32,33,37)

O distanciamento físico e o controlo de fronteiras aumentaram a vulnerabilidade. Aumenta a negligência por diminuição dos cuidados, por medo de contacto físico com idoso. (30,31) Ocorreu disrupção e limitação de relações interpessoais fortes e diversas, do apoio social e de organizações comunitárias, que são fatores protetores de abuso. (30–33,38)

A solidão, o stress financeiro e a preocupação com as suas doenças crónicas e com a elevada fatalidade à COVID-19 aumentam a ansiedade e o humor depressivo. (31,33)

A extensão do contacto com os potenciais abusadores no mesmo domicílio pode exacerbar conflitos. (32)

Com a diminuição dos funcionários dos lares, por doença ou pelo distanciamento obrigatório, há uma diminuição dos cuidados ao idoso, e a suspensão de visitas dos familiares e amigos diminui a possibilidade de revelação do abuso.

4.5.3. O Cuidador Tenso

A tensão financeira impacta negativamente as interações interpessoais, através da génese de um ambiente hostil e disruptivo e da preocupação coletiva acerca do futuro familiar. (32,33,38) Há instabilidade económica, devido a despedimentos e diminuição dos horários, que culmina na redução da capacidade de apoio aos pais idosos e até necessidade de pedir-lhes ajuda financeira. (30,31)

Também há a possibilidade de exacerbação ou recaída do abuso de substâncias. (31)

4.5.4. Mitigação da Disrupção

Os idosos com fortes relações comunitárias experienciaram menos abuso durante a pandemia. (32) A identificação e criação de mecanismos de suporte comunitário devem então ser uma prioridade política.

A telemedicina tornou-se uma norma emergente durante a era COVID-19, e pode apresentar oportunidades de rastreio que revelem casos que não seriam identificáveis durante visitas ao serviço médico. (31,32) Podem-se observar as condições domiciliárias e as interações sociais. (31,32) É uma oportunidade de dar apoio ao cuidador e avaliar o seu nível de stress e de capacidade de cuidar. (31)

Podem-se emparelhar testes laboratoriais ou exames imagiológicos com visitas presenciais oportunistas. (23)

Alternativamente, podem-se usar as tecnologias virtuais para manter o contacto; (31) distanciamento físico não implica distanciamento social, num mundo tecnológico. No entanto, muitos idosos não são tecnologicamente experientes ou não têm capacidade financeira para suportar os dispositivos eletrónicos ou a internet, e embora certas tarefas possam ser substituídas por interações virtuais, como o lembrete da medicação, muitos

cuidados necessitam de contacto físico e presencial.

Na comemoração do Dia Mundial da Consciencialização da Violência contra a Pessoa Idosa, em 2020, debruçou-se, no *webinar* “*The Impact of COVID-19 on Violence, Abuse and Neglect of Older Persons*”, patrocinado pelo Comité do Envelhecimento de Geneva, pelas Nações Unidas, pela Organização Mundial da Saúde, entre outros, sobre o impacto da pandemia no abuso do idoso. Destacando alguns tópicos, concluiu-se que a violência contra o idoso é uma violação dos direitos humanos subnotificada e ocultada, que a população idosa é estigmatizada através de linguagem abusiva nos media convencionais e sociais, e que a pandemia expôs um mundo histericamente discriminatório.

Embora a discriminação etária e a falta de políticas governamentais protetoras da pessoa idosa já preexistissem, a pandemia dramaticamente exacerbou o estigma social e o preconceito. O tratamento da pessoa idosa é visto como menos importante num contexto de recursos limitados, apesar da dignidade não diminuir com a idade.

4.6. Marcadores da Violência

4.6.1. Do Abuso Físico

4.6.1.1. Na Anamnese

Os idosos que tentam esconder o abuso normalmente justificam as lesões com o mecanismo duma queda e com uma tendência própria a sofrer acidentes. (9,14,16)

Lesões discordantes com o mecanismo proposto pelo idoso ou pelo cuidador e o atraso na procura de ajuda são alarmantes. (6,7,9,14,16,17)

As lesões resultam mais frequentemente de mecanismos com partes corporais do abusador, como a mão ou o pé, do que com armas. (9)

É frequente a presença de dor e de humor deprimido. (7)

Existem descritos numerosos precipitantes agudos de abuso físico: ameaça do envolvimento das autoridades; discussão acerca assuntos domésticos menores, como fechar a porta ou deixar a televisão ligada, ou acerca da contribuição monetária do filho ou neto adulto dependente; confronto acerca da exploração financeira, como recusa de

perpetuar o apoio financeiro ao abusador; proibição da permanência do abusador na habitação; discussão multigeracional acerca da educação ou da custódia de netos, frequentemente na presença da criança; confronto acerca do uso de substâncias do abusador; saída a meio de uma discussão para acalmar a situação, sendo paradoxalmente um gatilho para o abuso; testemunho de ou intervenção em violência familiar, como conjugal ou infantil; conflito numa relação romântica, como suspeita de infidelidade ou término de relação; entre outros. (39) Esta compreensão de possíveis gatilhos ajuda o desenvolvimento de estratégias de prevenção. (39) Mostra também o importante papel do fator de risco do abuso de substâncias do abusador ou as implicações da exploração e dependência financeiras.

4.6.1.2. No Exame Objetivo

O abuso físico é a forma de abuso mais facilmente detetável pelo exame objetivo, mas permanece um diagnóstico difícil devido às lesões acidentais e ao envelhecimento dos doentes geriátricos, que mimetizam abuso. (15,16) Quando se examina um doente geriátrico traumático, devem-se procurar sinais de lesões intencionais. (16)

Não existem lesões patognómicas de abuso. (6,7)

As manifestações de abuso físico são: abrasões, lacerações, hematomas, fraturas, marcas do uso de contenção física, queimaduras, delirium. (7) A lesão mais comumente descrita é o hematoma. (40)

Os locais mais frequentes são: a cabeça, o pescoço, e os membros superiores. (7,9,16,40,41) São especialmente alarmantes as lesões do pescoço, auriculares ou da hemiface esquerda. (15,16,40,41)

No contexto das fraturas maxilofaciais, as mandibulares e zigomáticas são mais frequentemente devido a um murro do que a queda, enquanto a queda tipicamente resulta em fraturas orbitárias ou nasais. (7,9,16,42)

O abuso físico frequentemente resulta em lesões da cavidade oral, potencialmente observáveis pelo estomatologista. (43) A cavidade oral deve ser examinada à procura de fraturas ou avulsões dentárias. (6,7,14,17,23,40,43)

São também frequentes múltiplas lesões em vários estádios de cura, hematomas padronizados (como forma de mordedura ou de objeto), lacerações a curar em segunda intenção sem suturas, e lesões em proeminências não ósseas. (6,7,14,16,17,23)

Devem-se atentar os tornozelos e os punhos à procura de abrasões pelo uso abusivo de contenção física. (7,16)

A alopecia traumática deve também aumentar a suspeição. (6,14,17,23)

No entanto, e apesar do particular risco para fáceis lesões de pele e tecido celular subcutâneo nos idosos, é possível também nesta população observar o sinal forense de Casper: lesões traumáticas internas, mesmo fatais, podem estar presentes na ausência de achados externos. (41,44)

4.6.1.3. Nos Achados Laboratoriais

O rastreio toxicológico urinário pode identificar a administração inapropriada de medicação ou intoxicação por substâncias. (6,12,16,17)

4.6.1.4. Nos Achados Imagiológicos

Não há padrões radiológicos patognômicos de abuso de idosos. (6,16,45) No entanto, alguns achados radiológicos têm sido sugeridos como potenciais identificadores de abuso.

As costelas são os ossos mais frequentemente fraturados no abuso ao idoso; as fraturas são comumente múltiplas e localizadas no segmento posterior. (6,14,15,42,45)

As fraturas dos ossos longos são majoritariamente localizadas nos segmentos diafisários distais dos membros superiores, sendo de especial importância as fraturas ulnares diafisárias distais. (6,14,15,42,45) As fraturas do punho são comuns na queda devido ao apoio no membro superior estendido. (42) No entanto, são mais comuns as fraturas radiais metafisárias distais do que as ulnares diafisárias distais, sendo que a última é compatível com uma lesão de defesa. (9,42)

A presença de fraturas antigas é um achado radiográfico notável. (6,7,14–17,42,45)

Também devem alarmar fraturas do crânio, hematomas subdurais, hematomas do intestino delgado, e fraturas de alta energia num contexto de mecanismo de baixa energia. (6,14,42,45)

4.6.2. Do Abuso Psicológico

4.6.2.1. Na Anamnese

Sinais de intimidação como o deferimento das questões para o cuidador, a evidência de isolamento de outros familiares e amigos, o humor depressivo, e a ansiedade são manifestações de abuso psicológico. (7)

Os sintomas de tensão psicológica que sejam refratários a psico e farmacoterapias adequadas devem alarmar o clínico. (7)

Outros tipos de abuso coocorrem com o abuso psicológico. (7)

Por vezes é possível a observação direta do abuso verbal. (7)

4.6.2.2. No Exame Objetivo

Deve-se avaliar formalmente a depressão, a ansiedade e a cognição, que comumente estão presentes ou alteradas. (7)

4.6.3. Abuso Sexual

4.6.3.1. Na Anamnese

Queixas de dor anogenital, sintomatologia de sexualmente transmissíveis recentes, como corrimento, lesões e odor fétido, e do trato urinário e incontinência são consequências de abuso sexual. (6,7,14,17)

Deve-se notar que uma forma comum de abuso sexual geriátrico envolve um residente demenciado com libido hiperativa num lar que abusa de outros residentes; a institucionalização é um fator de vulnerabilidade ao abuso sexual. (7)

4.6.3.2. No Exame Objetivo

Manifestações comuns de abuso sexual são: abrasões, hematomas e lacerações na área anogenital ou abdominal e infeções sexualmente transmissíveis recentes. (7)

Qualquer sinal de trauma vaginal, peniano, perianal ou anal ou evidência de infeção sexualmente transmissível, num idoso com disfunção cognitiva, deverão levar à consideração de abuso sexual, especialmente se acompanhado de lesões da cabeça, do membro superior ou da coxa medial. (16,40)

Ainda há pouca informação acerca das características e localização anatómica dos sinais físicos de abuso sexual na vítima idosa masculina. (40)

4.6.3.3. Nos Achados Laboratoriais

Evidência laboratorial de infeções sexualmente transmissíveis recentes ou de infeções do trato urinário recorrentes está frequentemente positiva no abuso sexual. (7)

4.6.4. Exploração Financeira

4.6.4.1. Na Anamnese

As manifestações de exploração financeira são: incapacidade de pagamento de medicamentos, cuidados médicos, comida, renda, ou outras necessidades; faltas a consultas médicas e de renovações de medicamentos; não adesão a regimes terapêuticos; humor deprimido e ansiedade; e despedimento do cuidador formal. (7)

4.6.4.2. No Exame Objetivo

Devem-se avaliar formalmente a cognição e o humor, que podem estar alterados, como causa ou como consequência da exploração financeira. (7)

Durante o envelhecimento, as capacidades funcionais declinam precocemente às concetuais, e a capacidade financeira poderá ser logo impactada durante as fases iniciais da disfunção cognitiva. (8) Isto é problemático se só se avaliar a capacidade concetual, por os idosos poderem esconder os déficits funcionais, por vergonha, medo da dependência, e exposição à sua mortalidade. (8)

4.6.5. Negligência

4.6.5.1. Na Anamnese

É frequente a história de um idoso negligenciado evidenciar: faltas a consultas médicas ou da prescrição de medicação crónica; visitas frequentes ao serviço de urgência; e um cuidador que desconhece as necessidades e com incompetência no cuidar do idoso. (6,7,9,14,17)

Recrudescência, recaída ou recidiva inexplicadas de condições médicas previamente controladas devem alarmar o clínico para a presença de negligência. (6,7,9)

4.6.5.2. No Exame Objetivo

As manifestações de negligência são: úlceras de pressão; malnutrição, desidratação, e perda de peso; má higiene dentária e corporal, vestuário sujo ou inapropriado, e unhas

longas; múltiplas fraldas; e delirium. (6,7,9,14,16,17)

4.6.5.3. Nos Achados Laboratoriais

Desidratação com hipernatrémia e hipercreatininémia, desequilíbrios hidroeletrólíticos, infecções, rabdomiólise (pela imobilidade prolongada devido a mobilizações insuficientes ou contenções inadequadas), níveis séricos baixos da medicação crônica, e malnutrição com hipoalbuminémia são achados laboratoriais de negligência. (7,9,16)

Embora a desidratação possa resultar da diminuição do reflexo da sede ou de disfagia presentes no envelhecimento, pode ser devida à falta de hidratação oral do cuidador para diminuir a diurese do idoso e os cuidados inerentes à troca de fraldas. (16)

O não alcance dos alvos terapêuticos, como manutenção de HbA1c elevada num diabético ou INR baixa num anticoagulado com varfarina, apesar de terapêutica adequada, podem sinalizar negligência, por exemplo. (7,16)

Os níveis séricos de medicamentos, além de avaliar a adesão ao tratamento, podem desmascarar o desvio de analgésicos narcóticos pelo cuidador. (7,14)

4.6.6. Da Violência Conjugal

A violência conjugal no idoso pode ocorrer como continuação de violência antiga ou como uma nova experiência (por novo cônjuge, por declínio cognitivo de um membro do casal, ou por stress do cuidador). (23,46) Durante toda a sua vida, 16,5% a 54,5% das idosas terão sido vítimas de violência conjugal. (23)

A vitimização conjugal é diferente, comparando vítimas mais novas e vítimas idosas, com características das lesões diferentes, pelo que os profissionais podem não considerar a violência conjugal num casal idoso. (23)

Em qualquer faixa etária, o sexo da vítima de violência conjugal é mais frequentemente o feminino. (23) No entanto, os homens idosos são mais vitimizados em comparação aos homens mais novos, representando um terço das vítimas. (23) Sugere-se que ocorre violência mútua, e um indivíduo pode ser vítima e abusador. (23,46)

A maioria das lesões ocorrem devido a violência no domicílio, mais frequentemente que nos casais mais novos. (23)

A área anatómica mais lesada é a cabeça e o pescoço, seguida pelo membro superior e pelo tronco; no entanto, no idoso, o membro superior e o tronco são locais mais frequentes que no mais jovem. (23) Abusadores experientes podem evitar estas áreas para esconder o

abuso, por serem mais associadas a violência conjugal, ou por vítimas experientes protegerem a cabeça e o pescoço. (23) As vítimas, ao estenderem os membros superiores para protegerem o tronco, expõem a coluna e a zona posterior das costelas, vulnerabilizando estas áreas para lesões. (23) As vítimas idosas também assumem mais uma atitude de fuga, expondo mais o dorso. (23)

Um trauma cranioencefálico inexplicado, com lesões no tronco ou no membro superior, deve aumentar suspeição de abuso. (23)

A lesão mais frequente é a contusão/abrasão tanto em casais idosos como em mais novos, mas nos idosos há mais fraturas. (23)

As vítimas idosas são mais hospitalizadas, mais ventiladas, e mais internadas em unidades de cuidados intensivos. (23)

4.6.7. Diagnóstico Diferencial

Pelas significativas consequências de falsos-positivos, é importante considerar diagnósticos diferenciais. (6,17)

Os hematomas podem ocorrer no idoso espontaneamente ou sem associação a trauma, por anticoagulação, envelhecimento da pele, vasculites ou neoplasias. (6,7,14,16)

As fraturas de ossos longos podem ocorrer espontaneamente na ausência de abuso físico em doentes acamados. (6,7,14,16)

Deve-se atentar a presença de comorbilidades como osteoporose que causa fragilidade óssea ou síndrome de déficits sensoriais múltiplos que causa desequilíbrio. (6,14,16,42,45)

A queda da própria altura, como resultado de empurrão, batimento ou pontapé, é a causa mais frequente de fratura óssea em idosos abusados. (45) Também pode resultar de negligência, por não providenciar ao idoso equipamento auxiliar de deambulação necessário. (45) Mas a sua fragilidade, a medicação, e as condições pré-existent (15,42) justificam o difícil diagnóstico diferencial.

Além da negligência, também neoplasia, depressão, doenças endócrinas ou metabólicas, infecção, abuso de substâncias, demências, e condições dentárias podem-se traduzir por desidratação, perda de peso, ou alteração do humor. (6)

O abuso sexual tem como diagnósticos diferenciais a obstipação que causa fissuras anais ou o trauma vulvar por algaliação traumática. (16)

4.7. Avaliação na Suspeita de Abuso

Muitos casos de abuso são subtis, com várias queixas principais e achados inespecíficos. (9,14)

É essencial ter em conta os antecedentes pessoais, a capacidade funcional e cognitiva, o mecanismo da lesão, as necessidades de cuidado, a segurança no domicílio, os achados ao exame físico, e os achados laboratoriais e imagiológicos para determinar se uma lesão é suspeita de ser resultado de abuso. (6,14)

Há evidência insuficiente sobre os benefícios da detecção precoce na redução do dano; estudos sugerem que não diminui a exposição nem as consequências físicas ou psicológicas, (16) e a identificação e a abordagem de um caso de abuso pode agudizar a situação e expor a vítima a novos riscos, (38) mas recomenda-se, mesmo assim, a pesquisa do abuso devido à responsabilidade ética da detecção de condições potencialmente fatais. (16).

A visita do idoso ao serviço de urgência representa uma oportunidade única, mas frequentemente perdida, de identificação de e intervenção sobre o potencial abuso. (14) Os idosos vítimas de abuso frequentam menos os cuidados de saúde primários, mas visitam mais os serviços de urgência. (14) O subtipo de abuso mais comumente identificado no serviço de urgência é a negligência, seguida pelo abuso físico; menos frequente é o abuso psicológico; raramente, identifica-se a exploração financeira e o abuso sexual. (9)

O processo de entrevista ótimo não é conhecido. (9) No entanto, sugere-se que o idoso e o cuidador devam ser entrevistados isoladamente. (6,7,14,16) Momentos como durante os exames imagiológicos ou o transporte podem ser úteis. (9) Se barreiras linguísticas, na suspeita de abuso, a família ou o cuidador não devem ser usados como tradutores ou intérpretes. (6,14) Podem ser usados tradutores profissionais ou ferramentas eletrónicas de tradução. (14)

Deve atentar-se a interação entre os potenciais vítima e abusador e comportamentos da vítima como desvio do olhar ou sinais de ansiedade. (6,7,14,16,17) São observações alarmantes: mecanismos propostos diferentes; cuidador interrompe ou responde pelo idoso; idoso com medo ou hostil perante o cuidador; cuidador abstraído ou desatento; cuidador frustrado, cansado, zangado, sobrecarregado; cuidador sem conhecimentos acerca das necessidades do idoso; evidência de abuso de substâncias pelo cuidador. (14,16,17)

A entrevista do abusador suspeito deve ser feita livre de acusações ou de confrontos agressivos, por poder resultar num escalamento do abuso e/ou no isolamento da potencial

vítima. (6,7) O clínico deve adotar uma abordagem empática e neutra. (6,7,14) Deve-se explorar fontes de stress no domicílio e no cuidado, se há ajuda de serviços formais de cuidado, e a existência de outros dependentes do cuidador. (14)

Entrevistas separadas permitem maior liberdade à potencial vítima que poderá ter medo ou vergonha de denunciar à frente do cuidador, e permitem averiguar incongruências nos mecanismos propostos. (6,7,14,16) O abusador pode tentar acompanhar a vítima para evitar ativamente a deteção do abuso. (14)

Deve-se começar com perguntas abertas e indiretas, que causem menos choque, (7) como “Sente-se seguro em casa?”.

Em casos de potencial abuso, deve ser feito um exame objetivo completo e compreensivo. (6,9,14,17) Como a demência aumenta o risco de abuso, deve ser feita a avaliação formal da cognição. (7)

Na suspeita de abuso sexual, deve-se referenciar para um exame forense, que é altamente especializado e protocolado. (7)

O profissional deve documentar detalhadamente os seus achados, incluindo descrições completas dos achados físicos e considerar incluir um traumagrama ou fotografias. (14) A qualidade da documentação impacta a justiça legal e, conseqüentemente, a proteção da vítima. Para cada lesão, devem ser descritos o tamanho, o local, o estado de cura e a consistência com o mecanismo proposto. (14)

A fotografia de lesões poderá ser uma ferramenta importante para a avaliação médico-legal do potencial abuso e da evolução da cura da lesão, e para a educação dos profissionais de saúde. (9,47) É um registo fidedigno e detalhado da lesão, onde se incluem localização, tamanho e cor precisos. (9,47)

O fotógrafo deve reger-se por princípios gerais que otimizem a qualidade e a interpretação das lesões, devendo fotografar a lesão a um ângulo de 90° para prevenir a distorção da imagem, com uma régua próxima da lesão a 1 a 2 cm da pele, com um guia de cores standardizado para calibração. (47) Para que se assegure a visualização completa da lesão, devem se fotografar cada lesão quatro vezes. (47) Devem ser fotografadas a uma distância média em que se visualize toda a parte corporal em que se localiza a lesão e a uma distância próxima que permita melhor visualização da lesão, uma vez com a régua e o guia de cores e outra vez sem. (47)

A documentação escrita pode carecer de tal precisão devido à limitação de tempo, à dificuldade técnica de descrição, e ao valor dado a lesões minor que possam ser omitidas no registo do clínico, mas contribuir para a identificação de padrões e mecanismos de lesão. (47) Já existem protocolos com instruções e técnicas detalhadas para profissionais

especializados no contexto de abuso sexual.

Por último, mas mais importante, deve considerar-se sempre o conforto e a dignidade do idoso, que poderá estar com dor aguda. (47) Explicar, clara e completamente, todo o procedimento, e obter o consentimento informado. (47) Apenas se devem incluir elementos que identifiquem o idoso, como a face, se a lesão estiver localizada nessa área. (47) Áreas corporais não lesionadas devem ser tapadas. (47)

Devido à falta de treino, os profissionais podem se sentir desconfortáveis na aquisição de imagens fotográficas e documentação; devem-se criar protocolos que guiem o processo. Antes de iniciar qualquer documentação fotográfica, consultar sempre o departamento legal do hospital acerca dos problemas relacionados com o consentimento e a privacidade, que poderão variar. (47)

4.7.1. Dificuldades na Detecção

Existem barreiras à deteção do abuso: falta de treino; restrições de tempo, por requerer uma avaliação mais demorada; a natureza sensível do problema; a falta de privacidade para falar sobre a situação. (12,16)

A educação do profissional de saúde é uma peça-chave para melhorar o cuidado, como sessões didáticas, aprendizagem baseada em casos, ou simulações. (9)

4.7.2. Ferramentas de Rastreio

Existem efeitos adversos ao rastreio universal de abuso de todos os idosos. (16,38) Nenhuma ferramenta tem 100% de especificidade, e os falsos-positivos acarretam consequências, como stress psicológico, tensão familiar, mudança de habitação, e perda de autonomia pessoal do idoso. (16) O cuidador que seja erroneamente acusado de abuso poderá ser mais relutante em procurar serviços médicos para o idoso no futuro. (16) Os testes que positivarem não significam que identificaram abuso, simplesmente chamam a uma avaliação da sua presença.

Idealmente, os protocolos de rastreio avaliam apenas os indivíduos de alto-risco, requerendo menos recursos e aumentando a especificidade, em comparação a um rastreio universal. Não existe um protocolo validado para identificar idosos de alto risco, atualmente. (16)

O valor de indicadores potenciais de abuso, como os fatores de risco ou de

vulnerabilidade, como gatilhos ao início do rastreio ainda não está clarificado. (9)

Esta investigação é parcamente financiada, é necessário um grande intervalo de tempo de estudo, e as baixas taxas de identificação destes casos criam uma falsa percepção de desnecessidade de protocolos robustos e estandardizados. (38)

4.7.2.1. Emergency Department Senior Abuse Identification

A ferramenta ED Senior AID que consiste (a) numa avaliação cognitiva inicial, com o AMT-4, e (b) em 6 a 8 questões acerca de abuso e dependência ao idoso; ainda é completada (c) pelo exame objetivo em idosos quando o avaliador não está confiante na capacidade do idoso denunciar o abuso ou quando o avaliador não está seguro da presença de abuso após os passos (a) e (b).

A ferramenta culmina com uma pergunta de sim ou não respondida pelo avaliador. (48,49) Traduzindo a última pergunta, o avaliador finda a avaliação ao responder a “Baseando-se em toda a informação disponível, incluindo as respostas do doente, a queixa principal do idoso, e qualquer observação sua, suspeita algum problema de abuso do idoso?”. (48,49)

A determinação da suspeita não se baseia numa pontuação numérica, mas sim num juízo holístico profissional que incorpora toda a informação disponível. (48,49)

É favorável para uma ferramenta de rastreio universal em comparação a, por exemplo, o Mini-Mental State Exam, que pode ser demoroso, ou do EAI, que tem 41 itens, e pode ser utilizada por enfermeiros. (48) Um estudo multicentro indica que tem 94,1% de sensibilidade e 84,3% de especificidade. (48)

Não foi encontrada uma adaptação linguístico cultural validada para o contexto português.

Na presente revisão, encontram-se a ferramenta e a permissão para a sua utilização nos Anexos I e II.

4.7.2.2. Elder Abuse Suspicion Index ©

A EASI © uma ferramenta com cinco questões dicotómicas respondidas pelo idoso e uma questão baseada no exame objetivo respondida pelo clínico; são questões que abordam a existência ou risco de abuso nos últimos 12 meses. Tem como objetivo avaliar a necessidade de referência aos serviços sociais. (50)

Deve ser apenas empregada em idosos cognitivamente preservados. Nestes, apresenta 47% de sensibilidade e 75% de especificidade. (50)

É breve, durando apenas 2 minutos. (50) Está validada para o serviço de urgência e os cuidados de saúde primários. (50)

Uma versão portuguesa, a ISAPI, encontra-se no processo de validação.

Na presente revisão, encontram-se as versões inglesa e portuguesa da ferramenta e as permissões para a sua utilização nos Anexos III a VI.

4.7.2.3. Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test

A H-S/EAST é uma ferramenta de 15 minutos que contém perguntas dicotómicas de 3 domínios. Além de se focar na sintomatologia do abuso, também incide sobre as características de vulnerabilidade, e sobre situações potencialmente abusivas. (51,52) Pontuações de 3 ou superiores são indicativas de risco de abuso. (52)

Pode ser utilizada por um profissional de saúde ou pelo idoso, em contexto cuidados de saúde primários ou de urgência. (51,52)

Foi adaptada para o português do Brasil, (51) que se encontra, na presente revisão, no Anexo VII.

4.7.2.4. Vulnerability to Abuse Screening Scale

A VAAS uma ferramenta breve e fácil, elaborada com modificações do H-S/EAST, composta por 12 perguntas dicotómicas que avaliam o risco de abuso físico, abuso psicológico, exploração financeira e negligência, ao pontuar a autoperceção de idosas acerca de vulnerabilidade, dependência, desânimo e coerção. (53)

Na presente revisão, encontram-se a ferramenta e a permissão para a sua utilização nos Anexos VIII e IX.

4.7.2.5. Elder Assessment Instrument

A EAI uma ferramenta de enfermagem, que através de 41 itens, baseando-se em queixas, sintomas e sinais, faz uma apreciação compreensiva da avaliação geral e procura indicadores de abuso. Não é pontuada e consome 12 a 15 minutos. (9,16,17)

4.7.2.6. Ambiente do Rastreio

Perante a evidência disponível, num serviço de urgência, uma abordagem promissora baseia-se num curto rastreio universal de duas questões: “Alguém próximo já o magoou?” e “Alguém próximo seu já lhe faltou no cuidado que precisa?”, (16,48) seguido por um rastreio

formal dos idosos que positivarem. Esta abordagem equilibra a identificação de potenciais vítimas com as restantes tarefas no ambiente caótico do serviço de urgência. (9,16,48)

Não foram encontrados instrumentos validados para ambientes de estomatologia, ginecologia, urologia ou proctologia; seriam instrumentos interessantes, tanto por as lesões da cavidade oral serem dos marcadores mais frequentes do abuso físico, como por abuso sexual se manifestar em lesões anogenitais.

4.7.3. Multidisciplinaridade

O envolvimento interdisciplinar é indispensável. (7,16)

4.7.3.1. Serviços de Emergência

Os profissionais do serviço pré-hospitalar têm a vantagem única de visitar o interior do domicílio e avaliar as condições de habitação como a temperatura, a eletricidade, a comida, e a interação intrafamiliar. (14,16) Por vezes, devido à elevada frequência do uso dos serviços de emergência destes idosos, pode ser notado um declínio de saúde física ou mental ou das condições de cuidado. (16)

Detection of Elder Mistreatment Through Emergency Care Technicians é uma ferramenta de rastreio utilizada pelo pré-hospitalar, que incorpora as observações acerca do estado emocional dos doentes, as condições de habitação, os sintomas físicos, e interações com os cuidadores. Tem como objetivo a determinação da necessidade de referenciar. (9,16)

4.7.3.2. Equipa de Enfermagem

Os enfermeiros e os auxiliares de ação médica passam mais tempo com o idoso e o cuidador, podendo testemunhar interações conflituosas e observar sinais subtis de abuso. (6,16) Também são quem realizam a maioria dos cuidados de higiene e procedimentos como algaliação, e estão numa melhor posição de notar vestuário sujo e inapropriada, má higiene pessoal, hematomas, entre outras pistas de abuso. (6,16)

4.7.3.3. Serviços Informáticos

O avanço tecnológico poderá ser uma vantagem para o rastreio de abuso. Os registos informáticos permitem não só um alerta para lembrar o clínico de aplicar uma ferramenta de rastreio em doentes geriátricos; também permite a pesquisa de dados clínicos, como

múltiplas visitas a serviços de urgência diferentes num curto intervalo de tempo, lesões traumáticas frequentes, faltas às consultas dos cuidados de saúde primários, falha das prescrições de medicação crónica, que devem sinalizar a possibilidade de abuso. (16,41)

4.8. Promoção da Saúde

4.8.1. Objetivos da Intervenção

O tratamento inicial deve ser focado na correção da condição ou lesão traumática, médica ou psicológica aguda, (6,14,16,17) como hemorragia, fratura, desidratação, desequilíbrio metabólico, infeção, ou agitação.

Se a vítima está em perigo imediato, torna-se crucial assegurar a sua proteção, com o envolvimento dos membros de segurança ou das forças policiais e do apoio social, para se planear o internamento ou a alta hospitalar segura. (6,14,16) Ainda não são claros os critérios necessários para que um idoso abusado possa receber alta hospitalar com segurança, nem quando o internamento hospitalar é necessário. (38) Estas questões surgem frequentemente no serviço de urgência.

Não há ainda uma compreensão acerca dos resultados a serem medidos em estudos de validação de intervenções. (7,9,54,55) É necessário especificar resultados-chave para guiar o futuro desenho de intervenções baseadas na evidência.

Podem-se considerar objetivos relacionados com a vítima: a extensão do abuso, que pode ser uma variável binária (presente ou ausente), nivelada (agravamento ou manutenção ou melhoria ou conclusão), ou contínua; a saúde mental, como humor deprimido, ansiedade, ideações suicidas, adição; os efeitos emocionais e psicológicos, como autoestima, autculpa, autoeficácia; função cognitiva; a satisfação com o programa; a educação acerca do abuso; entre outros. (54,56)

Ainda se podem considerar objetivos relacionados com o abusador: a justiça jurídica penal; a saúde mental, como tensão psicológica, depressão, ansiedade, adição; a carga do cuidador ou o *burnout*, entre outros. (54,56)

Podem-se ainda considerar os objetivos relacionados com a relação vítima-abusador, como o estado (separação) ou a qualidade (satisfação marital, conflitos familiares), entre outros. (54,56)

Os estudos atuais sobre a intervenção no abuso de idosos focam-se predominantemente nos resultados relacionados com a vítima. (56) Embora seja apropriado, deve-se considerar que o abuso de idosos se origina devido a um ecossistema de fatores. Portanto, para intervir adequadamente, devem-se ter em conta os outros resultados-alvo supramencionados.

Ter em mente que nem sempre há sobreposição com os resultados valorizados pela vítima e pelo profissional. (54,56) Por exemplo, valorizam-se maioritariamente resultados como a conclusão do abuso ou como a condenação do abusador, (56) mas estes podem causar dano, como o realocação da vítima da sua habitação para um lar de idosos ou a fratura da família que paradoxalmente poderá exacerbar o abuso. (54)

São exemplos em que não fará sentido uma justiça retaliatória: a encarceração dum filho adulto com doença psiquiátrica como esquizofrenia que negligencie o idoso ou dum cônjuge que seja violento no contexto de agitação relacionada com demência. (54) Faz sentido atentar na teoria da justiça restaurativa, chegando a um consenso que repare o dano, previna a revitimização da vítima e da comunidade. (54) A nível político económico, poupam-se recursos do encarceramento destes indivíduos. (54)

Cada vítima deseja, da intervenção, resultados altamente específicos, individualizados, relacionados com as atividades do dia-a-dia afetadas, (54) por exemplo, manter a possibilidade de viver na sua casa, de visitar regularmente os seus netos, de atender o seu local de culto.

Os estudos da intervenção ao abuso de idosos raramente incluem a avaliação de efeitos adversos, podendo estar a acontecer a alocação de recursos, que podem não funcionar ou podem causar dano. (7,54,55) É necessário corrigir esta falha no nosso conhecimento.

4.8.2. Intervenções

Existe uma falha importante no conhecimento acerca das intervenções ao abuso de idosos. (7,9,54,55) As limitações ao estudo dos programas de avaliação das intervenções incluem: a vulnerabilidade da população idosa; a existência de subtipos de abuso que possam precisar de diferentes intervenções; e a existência de vários fatores de vulnerabilidade e de risco. (54) No entanto, sem intervenção apropriada, todas as formas de abuso podem recorrer e escalar em frequência e em severidade, e o prognóstico de recuperação é reservado. (12)

As intervenções com sucesso são tipicamente interdisciplinares, contínuas, com apoio

comunitário. (6,7,9,16,38,54) Não é verossímil que seja o médico a iniciar e a assegurar as intervenções. (7,17) O médico deverá reconhecer e identificar o abuso, familiarizar-se com os recursos disponíveis, e referenciar. (7)

A multidisciplinaridade permite coordenação do cuidado e bom seguimento. (54) É uma intervenção holística, que atenta no cuidado ao idoso e ao abusador, nos fatores de vulnerabilidade e de risco. (54,57) Permite alertar os hiatos existentes a nível comunitário. (54) Também é vantajoso para os profissionais que lidam com o abuso de idosos, que reportam elevados níveis de *burnout*. (54)

Ainda não é claro se é crucial iniciar a intervenção imediatamente no serviço de urgência onde se identifique o abuso, ou se pode ser deferida para os cuidados de saúde primários, (38) mas não é necessário que o abuso esteja provado definitivamente. (7) Os cuidados de saúde primários são um recurso importante para o seguimento. (16)

A educação dos idosos parece aumentar a denúncia de abuso, mas não é claro se é devido ao aumento da sua ocorrência ou se devido à maior denúncia de abuso já existente. (55)

As intervenções psicossociais, centradas na família, combinadas com a educação e o apoio social, alvejando não só o idoso como o cuidador, devem ser incorporadas no desenho de protocolos de intervenção.

4.8.3. Recusa de Intervenção

Os idosos podem recusar as recomendações e decidir abandonar contra recomendação médica. Deve-se avaliar a sua capacidade de decisão. A demência é a causa mais comum de incapacidade na população idosa, e é imperativo que se avalie a capacidade de decisão de aceitar ou rejeitar intervenção. (7,14) Se capaz, ainda assim deve-se oferecer educação e um plano contra o abuso. (16)

4.8.4. Prevenção

Para diminuir a prevalência do abuso de idosos, deve-se intervir na educação dos profissionais para o detetar e parar, no idoso que seja vulnerável ao abuso, e no cuidador em risco de abusar. (58)

Abordados no *webinar "The Impact of COVID-19 on Violence, Abuse and Neglect of Older Persons"*, o ódio, o preconceito e a discriminação pela família, pela comunidade, pelos

meios de comunicação, pelo legislador, e pela saúde, são fatores importantes que perpetuam o abuso. O governo tem um papel de consciencializar a população e criar linhas de apoio abertas e acessíveis, não devolvendo, mas sim confirmando a dignidade da pessoa idosa.

Os estabelecimentos de saúde devem também valorizar os profissionais; o descontentamento pelo horário de trabalho, pela falta de pessoal, pela remuneração, e pelo cansaço extremo e *burnout*, deve ser compreendido como fator de risco ao abuso.

Existe evidência importante acerca de intervenções que previnam a contenção física ou química, procurando alternativas e informando acerca do cuidado do doente demenciado. (58).

Devem ser estudadas intervenções preventivas do abuso pelo cuidador informal, visto que a maioria dos idosos estão inseridos neste nível de cuidados. (58)

4.9. Enquadramento Juridicopenal Português e Ético

A Constituição da República Portuguesa salvaguarda, no seu artigo 1.º, a dignidade da pessoa humana, e, no seu artigo 25.º, a inviolabilidade da integridade moral e física individual. Atenta, especialmente, às pessoas idosas no seu artigo 72.º, onde lhes confere o direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário, respeitando a sua autonomia pessoal, para combater o isolamento e a marginalização social.

A saúde psicofísica e a autodeterminação e liberdade sexuais são bens jurídicos protegidos, fundados na dignidade da pessoa humana.

Certas ações violentas supramencionadas são crimes previstos no Código Penal português. Estão previstos: o abuso físico, como os crimes de abandono, agressão, e sequestro nos artigos 138.º, 143.º a 147.º e 158.º; o abuso psicológico, como os crimes de ameaça e coação nos artigos 153.º e 154.º; o abuso sexual, como os crimes de coação sexual, de violação, de abuso sexual de pessoa incapaz de resistência, e de abuso sexual de pessoa internada nos artigos 163.º a 166.º; e exploração financeira, como os crimes de furto, abuso de confiança, roubo, burla, extorsão, e abuso de cartão, dispositivo ou dados de pagamento nos artigos 203.º, 205.º, 210.º, 217.º, 223.º, e 225.º. (59)

O Código Penal português incrimina, ainda, estas condutas quando derivadas de uma relação familiar ou equiparada ou quando praticadas numa relação de cuidado, ao definir o

crime de violência doméstica no seu artigo 152.º e o crime de maus-tratos no seu artigo 152.º-A, respetivamente. (59)

A Lei n.º 112/2009 aprovou o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas, onde define no seu Artigo 2.º “*vítimas especialmente vulneráveis*” aquelas “*cuja especial fragilidade resulte (...) da sua (...) avançada idade*”; o legislador, portanto, confere ao idoso a condição suficiente de ser protegido devido à sua idade.

O Código Penal, no seu artigo 13º., define que há factos puníveis se praticados com negligência, mesmo que não dolosos, ou seja, não intencionais, e, no seu artigo 15º, define que quem não procede ao cuidado a que, segundo as circunstâncias, está obrigado e de que é capaz, consciente ou inconscientemente, age com negligência. (59)

De seguida, debruço-me sobre o problema ético e juridicopenal das situações em que o médico identifique uma situação de abuso que a vítima negue ou pede para não denunciar.

O Regulamento de Deontologia Médica debruça-se, nos seus artigos 29.º e 30.º, sobre o segredo médico, que o considera como condição essencial ao relacionamento médico-doente e que resulta de um direito inalienável de todos os doentes, abrangendo todos os factos que cheguem ao médico no exercício da sua profissão ou por causa dela. Também na Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial é incutido ao médico o respeito aos segredos a si confiados. Também o Código Penal pune, no seu artigo 195.º, os médicos que revelarem os segredos, com pena de prisão ou de multa.

Apesar disto, o Regulamento de Deontologia Médica admite também, no seu artigo 27.º, que o médico, que trate um idoso e verifique que é vítima de sevícias, maus-tratos ou assédio, deve tomar as providências adequadas para o proteger, nomeadamente alertando as autoridades competentes.

O médico deve reger-se por princípios éticos. O da beneficência incute a prevenção e a remoção do mal, e o da não maleficência incute não prejudicar. Também existe o princípio do paternalismo débil: o médico desobedece o desejo do doente porque este não tem capacidade de demonstrar que é voluntário e consciente, protege o doente de um mal que decorre de causas alheias à sua vontade.

A vulnerabilidade da vítima pode limitar o seu grau de autonomia, e a denúncia, e consequente intervenção, podem ser a única solução ao abuso e suas sequelas, como a morte.

É o Ministério Público a quem compete investigar a existência de crime. O Código de Processo Penal, no seu artigo 241.º, indica que o Ministério Público pode adquirir notícia do

crime de natureza pública mediante denúncia, que segundo o seu artigo 246.º pode ser verbal ou escrita, sem formalidades especiais; ainda indica, no seu artigo 242.º, que a denúncia é obrigatória para os médicos, quanto a crimes de que tomem conhecimento no exercício das suas funções enquanto funcionários públicos e por causa delas.

O legislador considera a natureza da violência doméstica e dos maus-tratos como crimes públicos, pelo que qualquer pessoa, segundo o Código de Processo Penal no seu artigo 244.º, tem direito à denúncia facultativa. Sendo crimes públicos, a promoção processual e a submissão a julgamento são decididas pelo Ministério Público, independentemente da vontade dos particulares, incluindo a vítima.

5. CONCLUSÃO

Esta revisão narrativa vem analisar e resumir a literatura existente e recente acerca do abuso à população idosa.

O abuso do idoso consiste numa ação ou omissão intencionais, por alguém que o idoso confie, que lhe crie ou cause dano ou risco de dano. Pode ser dividido em cinco tipos principais, consoante a conduta, que podem coocorrer na mesma vítima: abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, exploração financeira, e negligência.

Alerta-se a elevada prevalência de abuso a nível mundial, com 15,7% de idosos vítimas de abuso; a vitimização é mais frequentemente psicológica e financeira, seguidas por física e negligência, e menos comumente sexual. A par, encontra-se a realidade portuguesa, com prevalência de 12,3%.

Alerta-se ainda a subestimação desta problemática. Pode ser consequência da ocultação pela vítima, de modo voluntário por medo, culpa, ignorância ou vergonha, ou involuntário por incapacidade psicofísica. Também o profissional de saúde é um fator à subdeclaração, por desconhecimento, inexperiência ou dilema ético. Então, justifica-se a criação de campanhas de consciencialização da população acerca do abuso de idosos, incluindo as suas definições, marcas e sequelas, possibilitando maior taxa de denúncia pela vítima e por testemunhas; pede-se também que se repense o plano de estudos de cursos superiores como Medicina, Enfermagem e Medicina Dentária, e se inclua ou aprimore o ensino desta temática, através de aprendizagem teórica, resolução de casos clínicos e simulações.

O abuso de idosos é um problema de saúde pública. Ultrapassa a dor e a lesão psicofísicas imediatas; aumenta também a hospitalização, a comorbilidade e a mortalidade dos idosos, criando despesa individual e nacional.

Existem vários fatores de risco e de vulnerabilidade descritos, que além de permitirem a criação de ferramentas de avaliação de risco, podem ser alvo de intervenção, diminuindo a prevalência do abuso, fazendo-se prevenção primária. Os fatores dinâmicos de maior peso e mais comumente descritos são alterações da saúde mental como demência ou depressão, abuso de substâncias, alterações da saúde física com limitação funcional, e dependência financeira, física e emocional. Também se descrevem fatores estáticos, como o sexo feminino, minoria etnicorracial e a institucionalização. Foram pobremente descritos fatores protetores, e devem ser um futuro foco de estudo.

A pandemia COVID-19 veio agravar esta problemática, pela exacerbação de fatores de risco e de vulnerabilidade pré-existentes, pela disrupção de processos que atenuariam ou

detetariam precocemente o abuso, e pela alimentação dum ambiente discriminatório e estigmatizante a nível familiar, dos meios de comunicação, hospitalar e político. Deve-se tornar uma prioridade política a criação ou a reconstrução de sistemas preventivos e protecionais do abuso no contexto pandémico, e devem-se aproveitar as novas possibilidades de deteção que a telemedicina criou.

O médico pode encontrar achados de abuso na anamnese, no exame objetivo, nos exames laboratoriais, e nos exames imagiológicos, e cada tipo de abuso tem diferentes manifestações. A anamnese é, como na restante Medicina, a mais importante componente da história clínica. Apesar de esforços, ainda não foi encontrado um achado patognómico de abuso. São achados de alarme: discordância entre mecanismo proposto e lesão; lesões cervicais, auriculares ou faciais esquerdas, especialmente zigomáticas ou mandibulares; lesões da cavidade oral; lesões do segmento posterior das costelas; lesões ulnares diafisárias distais; lesões em vários estágios de cura; atraso na procura de ajuda; recrudescência, recaída ou recidiva inexplicadas de condições médicas previamente controladas; faltas a consultas médicas programadas ou de prescrição de medicação crónica; elevado número de visitas ao serviço de urgência; má higiene pessoal; úlceras de pressão; e desidratação.

No entanto, devido à fragilidade e às comorbilidades do idoso, e às consequências negativas dos falsos-positivos, impõe-se ao médico o diagnóstico diferencial.

A literatura existente é insuficiente para responder a questões acerca da abordagem ótima na suspeita do abuso, quer acerca do ambiente ideal, da cronologia e característica da intervenção, do seguimento a longo-prazo, e dos resultados-alvo a ter em consideração. Sugere-se que sejam matéria de estudo futuro, incluindo a análise de consequências nefastas. No entanto, o médico, e bastando apenas a suspeita de abuso, deve: tratar a condição ou lesão traumática, médica ou psicológica aguda, assegurar a segurança do idoso, e referenciar para uma equipa multidisciplinar especializada no abuso.

A literatura comprova a necessidade de investimento na prevenção. É fulcral investir na educação populacional e profissional e nos programas de serviço comunitário e de saúde ao idoso, e atentar nos cuidadores informais, regularmente em *burnout*, criando apoios a famílias neste papel.

O médico pode salvaguardar-se no Direito português quando teme a violação do segredo médico, pois este incrimina o abuso de idosos e obriga o funcionário público à denúncia quando o deteta no exercício das suas funções e por causa delas. A não denúncia é cumplicidade ao abuso. No entanto, poderá fraturar a relação médico-doente, e carecem estudos acerca da gestão equilibrada nestes casos.

Em suma, e motivado pelo país cada vez mais preconceituoso e discriminatório em que vivo, obrigo-me a lembrar e confirmar que a vida não perde honra nem dignidade com o envelhecimento, e é de responsabilidade política, comunitária, médica e individual a proteção do idoso e o incentivo à sua participação ativa na sociedade.

6. AGRADecIMENTOS

Agradeço aos meus orientadores, o Professor Doutor Rui Santos e a Dr.^a Inês Mesquita, por todo o apoio, a prontidão na ajuda, as sugestões, e me ouvirem, não só nas minhas preocupações pelo presente trabalho, mas também pelos momentos de ensino profissional e amparo pessoal.

Agradeço aos meus Pais Miriam e Sérgio, pelos seus exemplos do que é cuidar.

Agradeço à Beatriz e à Sofia, que estão perpetuamente presentes.

Agradeço ao Grupinho, que dá significado a Coimbra.

Dedico este trabalho aos meus Avós Graciete, Maria, David e Avancine, que são pais uma segunda vez.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INE. Censos 2021 - Divulgação dos Resultados Provisórios [Internet]. 2021. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2
2. World Health Organization. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Geneva WHO. 2002;
3. APAV. Relatório Anual - APAV 2020. 2020.
4. Leitão AG. Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas. Direcção-Geral Da Saúde - Div Doenças Genéticas, Crónicas E Geriátricas [Internet]. 2006;1(1):1–28. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
5. Hall J, Karch DL, Crosby A. Elder Abuse Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Core Data Elements. Vol. Version 1., National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. 2016.
6. Johnson MJ, Fertel H. Elder Abuse [Internet]. Vol. 41, StatPearls. 2021. 59–60 p. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32809718>
7. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. Champion EW, editor. N Engl J Med [Internet]. 12 de Novembro de 2015;373(20):1947–56. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1404688>
8. Greene AJ. Elder Financial Abuse and Electronic Financial Instruments: Present and Future Considerations for Financial Capacity Assessments. Am J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2021;1–17. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.02.045>
9. Mercier É, Nadeau A, Brousseau A-A, Émond M, Lowthian J, Berthelot S, et al. Elder Abuse in the Out-of-Hospital and Emergency Department Settings: A Scoping Review. Ann Emerg Med [Internet]. Fevereiro de 2020;75(2):181–91. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.12.011>
10. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Heal

[Internet]. 2017;5(2):e147–56. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)

11. Gil APM, Kislaya I, Santos AJ, Nunes B, Nicolau R, Fernandes AA. Elder Abuse in Portugal: Findings From the First National Prevalence Study. *J Elder Abuse Negl* [Internet]. 27 de Maio de 2015;27(3):174–95. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08946566.2014.953659>

12. Huecker MR, King KC, Jordan GA, Smock W. Domestic Violence [Internet]. Vol. 95, StatPearls. 2021. 307–308 p. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29763066>

13. Dos Santos MAB, Moreira R da S, Faccio PF, Gomes GC, Silva V de L. Factors associated with elder abuse: A systematic review of the literature. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(6):2153–75.

14. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2018;34(3):435–51. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.04.007>

15. Pereira C, Fertleman M. Elder abuse: a common problem, commonly missed in trauma and orthopaedics. *Eur Geriatr Med* [Internet]. 22 de Dezembro de 2019;10(6):839–41. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00245-6>

16. Cimino-Fiallos N, Rosen T. Elder Abuse—A Guide to Diagnosis and Management in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am*. 2021;39(2):405–17.

17. Patel K, Bunachita S, Chiu H, Suresh P, Patel UK. Elder Abuse: A Comprehensive Overview and Physician-Associated Challenges. *Cureus*. 2021;13(4).

18. Drake SA, Akande A, Kelly PA, Yang Y, Wolf DA. Identifying gaps and improving investigation of fatal elder abuse and/or neglect. *J Forensic Sci* [Internet]. 3 de Novembro de 2021;66(6):2274–82. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1556-4029.14884>

19. Yunus RM, Hairi NN, Choo WY. Consequences of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of Observational Studies. *Trauma, Violence, Abus*. 2019;20(2):197–213.

20. Rivara F, Adhia A, Lyons V, Massey A, Mills B, Morgan E, et al. The Effects Of

Violence On Health. *Health Aff* [Internet]. 1 de Outubro de 2019;38(10):1622–9. Disponível em: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2019.00480>

21. Fraga Dominguez S, Ozguler B, Storey JE, Rogers M. Elder Abuse Vulnerability and Risk Factors: Is Financial Abuse Different From Other Subtypes? *J Appl Gerontol* [Internet]. 7 de Agosto de 2021;073346482110364. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/07334648211036402>

22. Burnett J, Jackson SL, Sinha AK, Aschenbrenner AR, Murphy KP, Xia R, et al. Five-year all-cause mortality rates across five categories of substantiated elder abuse occurring in the community. *J Elder Abuse Negl*. 2016;28(2):59–75.

23. Khurana B, Loder RT. Injury Patterns and Associated Demographics of Intimate Partner Violence in Older Adults Presenting to U.S. Emergency Departments. *J Interpers Violence* [Internet]. 12 de Junho de 2021; Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34121494>

24. Storey JE. Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggress Violent Behav* [Internet]. Janeiro de 2020;50(August 2019):101339. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.101339>

25. Şen F, Meriç M. Determination of abuse and depression in the elderly. *J Elder Abuse Negl* [Internet]. 1 de Janeiro de 2020;32(1):60–71. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08946566.2019.1691697>

26. Cations M, Keage HAD, Laver KE, Byles J, Loxton D. Impact of Historical Intimate Partner Violence on Wellbeing and Risk for Elder Abuse in Older Women. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2021;29(9):930–40. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.12.026>

27. Melchiorre MG, Rosa M Di, Macassa G, Eslami B, Torres-Gonzales F, Stankunas M, et al. The prevalence, severity and chronicity of abuse towards older men: Insights from a multinational European survey. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(4 April):1–23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0250039>

28. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2019;29(1):58–67.

29. Akagunduz B, Altın Z, Atıcı MM, Ozer M, Güven DC, Çil İ, et al. Assessment of abuse and related factors in older patients with cancer. *Support Care Cancer* [Internet].

2 de Dezembro de 2021;29(12):7957–64. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/s00520-021-06391-7>

30. Du P, Chen Y. Prevalence of elder abuse and victim-related risk factors during the COVID-19 pandemic in China. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1–10.

31. Makaroun LK, Bachrach RL, Rosland A-M. Elder Abuse in the Time of COVID-19—Increased Risks for Older Adults and Their Caregivers. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. Agosto de 2020;28(8):876–80. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1064748120303468>

32. Chang ES, Levy BR. High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2021;1–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.01.007>

33. Filipka K, Biercewicz M, Wiśniewski A, Jabłońska R, Królikowska A, Głównowska-Siedlecka E, et al. High Rate of Elder Abuse in the Time of COVID-19—A Cross Sectional Study of Geriatric and Neurology Clinic Patients. *J Clin Med* [Internet]. 30 de Setembro de 2021;10(19):4532. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/19/4532>

34. Han SD, Mosqueda L. Elder Abuse in the the COVID-19 Era. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 27 de Julho de 2020;68(7):1386–7. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.16496>

35. Monahan C, Macdonald J, Lytle A, Apriceno MB, Levy SR. COVID-19 and Ageism: How positive and negative responses impact older adults and society. *Am Psychol*. 2020;75(7):887–96.

36. Arthur-Holmes F, Gyasi RM. COVID-19 crisis and increased risks of elder abuse in caregiving spaces. *Glob Public Health* [Internet]. 2021;16(10):1675–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1938171>

37. Gardner W, States D, Bagley N. The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *J Aging Soc Policy* [Internet]. 3 de Julho de 2020;32(4–5):310–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543>

38. Kayser J, Morrow-Howell N, Rosen TE, Skees S, Doering M, Clark S, et al. Research priorities for elder abuse screening and intervention: A Geriatric Emergency Care Applied Research (GEAR) network scoping review and consensus statement. *J Elder Abus Negl* [Internet]. 2021;33(2):123–44. Disponível em:

<https://doi.org/10.1080/08946566.2021.1904313>

39. Rosen T, Bloemen EM, LoFaso VM, Clark S, Flomenbaum NE, Breckman R, et al. Acute Precipitants of Physical Elder Abuse: Qualitative Analysis of Legal Records From Highly Adjudicated Cases. *J Interpers Violence* [Internet]. 9 de Junho de 2019;34(12):2599–623. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260516662305>

40. van Houten ME, Vloet LCM, Pelgrim T, Reijnders UJL, Berben SAA. Types, characteristics and anatomic location of physical signs in elder abuse: a systematic review. *Eur Geriatr Med* [Internet]. 13 de Setembro de 2021;(0123456789). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00550-z>

41. Khoujah D, Cimino-Fiallos N. The geriatric emergency literature 2020: COVID and beyond. *Am J Emerg Med* [Internet]. Junho de 2021;44:177–83. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.04.034>

42. Rohringer TJ, Rosen TE, Lee MR, Sagar P, Murphy KJ. Can diagnostic imaging help improve elder abuse detection? *Br J Radiol* [Internet]. Junho de 2020;93(1110):20190632. Disponível em: <https://www.birpublications.org/doi/10.1259/bjr.20190632>

43. Brondani M. Elder abuse and neglect: The elephant in the room. *Gerodontology* [Internet]. 14 de Junho de 2020;37(2):100–1. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ger.12474>

44. Byard RW. Casper's sign in the elderly. *Med Sci Law*. 2021;61(4):309–12.

45. Kavak RP, Özdemir M. Radiological appearance of physical elder abuse. *Eur Geriatr Med* [Internet]. Dezembro de 2019;10(6):871–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00246-5>

46. Rosen T, Makaroun LK, Conwell Y, Betz M. Violence In Older Adults: Scope, Impact, Challenges, And Strategies For Prevention. *Health Aff* [Internet]. 1 de Outubro de 2019;38(10):1630–7. Disponível em: <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2019.00577>

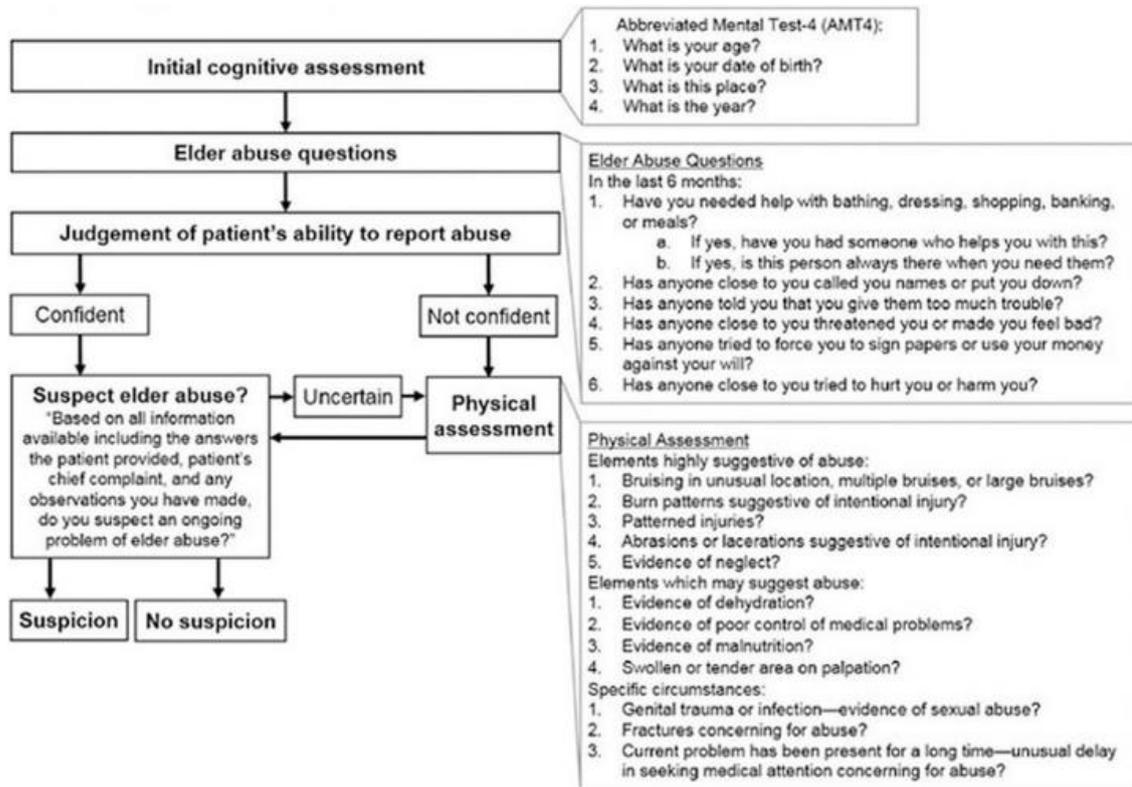
47. Bloemen EM, Rosen T, Schiroo JAC, Clark S, Mulcare MR, Stern ME, et al. Photographing Injuries in the Acute Care Setting: Development and Evaluation of a Standardized Protocol for Research, Forensics, and Clinical Practice. *Acad Emerg Med*. 2016;23(5):653–9.

48. Platts-Mills TF, Hurka-Richardson K, Shams RB, Aylward A, Dayaa JA, Manning M, et al. Multicenter Validation of an Emergency Department–Based Screening Tool to Identify Elder Abuse. *Ann Emerg Med.* 2020;76(3):280–90.
49. Platts-Mills TF, Dayaa JA, Reeve BB, Krajick K, Mosqueda L, Haukoos JS, et al. Development of the Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) tool. *Vol. 30, Journal of Elder Abuse and Neglect.* 2018. p. 247–70.
50. Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. *J Elder Abus Negl.* 2008;20(3):276–300.
51. Reichenheim ME, Paixão Jr. CM, Moraes CL. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. *Cad Saude Publica.* 2008;24(8):1801–13.
52. Neale AV, Scott RO, Sengstock MC, Hwalek MA, Stahl C. Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test. *J Appl Gerontol.* 1991;10(4):406–18.
53. Schofield MJ, Mishra GD. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women’s health Australia study. *Gerontologist.* 2003;43(1):110–20.
54. Lachs M, Mosqueda L, Rosen T, Pillemer K. Bringing Advances in Elder Abuse Research Methodology and Theory to Evaluation of Interventions. *J Appl Gerontol.* 2021;40(11):1437–46.
55. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 16 de Agosto de 2016;2016(8):2–5. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010321.pub2/abstract>
56. Burnes D, MacNeil A, Nowaczynski A, Sheppard C, Trevors L, Lenton E, et al. A scoping review of outcomes in elder abuse intervention research: The current landscape and where to go next. *Aggress Violent Behav [Internet].* 2021;57:101476. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101476>
57. Storey JE, Hart S, Perka MR. Identifying Interventions and Their Efficacy as Used by a Community Agency Managing and Responding to Elder Abuse. *J Appl Gerontol.* 2021;
58. Ayalon L, Lev S, Green O, Nevo U. A systematic review and meta-analysis of

interventions designed to prevent or stop elder maltreatment. *Age Ageing*. 2016;45(2):216–27.

59. Fonseca R, Gomes I, Lobato Faria P, Paula Gil A. Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública. *Rev Port Saude Publica*. 2012;30(2):149–62.

ANEXO I Emergency Department Senior Abuse Identification



Compartilhado com a permissão de Taylor & Francis LTD; www.tandfonline.com

ANEXO II Permissão para Utilização de Emergency Department Senior Abuse Identification

05/02/2022, 23:31

Gmail - RE: wean20:Development of the Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) tool



Rúben Rodrigues <rodriguesruben10@gmail.com>

RE: wean20:Development of the Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) tool

1 message

Academic UK Non Rightslink <permissionrequest@tandf.co.uk>
To: Rúben Miguel Almeida Rodrigues <rodriguesruben10@gmail.com>

2 February 2022 at 15:56

Dear Sir/Madam

Thank you for your correspondence requesting permission to reproduce content from a Taylor & Francis Group content from our Journal in your thesis to be posted on your University's repository.

We will be pleased to grant the permission without fee on the condition that you acknowledge the original source of publication and insert a reference to the Journal's web site: www.tandfonline.com

This permission does not cover any third party copyrighted work which may appear in the material requested. Please ensure you have checked all original source details for the rights holder.

Please note that this licence **does not allow you to post our content on any third-party websites.**

Please note permission does not provide access to our article, if you are affiliated to an institution and your institution holds a subscription to the content you are requesting you will be able to view the article free of charge, if your institution does not hold a subscription or you are not affiliated to an institution that has a subscription then you will need to purchase this for your own personal use as we do not provide our articles free of charge for research.

Thank you for your interest in our Journal.

With best wishes,

Journal Permissions

Journals, Taylor & Francis Group

Permissions e-mail: permissionrequest@tandf.co.uk

Web: www.tandfonline.com

📍 4 Park Square, Milton Park, Abingdon, OX14 4RN

☎ +44 (0)20 8052 0600

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=192b6cc14e&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1723667479939961969%7Cmsg-f%3A172366747...> 1/2



Taylor & Francis Group
an informa business

Taylor & Francis is a trading name of Informa UK Limited,

registered in England under no. 1072954

Before printing, think about the environment.

Information Classification: General

From: Rúben Miguel Almeida Rodrigues <rodriguesruben10@gmail.com>
Sent: 09 January 2022 03:49
To: Academic UK Non Rightslink <permissionrequest@tandf.co.uk>
Subject: wean20:Development of the Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) tool

Permissions Request

Type of use: Academic
Article title: Development of the Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) tool
Article DOI: 10.1080/08946566.2018.1460285
Author name: Timothy F. Platts-Mills, Joseph A. Dayaa, Bryce B. Reeve, Kayla Krajick, Laura Mosqueda, Jason S. Haukoos, Mehul D. Patel, Camie F. Mulford, Samuel A. McLean, Phil D. Sloane, Debbie Travers & Sheryl Zimmerman
Journal title: Journal of Elder Abuse & Neglect
Volume number: 30
Issue number: 4
Year of publication: 2018
Name: Rúben Miguel Almeida Rodrigues
Street address: Rua do Cential, nº23
Town: Mira
Postcode/ZIP code: 3070-559 Mira
Country: Portugal
Email: rodriguesruben10@gmail.com
Telephone: +351927544954
Intended use: To be used in your Thesis?
Are you requesting the full article?: Yes
Which University?: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra / Faculty of Medicine of University of Coimbra
Title of your Thesis?: Abuso de Idosos / Elder Abuse
University repository URL:
Is this a "Closed" or "Open" deposit?: open
Additional comments: Dear Sir/Madam, My name is Rúben Miguel Almeida Rodrigues, I am a student of the Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, and I am writing a revision article about elder abuse for my Masters thesis. I am requesting your permission to reprint your tool "Emergency Department Senior Abuse Identification", including "Figure 5. Proposed final screening tool to be tested in a validation study". I am looking forward to hearing from you. Kind regards, Rúben Rodrigues

ANEXO III Elder Abuse Suspicion Index ©

ELDER ABUSE SUSPICION INDEX © (EASI)			
EASI Questions			
Q.1-Q.5 asked of patient; Q.6 answered by doctor			
Within the last 12 months:			
1) Have you relied on people for any of the following: bathing, dressing, shopping, banking, or meals?	YES	NO	Did not answer
2) Has anyone prevented you from getting food, clothes, medication, glasses, hearing aides or medical care, or from being with people you wanted to be with?	YES	NO	Did not answer
3) Have you been upset because someone talked to you in a way that made you feel shamed or threatened?	YES	NO	Did not answer
4) Has anyone tried to force you to sign papers or to use your money against your will?	YES	NO	Did not answer
5) Has anyone made you afraid, touched you in ways that you did not want, or hurt you physically?	YES	NO	Did not answer
6) Doctor: Elder abuse <u>may</u> be associated with findings such as: poor eye contact, withdrawn nature, malnourishment, hygiene issues, cuts, bruises, inappropriate clothing, or medication compliance issues. Did you notice any of these today or in the last 12 months?	YES	NO	Not sure

The EASI was developed* to raise a doctor's suspicion about elder abuse to a level at which it might be reasonable to propose a referral for further evaluation by social services, adult protective services, or equivalents. While all six questions should be asked, a response of "yes" on one or more of questions 2-6 may establish concern. The EASI was validated* for asking by family practitioners of cognitively intact seniors seen in ambulatory settings.

*Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI) ©. Journal of Elder Abuse and Neglect 2008; 20(3) 000-000. In Press. Haworth Press Inc: <http://www.HaworthPress.com>

© The Elder Abuse Suspicion Index (EASI) was granted copyright by the Canadian Intellectual Property Office (Industry Canada) February 21, 2006. (Registration # 1036459).

Posted with permission from Mark Yaffee, November 17, 2009.

Mark J. Yaffe, MD McGill University, Montreal, Canada mark.yaffe@mcgill.ca
 Maxine Lithwick, MSW CSSS Cavendish, Montreal, Canada maxine.lithwick.cvd@ssss.gouv.qc.ca
 Christina Wolfson, PhD McGill University, Montreal, Canada christina.wolfson@mcgill.ca

ANEXO IV Permissão para Utilização de Elder Abuse Suspicion Index ©

09/01/2022, 17:19

Gmail - Re: Request permission to reprint



Rúben Rodrigues <rodriguesruben10@gmail.com>

Re: Request permission to reprint

1 message

Mark Yaffe, Dr. <mark.yaffe@mcgill.ca>
To: Rúben Rodrigues <rodriguesruben10@gmail.com>

9 January 2022 at 17:08

Ruben, thank you for your interest in the EASI. How can I say no to someone studying in your historic university and in such a beautiful city! I was privileged to make a brief visit there a number of years ago; regretfully the exquisite library was closed when I was there.

In using the EASI kindly follow the standard stipulations:

1. The full names of the EASI © authors and my email addresses must be clearly indicated at the bottom of the tool.
2. The copyright symbol should be clearly indicated whenever the full name of the tool or the EASI© acronym is used.
3. At the bottom of the tool reproduction the following reference should be included in order to respect the journal's rights:

Yaffe MJ, Wolfson C, Weiss D, Lithwick M. *Development and validation of a tool to assist physicians' identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI ©)*. Journal of Elder Abuse and Neglect, 2008; 20 (3): 276-300.

4. At the bottom of the tool reproduction the EASI© website URL should be displayed so that users have detailed information about the strengths and limitations of the tool, as well as access to the 16 linguistic versions of the tool: <https://www.mcgill.ca/familymed/research/projects/elder>
5. The EASI © questions must be reproduced in the order found in the published version, since changing the order may alter psychometric properties.
6. The EASI © should be reproduced verbatim, unless specific changes are approved in advance by the authors. This is both a copyright issue and concern that word changes may alter psychometric properties.
7. Approval for use in one medium does not grant permission for use in another.
8. Beyond the English and French versions of the EASI© that appear on its website, approval for use in any of the other languages will need to be granted by us as well as from the separate authors whose names appear at the bottom of each linguistic version.
9. Should approval for reproduction in any language other than English or French be granted, that linguistic version must contain a reference to the 2008 reference referred to above.
10. Reproductions in whole or in part of the EASI may not be used in any promotional material.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=192b6cc14e&view=pt&search=a18permthid=thread-a%3Ar6133685981257325257%7Cmsg-f%3A17214976...> 1/2

09/01/2022, 17:19

Gmail - Re: Request permission to reprint

Also, your letter indicated that the Portuguese version (the one on our website?) is being validated. Will you be doing this, or someone else? I would interested in learning when this has been accomplished.

My best wishes for your work.
Mark

Mark J. Yaffe, MDCM, MCISc, CCFP, FCFP
Professor, Department of Family Medicine
McGill University and St. Mary's Hospital Center
Integrated University Centre for Health and Social Services of West Island of Montreal
3830 Lacombe Avenue
Montreal, Quebec, Canada, H3T 1M5
<http://www.mcgill.ca/familymed/mark-yaffe>

From: Rúben Rodrigues <rodriguesruben10@gmail.com>
Sent: January 8, 2022 11:32 PM
To: Mark Yaffe, Dr. <mark.yaffe@mcgill.ca>
Subject: Request permission to reprint

Dear Sir,

My name is Rúben Miguel Almeida Rodrigues, I am a student of Faculty of Medicine of University of Coimbra, and I am writing my Masters thesis which is a revision article about Elder Abuse.

I am writing to request your permission to reprint the Elder Abuse Suspicion Index and its Portuguese version. I have attached the permission form in this email, in which I explained the nature of the article.

I am looking forward to hearing from you.

Kind regards,

Rúben Rodrigues

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=192b6cc14e&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar6133685981257325257%7Cmsg-f%3A17214976...> 2/2

ANEXO V Índice de Suspeita de Abuso a Pessoas Idosas

ÍNDICE DE SUSPEITA DE ABUSO A PESSOAS IDOSAS – ISAPI (Versão Portuguesa da “EASI” (Yaffe, Wolfson, Lithwick, & Weiss, 2008))

Perguntas do ISAPI			
As perguntas 1 a 5 são feitas ao paciente; A pergunta 6 é respondida pelo médico (Nos últimos 12 meses)			
1) Já dependeu de alguém para alguma das seguintes actividades: tomar banho, vestir-se, fazer compras, ir ao banco ou tomar as refeições?	Sim	Não	Não responde
2) Alguém o(a) impediu de obter comida, roupa, medicação, óculos, aparelhos auditivos, cuidados médicos ou de estar com as pessoas com quem queria estar?	Sim	Não	Não responde
3) Tem andado aborrecido(a) porque alguém falou para si de uma forma que o(a) fez sentir envergonhado(a) ou ameaçado(a)?	Sim	Não	Não responde
4) Alguém tentou forçá-lo(a) a assinar papéis ou a usar o seu dinheiro contra a sua vontade?	Sim	Não	Não responde
5) Alguém o(a) fez sentir medo, o(a) tocou de formas que você não queria ou o(a) magoou fisicamente?	Sim	Não	Não responde
6) Para o Médico: O abuso de adultos idosos pode estar associado a certas observações, tais como: fraco contacto visual, comportamento não comunicativo, subnutrição/desnutrição, falta de higiene, lacerações, equimoses, vestuário desadequado ou problemas no cumprimento da medicação. A percebeu-se de algum destes aspectos hoje ou nos últimos doze meses?	Sim	Não	Não tenho a certeza

Mark J. Yaffe MDMCISc, Christina Wolfson PhD, Maxine Lithwick MSW & Deborah Weiss MSc (2008):
Development and Validation of a Tool to Improve Physician Identification of Elder Abuse: The Elder
Abuse Suspicion Index (EASI)© *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20, 276-300. doi:
<http://dx.doi.org/10.1080/08946560801973168>

Versão Portuguesa (Portuguese version in process of validation):

[José Ferreira-Alves](#), Ph.D. University of Minho, School of Psychology, Braga Portugal

[Tiago Sousa Veloso](#), M.D., MSc, Ph.D student, Primary Health Care Center – West Porto;
Faculty of Medicine – University of Porto, Portugal

[Randolph Grace](#), University of Canterbury, University of Minho, School of Psychology, Braga,
Portugal

[Mark J. Yaffe](#), MDMCISc. Departments of Family Medicine, McGill University and St. Mary's
Hospital Centre, Montreal, Quebec, Canada

ANEXO VI Permissão para Utilização de Índice de Suspeita de Abuso a Pessoas Idosas

09/01/2022, 19:28

Gmail - RE: Pedido de permissão de utilização



Rúben Rodrigues <rodriguesruben10@gmail.com>

RE: Pedido de permissão de utilização

1 message

José Ferreira Alves <alves@psi.uminho.pt>
To: Rúben Rodrigues <rodriguesruben10@gmail.com>

9 January 2022 at 18:00

Caro Rúben

Sem qualquer problema.

Sugiro apenas que se fizer algum estudo sobre a utilização dessa medida nos dê conhecimento e procure explorar indicadores de validade da medida nos seus dados, tal como fez Mark Yaffe

Votos de excelente trabalho. É muito importante que os médicos “peguem” neste assunto também

As melhores saudações,

José Ferreira-A

José Ferreira-Alves

Professor Auxiliar/ Assistant Professor

Escola de Psicologia , Universidade do Minho/School of Psychology-University of Minho

Campus de Gualtar, 4710-057 Braga, PORTUGAL

Tel. gabinete: +351253604233; 919378514

Email: alves@psi.uminho.pt

https://www.psi.uminho.pt/pt/_layouts/15/UMinho.PortaisJOEI.UWPages/userinfo.aspx?p=1453

Skype name: feralves6180

Twitter: @joseferalves

Coordenador da linha de investigação *Desenvolvimento do Adulto e Envelhecimento* da Escola de Psicologia da Universidade do Minho

Representate em Portugal da *ESRAD/Portuguese representative of European Society for Research in Adult Development*



ESCOLA DE PSICOLOGIA
Building the future with Psychology

Universidade do Minho

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=192b6cc14e&view=pt&search=a1&permthid=thread-a%3Ar-7240578330234236027%7Cmsg-f%3A1721500...> 1/2

Ives

De: Rúben Rodrigues <rodriguesruben10@gmail.com>

Enviada: 9 de janeiro de 2022 17:55

Para: José Ferreira Alves <alves@psi.uminho.pt>

Assunto: Pedido de permissão de utilização

Caro Professor José Ferreira-Alves,

O meu nome é Rúben Miguel Almeida Rodrigues, sou aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e estou a escrever uma revisão narrativa sobre Abuso de Idosos, que será a minha tese de Mestrado.

Escrevo-lhe para pedir permissão de utilização, para compartilhamento, do ÍNDICE DE SUSPEITA DE ABUSO A PESSOAS IDOSAS – ISAP, a versão portuguesa do Elder Abuse Suspicion Index (EASI) ©.

Recebi permissão de utilização do Elder Abuse Suspicion Index (EASI) ©, por Mark J. Yaffe, MD.

Pergunto-lhe se devo também pedir a permissão aos restantes autores da versão portuguesa.

Com os melhores cumprimentos,

Rúben Rodrigues



Virus-free. www.avg.com

ANEXO VII Adaptação Portuguesa de Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test

- 1) V/S tem alguém que lhe faz companhia, que o(a) leva para fazer compras ou ao médico?
- 2) V/S está ajudando a sustentar alguém?
- 3) V/S muitas vezes se sente triste ou só?
- 4) Alguma outra pessoa toma decisões sobre sua vida – do tipo como V/S deve viver ou onde deve morar?
- 5) V/S se sente desconfortável com alguém da sua família?
- 6) V/S é capaz de tomar seus remédios e ir para os lugares por conta própria?
- 7) V/S sente que ninguém quer V/S por perto?
- 8) Alguém da sua família bebe muito?
- 9) Alguém da sua família obriga V/S a ficar na cama ou lhe diz que V/S está doente quando V/S sabe que não está?
- 10) Alguém já obrigou V/S a fazer coisas que V/S não queria fazer?
- 11) Alguém já pegou coisas que pertencem a V/S sem o seu consentimento?
- 12) V/S confia na maioria das pessoas da sua família?
- 13) Alguém lhe diz que V/S causa muitos problemas?
- 14) Em casa, V/S tem liberdade suficiente para ficar sossegado(a) quando quer?
- 15) Alguém próximo a V/S tentou machucá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?

Reichenheim, Michael Eduardo, Paixão Jr., Carlos Montes e Moraes, Claudia Leite: Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso

Adaptado com permissão, por Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0), cumprindo os termos de atribuição e de não comercialização.

ANEXO VIII Vulnerability to Abuse Screening Scale

VULNERABILITY TO ABUSE SCREENING SCALE (VASS)

Purpose: To identify older women at risk of elder abuse through a self-report instrument.

Instructions: Questionnaire can be mailed to subjects with instructions to answer “yes” or “no”.

1. Are you afraid of anyone in your family? Yes ___ No ___
2. Has anyone close to you tried to hurt you or harm you recently? Yes ___ No ___
3. Has anyone close to you called you names or put you down or made you feel bad recently? Yes ___ No ___
4. Do you have enough privacy at home? Yes ___ No ___
5. Do you trust most of the people in your family? Yes ___ No ___
6. Can you take your own medication and get around by yourself? Yes ___ No ___
7. Are you sad or lonely often? Yes ___ No ___
8. Do you feel that nobody wants you around? Yes ___ No ___
9. Do you feel uncomfortable with anyone in your family? Yes ___ No ___
10. Does someone in your family make you stay in bed or tell you you're sick when you know you're not? Yes ___ No ___
11. Has anyone forced you to do things you didn't want to do? Yes ___ No ___
12. Has anyone taken things that belong to you without your OK? Yes ___ No ___

Copyright © The Gerontological Society of America. Reprinted by permission of the publisher. Schofield, M. J., & Mishra, G. D. (2003). Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*, 43(1), 110-120, Table 1.

ANEXO IX Permissão para Utilização de Vulnerability to Abuse Screening Scale

09/01/2022, 16:04

RightsLink Printable License

OXFORD UNIVERSITY PRESS LICENSE TERMS AND CONDITIONS

Jan 09, 2022

This Agreement between Rúben Rodrigues ("You") and Oxford University Press ("Oxford University Press") consists of your license details and the terms and conditions provided by Oxford University Press and Copyright Clearance Center.

License Number	5224830399781
License date	Jan 09, 2022
Licensed content publisher	Oxford University Press
Licensed content publication	Gerontologist, The
Licensed content title	Validity of Self-Report Screening Scale for Elder Abuse: Women's Health Australia Study<!-->
Licensed content author	Schofield, Margot J.; Mishra, Gita D.
Licensed content date	Feb 1, 2003
Type of Use	Thesis/Dissertation
Institution name	
Title of your work	Abuso de Idosos / Elder Abuse
Publisher of your work	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra / Faculty of Medicine of University of Coimbra
Expected publication date	Apr 2022

<https://s100.copyright.com/CustomerAdmin/PLF.jsp?ref=e228dc7c-f07d-43dc-a57c-bd34222133c4>

1/4

Permissions cost	0.00 EUR
Value added tax	0.00 EUR
Total	0.00 EUR
Title	Abuso de Idosos / Elder Abuse
Institution name	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra / Faculty of Medicine of University of Coimbra
Expected presentation date	Apr 2022
Order reference number	19980616
Portions	I am requesting permission to reprint or adapt Table 1. Rúben Rodrigues Rua do Cential, nº23
Requestor Location	Mira, 3070-559 Mira Portugal Attn: Rúben Rodrigues
Publisher Tax ID	GB125506730
Total	0.00 EUR

Terms and Conditions**STANDARD TERMS AND CONDITIONS FOR REPRODUCTION OF MATERIAL FROM AN OXFORD UNIVERSITY PRESS JOURNAL**

1. Use of the material is restricted to the type of use specified in your order details.
2. This permission covers the use of the material in the English language in the following territory: world. If you have requested additional permission to translate this material, the terms and conditions of this reuse will be set out in clause 12.
3. This permission is limited to the particular use authorized in (1) above and does not allow you to sanction its use elsewhere in any other format other than specified above, nor does it

apply to quotations, images, artistic works etc that have been reproduced from other sources which may be part of the material to be used.

4. No alteration, omission or addition is made to the material without our written consent. Permission must be re-cleared with Oxford University Press if/when you decide to reprint.

5. The following credit line appears wherever the material is used: author, title, journal, year, volume, issue number, pagination, by permission of Oxford University Press or the sponsoring society if the journal is a society journal. Where a journal is being published on behalf of a learned society, the details of that society must be included in the credit line.

6. For the reproduction of a full article from an Oxford University Press journal for whatever purpose, the corresponding author of the material concerned should be informed of the proposed use. Contact details for the corresponding authors of all Oxford University Press journal contact can be found alongside either the abstract or full text of the article concerned, accessible from www.oxfordjournals.org Should there be a problem clearing these rights, please contact journals.permissions@oup.com

7. If the credit line or acknowledgement in our publication indicates that any of the figures, images or photos was reproduced, drawn or modified from an earlier source it will be necessary for you to clear this permission with the original publisher as well. If this permission has not been obtained, please note that this material cannot be included in your publication/photocopies.

8. While you may exercise the rights licensed immediately upon issuance of the license at the end of the licensing process for the transaction, provided that you have disclosed complete and accurate details of your proposed use, no license is finally effective unless and until full payment is received from you (either by Oxford University Press or by Copyright Clearance Center (CCC)) as provided in CCC's Billing and Payment terms and conditions. If full payment is not received on a timely basis, then any license preliminarily granted shall be deemed automatically revoked and shall be void as if never granted. Further, in the event that you breach any of these terms and conditions or any of CCC's Billing and Payment terms and conditions, the license is automatically revoked and shall be void as if never granted. Use of materials as described in a revoked license, as well as any use of the materials beyond the scope of an unrevoked license, may constitute copyright infringement and Oxford University Press reserves the right to take any and all action to protect its copyright in the materials.

9. This license is personal to you and may not be sublicensed, assigned or transferred by you to any other person without Oxford University Press's written permission.

10. Oxford University Press reserves all rights not specifically granted in the combination of (i) the license details provided by you and accepted in the course of this licensing transaction, (ii) these terms and conditions and (iii) CCC's Billing and Payment terms and conditions.

11. You hereby indemnify and agree to hold harmless Oxford University Press and CCC, and their respective officers, directors, employees and agents, from and against any and all claims arising out of your use of the licensed material other than as specifically authorized pursuant to this license.

12. Other Terms and Conditions:

v1.4

Questions? customercare@copyright.com or +1-855-239-3415 (toll free in the US) or +1-978-646-2777.