



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO  
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO  
INTEGRADO EM MEDICINA**

**ANA SOFIA DA SILVA MARTINHO**

***MAUS-TRATOS DE IDOSOS***

**ARTIGO DE REVISÃO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROFESSOR DOUTOR MANUEL MARQUES VERÍSSIMO  
DRA. BENILDE TERESA RODRIGUES BARBOSA**

**JANEIRO DE 2016**

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE  
MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM  
MEDICINA

**MAUS-TRATOS DE IDOSOS**

**Investigador:**

Ana Sofia da Silva Martinho

**E-mail:** ana\_aifos14@hotmail.com

## ÍNDICE

<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	5
<b>RESUMO</b> .....	6
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	12
<b>DESENVOLVIMENTO</b> .....	14
<b>1) Definições/ conceitos</b> .....	14
<b>1.1) Tipos de abuso</b> .....	14
<b>1.2) Local do abuso</b> .....	16
<b>2) Epidemiologia</b> .....	18
<b>2.1) Prevalência por tipo de abuso</b> .....	18
<b>2.2) Prevalência na comunidade <i>versus</i> instituições</b> .....	20
<b>3) Fatores de risco</b> .....	22
<b>3.1) Fatores de risco individuais para ser vítima</b> .....	24
<b>3.2) Fatores de risco individuais para ser agressor</b> .....	26
<b>3.3) Fatores de risco relacionados com a relação interpessoal</b> .....	28
<b>3.4) Fatores de risco relacionados com a comunidade</b> .....	29
<b>3.5) Fatores de risco relacionados com a sociedade</b> .....	29
<b>4) Identificação do problema</b> .....	32
<b>4.1) Importância do papel dos médicos</b> .....	32
<b>4.2) Razões para a não denúncia e identificação</b> .....	32

4.3) Rastreo.....	34
4.4) Marcas e Indicadores de Abuso .....	37
5) Consequências para o idoso.....	46
6) Intervenção.....	47
6.1) Prevenção primordial.....	47
6.2) Prevenção primária .....	47
6.3) Prevenção secundária.....	47
6.4) Prevenção terciária.....	53
7) Abordagem jurídica .....	55
7.1) Violência física .....	55
7.2) Violência psicológica .....	56
7.3) Violência Sexual.....	56
7.4) Violência Financeira.....	56
7.5) Negligência .....	56
CONCLUSÃO.....	58
AGRADECIMENTOS.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	63
ANEXO 1.....	68
ANEXO 2.....	69

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**ABUEL:** *Abuse and health among elderly in Europe*

**AMA:** *American Medical Association*

**APAV:** Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

**AVD:** Atividades da Vida Diária

**AVOW:** *Violence and Abuse Against Older Women*

**DII:** Doença Inflamatória Intestinal

**DM:** Diabetes Mellitus

**EASI:** *Elder Abuse Suspicion Index*

**EUA:** Estados Unidos da América

**ISAPI:** Índice de Suspeita de Abuso a Pessoas Idosas

**INE:** Instituto Nacional de Estatística

**INMLCF:** Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

**MeSH:** *Medical Subject Headings*

**MMSE:** *Mini-Mental State Examination*

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

## RESUMO

Com o envelhecimento populacional atual aumentaram também situações como os maus-tratos a idosos

O objetivo deste trabalho foi definir os diferentes tipos de abuso a que os idosos podem estar sujeitos, a sua epidemiologia e fatores de risco ou protetores. Destacou-se também o papel dos médicos no diagnóstico e prevenção dos maus-tratos, incluindo neste campo a importância dos testes de rastreio. Com este trabalho procurou-se disponibilizar possíveis orientações para intervenção num caso de suspeita de abuso. Analisámos ainda quais as motivações que levam atualmente à invisibilidade do problema. Por fim, foi feita uma breve revisão da legislação, nomeadamente portuguesa na tentativa de auxiliar os médicos, na altura de uma tomada de decisão.

Reviu-se e analisou-se a literatura médica sobre maus-tratos a idosos, incluindo para tal artigos em língua portuguesa e inglesa, de revistas reconhecidas cientificamente e livros que abordassem o tema em estudo, abrangendo o período de 2009 a 2015, inclusive. As pesquisas foram realizadas na base de dados *PubMed* e *ClinicalKey* e no Catálogo da Biblioteca das Ciências da Saúde, com a finalidade de encontrar estudos, artigos de revisão e *guidelines* acerca do tema maus-tratos a idosos. Foi utilizado para tal, o termo MeSH (Medical Subject Headings) “*elder abuse*”, que inclui os termos “*abuse, elder*”; “*elder neglect*”; “*neglect, elder*”; “*aged abuse*” e “*abuse, aged*”, combinado com os subcabeçalhos “*epidemiology*”, “*therapy*”, “*prevention and control*” e “*guidelines*”

Encontrou-se uma grande falha no que diz respeito à intervenção médica na gestão de uma suspeita de abuso, nomeadamente no diagnóstico e intervenção. Foi revelada a falta de treino médico nesta área e a falta de orientações homogéneas. Nesta revisão foram ainda encontrados vários testes de rastreio que podem ser utilizados para identificar potenciais situações de abuso, nomeadamente o *Elder Abuse Suspicion Index*, contudo ainda não validado

para a população portuguesa. Não houve coerência em relação à obrigatoriedade da denúncia, exceto nos casos de violência considerados crimes públicos e nas situações de perigo iminente, nos restantes deve-se respeitar a vontade do doente.

Assim, mais estudos devem ser realizados no sentido de saber quais os conhecimentos dos médicos nesta área, de modo a poder incentivar a uma maior formação destes profissionais, para que sejam capazes de reconhecer potenciais situações de abuso e atuar precocemente. Neste sentido será útil a validação dos questionários de rastreio que poderão facilitar este processo. Ficou ainda claro que é de extrema relevância que mais estudos sejam realizados de modo a colmatar a falta de protocolos homogéneos para rastreio, diagnóstico e intervenção numa situação de suspeita de abuso.

**Palavras-chave:** “abuso, idosos”; “negligência, idosos”; “epidemiologia”; “tratamento”; “prevenção”; “orientações”.

***ABSTRACT***

With the current aging population also increased situations like the mistreatment of elderly.

The objective of this work was to define the different types of abuse to which older people can be exposed, its epidemiology and risk factors or protectors. It also highlighted the role of physicians in the diagnosis and prevention of mistreatment, including in this field the importance of screening tests. With this work we tried to provide guidelines for possible intervention in a case of suspected abuse. We also analyzed the motivations that currently lead to the invisibility of the problem. Finally, a brief review of the legislation was made, notably the Portuguese in an attempt to help doctors at the time of decision making.

It is reviewed and analyzed the medical literature about the mistreatment of the elderly, including for such articles in Portuguese and English, magazines recognized scientifically and books that addressed the topic under study, covering the period 2009-2015, inclusive.

The surveys were conducted in the PubMed database and ClinicalKey and of the Health Sciences Library catalog, in order to find studies, review articles and guidelines about the mistreatment of the elderly subject. Was used for this, the MeSH term (Medical Subject Headings) “elder abuse”, which includes the terms “abuse, elder”; “elder neglect”; “neglect, elder”; “aged abuse” and “abuse, aged”, combined with the subheadings “epidemiology”, “therapy”, “prevention and control” and “guidelines”.

We found a great fault in regard to medical intervention in the management of suspected abuse, particularly in the diagnosis and intervention. It was revealed to lack of medical training in this area and the lack of uniform orientation. In this review we were also found several screening tests that can be used to identify potential cases of abuse, including the Elder Abuse Suspicion Index, however not yet validated for the Portuguese population. There was no consistency in relation to the obligation of the complaint, except in cases of violence considered

public crimes and in situations of imminent danger, the remaining must respect the patient's will.

Thus, more studies should be undertaken to find out what the knowledge of physicians in this area, so as to encourage better training of these professionals, so that they are able to recognize potential situations of abuse and act early. In this sense it will be useful for validation of the screening questionnaire which may facilitate this process. It was also clear that it is extremely important that more studies be conducted in order to address the lack of uniform protocols for screening, diagnosis and intervention in suspected abuse situation.

**Key-words:** “*abuse, elder*”; “*neglect, elder*”; “*epidemiology*”; “*therapy*”; “*prevention*”; “*guidelines*”.

## INTRODUÇÃO

Com o avanço dos cuidados de saúde, a população idosa começou a viver mais tempo,<sup>1</sup> contribuindo para o atual envelhecimento populacional. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2050, um terço da população da Região Europeia seja constituída por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos<sup>2</sup>. Em 2011 cerca de 19.4% da população portuguesa tinha idade igual ou superior a 65 anos<sup>3</sup> e, segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), até 2060 a percentagem de jovens em Portugal cairá para 11.9%, aumentando para 32.3% a proporção de idosos.<sup>4</sup>

Com o envelhecimento demográfico vem também o aumento de certos problemas, até então menos divulgados, como é o caso dos maus-tratos a idosos.<sup>1</sup> Os primeiros casos referenciados e que foram publicados ocorreram há mais de 30 anos<sup>1,5</sup>.

Quando nos referimos a este fenómeno de violência são vários os termos que podemos empregar sem nunca nos afastarmos do conceito: “*Maus-tratos*”, “*Abuso*” e “*Violência Contra as Pessoas Idosas*”.<sup>6</sup> A definição mais aceite por vários autores é a da OMS: “... *qualquer ato isolado ou repetido, ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relação em que há uma expectativa de confiança, e que causa dano ou sofrimento a uma pessoa idosa*”.<sup>2,6,7</sup>

Nos vários estudos encontrados não há consenso em termos da idade a partir da qual se considera uma pessoa idosa no âmbito dos maus-tratos. Para a OMS, tal como para a maioria dos países da Região Europeia, e entre estes Portugal, tem sido associado o termo idoso à reforma, considerando pessoas com idade igual ou superior a 60 ou 65anos.<sup>2,7</sup> No entanto, é importante ter em atenção que em muitos países as pessoas reformam-se mais tarde.<sup>2</sup>

O número de denúncias de maus-tratos a idosos aumentou nos últimos anos.<sup>8</sup> Segundo estatísticas apresentadas pela OMS acredita-se que, anualmente, pelo menos 4 milhões de idosos passam por uma experiência de abuso e, cerca de 2500 perdem a vida devido a este fenómeno.<sup>2</sup>

Em Portugal, entre 2000 e 2012 a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) registou 7058 processos de idosos, vítimas de violência.<sup>9</sup>

Contudo, mesmo com o número elevado de casos reportados, continuamos perante uma subestimação do problema, uma vez que por cada caso de abuso ou negligência que é denunciado às autoridades, 5 casos não são reportados.<sup>1</sup> Cerca de 80% não são denunciados.<sup>10</sup>

Atualmente os maus tratos a idosos já são reconhecidos como um problema de Saúde Pública<sup>2</sup> e em crescimento, merecendo a atenção não só dos médicos, mas também do público em geral.<sup>1</sup> Vários foram os estudos realizados em diferentes países que concluíram que qualquer pessoa idosa pode ser vítima, independentemente da sua etnia, religião ou estatuto sociocultural.<sup>6,10</sup>

Apesar de os médicos, nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários estarem numa posição privilegiada para a deteção e prevenção do problema, apenas reportam 1,4%<sup>1</sup>, revelando a falta de treino, experiência, educação e orientações adequadas relacionadas com esta temática.<sup>11</sup>

Atualmente é um tema que gera preocupação, nomeadamente na Região Europeia, uma vez que, o abuso de idosos está associado a uma diminuição da qualidade de vida e a um aumento da dor e do sofrimento destas pessoas.<sup>2</sup>

Desta forma, torna-se pertinente uma revisão literária, relativamente ao que já se conhece e, já se desenvolveu sobre o assunto no mundo e em Portugal, e as falhas neste ramo.

O objetivo deste trabalho é definir os diferentes tipos de abuso a que os idosos podem estar sujeitos, a sua frequência e circunstâncias que podem favorecer ou diminuir estes acontecimentos. De destacar também o papel dos médicos no diagnóstico e prevenção dos maus-tratos, bem como possíveis orientações para intervenção. Por último, saber quais as motivações que levam à invisibilidade do problema, destacando ainda a importância dos testes de rastreio para evitar as consequências gravíssimas que este fenómeno tem para o idoso.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Para realização do presente artigo de revisão reviu-se e analisou-se a literatura médica sobre maus-tratos a idosos, incluindo para tal artigos em língua portuguesa e inglesa, de revistas reconhecidas cientificamente e livros que abordassem o tema em estudo, abrangendo o período de 2009 a 2015, inclusive.

Realizaram-se pesquisas na base de dados *PubMed* e *ClinicalKey* e no Catálogo da Biblioteca das Ciências da Saúde, com a finalidade de encontrar estudos, artigos de revisão e *guidelines* acerca do tema maus-tratos a idosos. Esta pesquisa foi realizada na Biblioteca do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e na Biblioteca das Ciências da Saúde da Universidade de Coimbra, utilizando o termo MeSH (Medical Subject Headings) “*elder abuse*”, que inclui os termos “*abuse, elder*”; “*elder neglect*”; “*neglect, elder*”; “*aged abuse*” e “*abuse, aged*, combinado com os subcabeçalhos “*epidemiology*”, “*therapy*”, “*prevention and control*” e “*guidelines*”.

Foram ainda consultados *sites* fidedignos como: <http://www.dgs.pt/>; [http://www.apav.pt/apav\\_v3/index.php/pt/](http://www.apav.pt/apav_v3/index.php/pt/); <http://www.pgdlisboa.pt/home.php>; <https://www.mcgill.ca/familymed/research-grad/research/projects/elder>.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão/exclusão dos diversos artigos, o idioma (português ou inglês) e o período de publicação (desde o primeiro dia de 2009 até ao último dia 2015). Inicialmente procedeu-se à pesquisa nas bases de dados escolhidas, sendo de seguida selecionados os artigos publicados nos idiomas e período acima referidos. De seguida procedeu-se à leitura do título. Quando o título parecia relevante foi lido o respetivo resumo. Posteriormente quando o resumo se mostrava igualmente relevante, foi adquirido o artigo completo, sempre que acessível através da Biblioteca do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, da Biblioteca das Ciências da Saúde da Universidade de Coimbra ou facultado pelo próprio autor.

Por fim, leram-se todos os artigos ou capítulos de livros selecionados na etapa anterior.

## DESENVOLVIMENTO

### 1) Definições/ conceitos

#### 1.1) Tipos de abuso

Numa abordagem inicial ao problema torna-se pertinente clarificar os diferentes tipos de abuso a que a pessoa idosa pode estar sujeita.

Para simplificar a problemática em estudo optou-se por utilizar a definição de abuso de idosos da OMS, considerando também os tipos de abuso por ela validados.<sup>2</sup> (Tabela1).

<b>Tipos de Abuso</b>
Negligência
Violência física
Violência psicológica
Violência sexual
Exploração financeira

**Tabela 1-** Tipos de Abuso. Adaptado de World Health Organization Regional Office for Europe. European report on preventing elder maltreatment. 2012; Disponível em:<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>

##### 1.1.1) Negligência

No sentido prático pode consistir na privação da pessoa idosa às necessidades básicas do dia-a-dia, como comida, água, roupa e higiene. O cuidador não providencia um ambiente seguro e confortável ao idoso do qual é responsável; não lhe dá a medicação, nem equipamentos médicos ou, conscientemente, não leva o idoso a consultas médicas previamente agendadas.

1,12,13

Pode ser subdividida em intencional e não intencional. A primeira ocorre quando conscientemente o cuidador falha na prestação dos cuidados necessários à pessoa idosa. Pode

ser não intencional quando esta falha ocorre por falta de capacidade ou de recursos do cuidador, ou quando este coloca o idoso numa situação de risco para o próprio, sem ter conhecimento de tal perigo, através das suas ações ou da falta delas.<sup>12,13</sup>

### **1.1.2) Violência psicológica/ emocional**

Corresponde à infligência intencional de angústia, dor e sofrimento através de atos verbais ou não verbais.<sup>1,12</sup> Pode ocorrer através de situações de humilhação, insultos verbais, comentários depreciativos, isolamento do idoso<sup>12</sup> e ameaças de abandono, de agressão, de castigo e de institucionalização.<sup>7</sup>

### **1.1.3) Violência física**

Diz respeito ao uso intencional de força física sobre o idoso, com o intuito de intimidar ou provocar lesões corporais, dor física ou debilitação do estado físico do mesmo.<sup>1</sup> Pode ser qualquer conduta que cause dano à integridade física,<sup>7</sup> tal como: empurrar, puxar, agarrar, bater, arrancar cabelo, queimar, cortar, abanar, atirar objetos ao idoso.<sup>1,7,12</sup> Alguns autores englobam neste tipo de violência a sobremedicação ou, ao invés, a submedicação; o forçar a alimentação<sup>12</sup>; o uso inadequado de instrumentos físicos ou químicos para a imobilização do idoso e o impedir a ida à casa de banho. Estas últimas formas de abuso são muito mais subtis, passando muitas vezes despercebidas.<sup>1</sup>

### **1.1.4) Violência sexual**

Qualquer contato sexual não consensual<sup>1,7,12</sup>. Pode ocorrer sobre a forma de agressão sexual, coação sexual, assédio sexual físico ou verbal e exposição indecente. Este tipo de abuso também está presente quando o idoso apresenta deficiências tornando-o incapaz de consentir ou não, o ato sexual<sup>12</sup>.

### **1.1.5) Exploração/ abuso financeiro**

Esta é definida como o uso inapropriado ou ilegal de dinheiro, propriedades ou património. Está presente quando há negação ao idoso da própria casa e dos seus bens e, quando

há roubo dos pertences e dinheiro do mesmo. Do mesmo modo, considera-se abuso financeiro quando um idoso é obrigado a assinar um contrato, a alterar um testamento ou a assinar uma procuração, dando ao abusador todos os poderes legais sobre si. Neste conceito ainda se inserem as situações em que o idoso assina documentos, embora apresente défices mentais que o tornam incapaz de saber o que está a fazer.<sup>12</sup>

### **1.1.6) Outros tipos de abuso**

Apesar de os tipos de abuso acima definidos serem os mais aceites em vários artigos, alguns estudos, consideram sete formas de abuso, na medida em que referenciam, como conceito próprio: o abandono<sup>1,12</sup> e a autonegligência<sup>1</sup>. Importante referir que na maioria dos artigos, estes últimos dois tipos de abuso já se encontram incluídos na violência por negligência.

No entanto, optou-se por clarificar estes dois últimos conceitos.

#### **1.1.6.1) Abandono**

Deserção de um idoso pelo indivíduo que assumiu a responsabilidade de cuidar do mesmo ou pela pessoa responsável pela sua tutela.<sup>1,12</sup>

#### **1.1.6.1) Autonegligência**

A própria pessoa idosa recusa ou falha na obtenção, para si própria, de comida, água, roupa, abrigo, higiene pessoal, medicação e cuidados de segurança.<sup>1</sup> Ocorre, portanto, quando o idoso já não se encontra capaz de tomar conta de si próprio.<sup>14</sup>

### **1.2) Local do abuso**

Neste seguimento são vários os estudos que distinguem as várias formas de maus-tratos, consoante o local em que ocorrem, isto é, os eventos que têm lugar em contexto familiar/ na comunidade e os que ocorrem em situação de institucionalização.

Alguns autores consideram mesmo que, quando ocorre em contexto familiar, e na existência de um relacionamento prévio entre a vítima e o agressor, podemos considerar este tipo de abuso como uma variante da violência doméstica.<sup>4</sup>

#### **1.2.1) Abuso em contexto familiar/ na comunidade**

Corresponde a qualquer forma de abuso que ocorre na casa do doente ou na casa do cuidador, praticado por um membro da família, amigo, vizinho ou pelo cuidador.<sup>2,12</sup>

#### **1.2.2) Abuso institucional**

Diz respeito a qualquer tipo de abuso que ocorre numa instituição que presta cuidados a idosos, seja ela um lar, uma unidade de cuidados continuados ou hospital<sup>2</sup>, praticado normalmente, pelo indivíduo contratado para cuidar do idoso<sup>12</sup>. Existe também uma forma de agressão designada de “agressão residente-residente”,<sup>14</sup> que corresponde a uma interação negativa e agressiva do foro sexual, físico ou psicológico entre dois residentes idosos de uma instituição.<sup>1</sup>

## 2) Epidemiologia

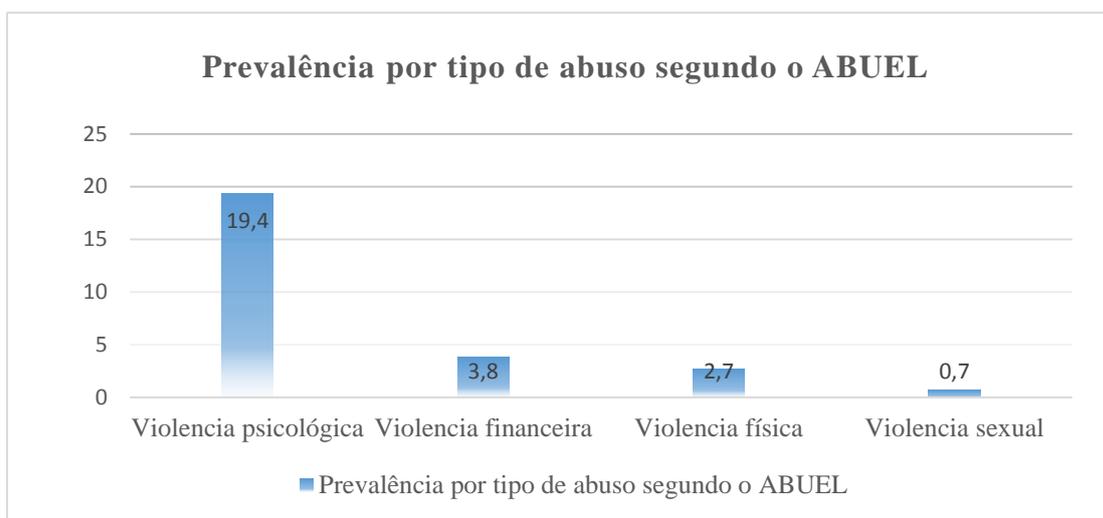
Entre os diversos estudos de prevalência é difícil fazer comparações, já que cada um pode apresentar uma diferente população em estudo (comunidade ou institucional), definição de maus-tratos e estudar variados tipos de abuso.<sup>2</sup>

O “Projeto: Envelhecimento e Violência” desenvolvido em Portugal de 2011 a 2014, pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge concluiu (após uma revisão bibliográfica, que incluiu vários estudos dos Estados Unidos da América (EUA) e europeus) que as prevalências globais de violência contra idosos variavam desde 0.8% em pessoas com 65 anos ou mais a residir em Espanha, até 18.4% em idosos com a mesma idade em Israel.<sup>7</sup>

Um estudo de prevalência multinacional europeu, de 2010, que incluiu Portugal, denominado “*Violence and Abuse Against Older Women*” (AVOW) revelou que 39.4% das mulheres portuguesas sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses. Este projeto abrangeu mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, de cinco países europeus: Áustria, Portugal, Bélgica, Finlândia e Lituânia.<sup>4,7</sup>

### 2.1) Prevalência por tipo de abuso

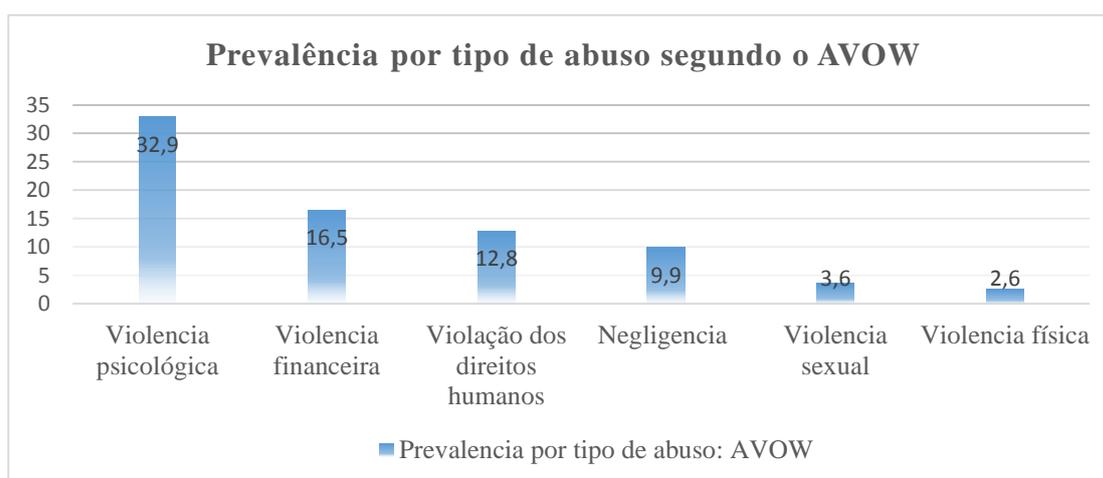
Em 2010, um inquérito multinacional, que abrangeu idosos de 7 países da União Europeia (Portugal, Suécia, Espanha, Itália, Lituânia, Grécia e Alemanha), “*Abuse and health among elderly in Europe*” (ABUEL), revelou que, num ano, 19.4% dos casos denunciados foram de violência psicológica, 3.8% de violência financeira, 2.7% de violência física e 0.7% de violência sexual<sup>2</sup> (Figura 1). Importante dizer que segundo o projeto ABUEL, Portugal foi o país com maior prevalência de violência financeira, e o segundo a seguir à Grécia, com maior percentagem de violência sexual.<sup>7</sup>



**Figura 1** - Prevalência por tipo de abuso segundo ABUEL (Abuse and health among elderly in Europe). Adaptado de Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Projeto: Envelhecimento e violência [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2014. 111 p. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1955>

De referir que este estudo não incluiu a negligência como tipo de abuso.

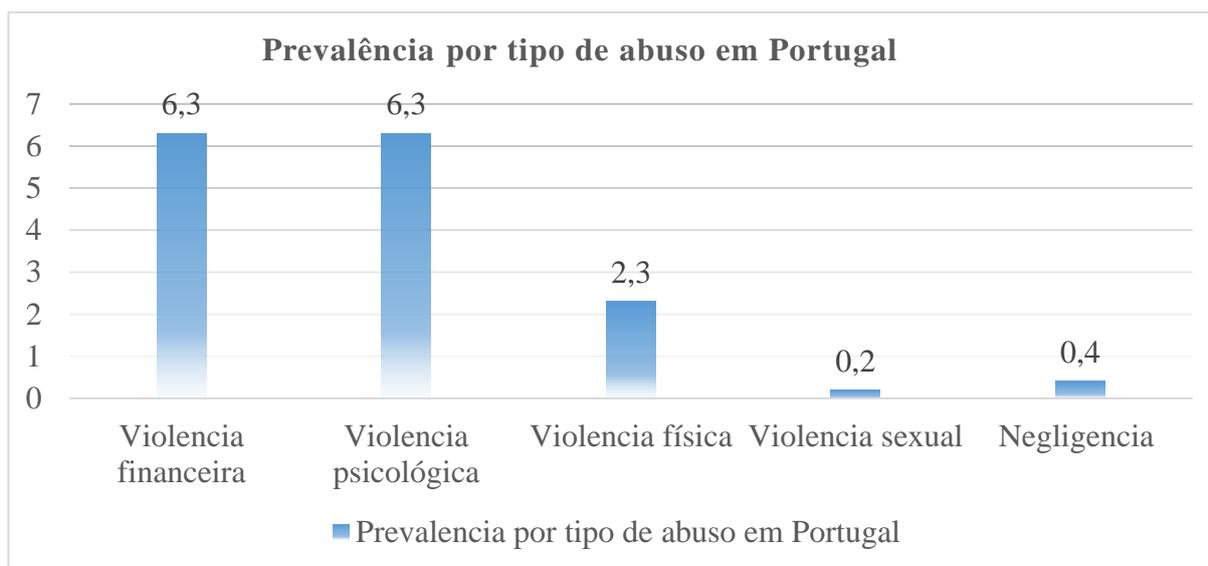
Já o projeto AVOW acima referido, incluiu a negligência nos tipos de abusos estudados e ainda, uma nova forma de abuso, a violação dos direitos humanos. Assim, neste estudo a violência psicológica foi novamente a mais reportada com 32.9% de prevalência, seguida da financeira com 16.5%, da violação dos direitos humanos com 12.8%, da negligência com 9.9%, da violência sexual com 3.6% e por fim da violência física com 2.8% (Figura 2).<sup>7</sup>



**Figura 2** - Prevalência por tipo de abuso segundo o AVOW (Prevalence Study of Violence and Abuse Against Older Women). Adaptado de Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Projeto: Envelhecimento e violência [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2014. 111 p. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1955>

Em ambos os estudos multinacionais, a violência psicológica foi a mais prevalente, seguida da violência financeira.

Em termos nacionais, foi divulgado recentemente um estudo de prevalência, já referido anteriormente nesta dissertação, levado a cabo pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, entre 2011 e 2014, intitulado “Envelhecimento e Violência”. Os resultados deste inquérito vieram reforçar a ideia dos estudos multinacionais acima apresentados de que, a violência psicológica e financeira são as duas formas de abuso mais prevalentes, presentes cada uma em 6.3% da população alvo. A violência física foi referida por cerca de 2.3% dos inquiridos. Já a negligencia e a violência sexual, foram as formas menos reportadas, com taxas de prevalência de 0.4% e 0.2% respetivamente (Figura 3).<sup>7</sup>



**Figura 3** - Prevalência por tipo de abuso em Portugal. Adaptado de Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Projeto: Envelhecimento e violência [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2014. 111 p. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1955>

## 2.2) Prevalência na comunidade *versus* instituições

Na comunidade, por mês, 6% dos idosos podem ser sujeitos a qualquer tipo de abuso.<sup>15</sup> Assim, dentro das denúncias de maus-tratos contra esta faixa etária, apenas 20% a 30% ocorrem em instituições.<sup>13</sup>

Esta conclusão é transferida para a realidade portuguesa, através de um estudo recente português, que concluiu que a percentagem de casos denunciados de maus-tratos a idosos em instituições é inferior ao que ocorre na comunidade.<sup>16</sup>

Em termos de predomínio de tipo de abuso por local, um estudo americano revelou que, a negligência é a forma mais encontrada em maus-tratos institucionais, estando os idosos que vivem na comunidade mais predispostos a abuso psicológico.<sup>14</sup>

### 3) Fatores de risco

O conhecimento dos fatores que, quando presentes, aumentam a probabilidade de abuso de idosos, é deveras fundamental para o médico pôr em prática determinadas medidas preventivas.<sup>14</sup> O limitado conhecimento dos mesmos pode, então, contribuir para a baixa detecção deste fenómeno de violência.<sup>15</sup>

Na tentativa de estudar a etiologia deste problema várias foram as teorias propostas. Atualmente, a OMS, bem como outros estudos recentes consideram o modelo ecológico (Figura 4) como o mais aceitável.<sup>2,4,17,18</sup>



**Figura 4** -Etiologia dos maus tratos a idosos: níveis do modelo ecológico. Adaptado de World Health Organization Regional Office for Europe. European report on preventing elder maltreatment. 2012; Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>

Este modelo interpreta a violência como o resultado da interação de várias características: individuais, das relações interpessoais, comunitárias e sociais, apresentando cada nível do modelo diferentes fatores de risco associados (Tabela 2)

A nível individual podemos ainda subdividir em fatores que se relacionam especificamente com a probabilidade de um indivíduo se tornar vítima ou agressor.<sup>2</sup>

<b>NÍVEL</b>	<b>PRINCIPAIS FATORES DE RISCO</b>
<b>Individual (vítima)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Género: feminino</li> <li>• Idade: superior a 74 anos</li> <li>• Dependência: elevados níveis de incapacidade física e intelectual</li> <li>• Demência</li> <li>• Distúrbios psiquiátricos: depressão</li> <li>• Comportamento agressivo ou desafiador da vítima</li> </ul>
<b>Individual (agressor)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Género: feminino nos casos de negligência e masculino nos casos de violência física</li> <li>• Distúrbios psiquiátricos: depressão</li> <li>• Abuso de substâncias: consumo inapropriado de álcool ou drogas</li> <li>• Hostilidade e agressividade</li> <li>• Problemas financeiros</li> <li>• Exaustão do cuidador</li> </ul>
<b>Relação interpessoal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependência financeira do agressor da vítima</li> <li>• Dependência do agressor da vítima (habitacional ou emocional)</li> <li>• Transmissão da violência entre gerações</li> <li>• Longa história de relacionamento complicado</li> <li>• Grau de parentesco: filho(a) ou companheiro(a)</li> </ul>
<b>Comunidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolamento social</li> <li>• Falta de apoio social</li> </ul>
<b>Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discriminação: idade</li> <li>• Fatores económicos e sociais</li> <li>• Cultura violenta</li> </ul>

**Tabela 2** - Modelo Ecológico: principais fatores de risco. Adaptado de World Health Organization Regional Office for Europe. European report on preventing elder maltreatment. 2012; Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>

### **3.1) Fatores de risco individuais para ser vítima**

#### **3.1.1) Género**

Segundo OMS e outros artigos ser mulher pode predispor a uma maior probabilidade de sofrer abuso.<sup>1,2,7</sup>

Contudo, segundo o estudo do projeto ABUEL, que englobou como já referido, Portugal, mais homens do que mulheres sofrem de violência financeira, psicológica e física. No entanto, segundo eles, as mulheres estão mais sujeitas a abuso sexual.<sup>19</sup>

A OMS afirma ainda, com base noutros estudos, que os idosos do sexo feminino parecem sofrer experiências mais graves de abuso físico e psicológico.<sup>2</sup>

#### **3.1.2) Idade**

O risco de maus-tratos parece aumentar com a idade.<sup>1,2,10,12</sup> A OMS diz mesmo que o risco é maior quando idade superior a 74 anos<sup>2</sup> e, segundo o estudo português “Envelhecimento e violência”, os portugueses com idade igual ou superior a 80 anos estão mais suscetíveis para sofrer abuso.<sup>7</sup>

O projeto ABUEL faz mesmo uma subdivisão dentro desta faixa etária, e afirma que idosos com idade compreendida entre 65 e 74 anos têm uma maior probabilidade de sofrer abuso psicológico do que idosos com idade superior. Já no que diz respeito à exploração financeira, os idosos mais suscetíveis, por oposição, são os homens com idade superior a 80 anos.<sup>19</sup>

#### **3.1.3) Dependência ou incapacidade**

O aumento da dependência e perda consecutiva da autonomia com o avançar da idade, tem sido visto pelos especialistas, como um dos mais importantes fenómenos que podem influenciar a ocorrência de violência.<sup>20</sup> Esta dependência está associada à necessidade de ajuda nas atividades da vida diária (AVD)<sup>2</sup> e à debilidade física, quer por doença quer por incapacidade funcional.<sup>7</sup>

Outra situação que envolve a dependência é referida por alguns autores como um paradigma, isto é, têm proposto que na etiologia do abuso a idosos pode estar patente não só o fato de o idoso depender do potencial agressor, mas também, o fato de o próprio abusador depender do idoso.<sup>13,20</sup>

#### **3.1.4) Distúrbio psiquiátrico da vítima**

Idosos com depressão e sinais de ansiedade têm elevado risco para sofrer abuso.<sup>7,21</sup> Podemos incluir ainda neste campo as ideações suicidas. Contudo, segundo a OMS estes distúrbios podem ser mais vezes consequência dos maus-tratos, do que fatores que predisõem aos mesmos.<sup>2</sup> O projeto ABUEL especifica ainda que estes sinais e sintomas do foro psiquiátrico estão muitas vezes associados, quer como causa, quer como consequência, ao abuso psicológico.<sup>19</sup>

#### **3.1.5) Estado cognitivo da vítima**

Segundo a OMS tem-se verificado uma maior prevalência de fenómenos de maus-tratos entre idosos com défices cognitivos ou demência, relativamente à população idosa geral<sup>2</sup>, provavelmente, por diminuir a possibilidade das vítimas denunciarem o abuso ou de se defenderem.<sup>1</sup>

Alguns dos problemas mais comuns e complicados que surgem com a progressão da demência são a agressividade<sup>14</sup> e a agitação<sup>21</sup>. Segundo um estudo revisto, mais de metade dos doentes com demência apresentam ocasionalmente comportamentos agressivos<sup>21</sup>, o que pode explicar a maior prevalência de abuso, especialmente físico, neste grupo de idosos, talvez por retaliação por parte do cuidador.<sup>8</sup>

#### **3.1.6) Comportamento agressivo da vítima**

O comportamento agressivo e provocador do idoso pode não estar só associado à presença de demência. Pode ocorrer mesmo com a capacidade cognitiva preservada.<sup>2</sup>

Assim, estes idosos que agredem fisicamente os seus cuidadores, ou apresentam comportamentos considerados agressivos, estão mais sujeitos a ser vítimas de maus-tratos.<sup>21</sup>

### **3.1.7) Escolaridade**

No projeto “Envelhecimento e Violência” a escolaridade é referida como um fator protetor, sendo a baixa escolaridade vista como um fator que pode predispor ao abuso.<sup>7</sup> Este fato pode ser justificado por um estudo revisto que concluiu que a elevada escolaridade predispõe a um maior autocuidado da pessoa idosa e a um maior estatuto socioeconómico, considerados fatores protetores.<sup>22</sup>

## **3.2) Fatores de risco individuais para ser agressor**

### **3.2.1) Género**

Segundo um artigo de revisão americano, os homens são os principais responsáveis pelos maus-tratos a idosos,<sup>1,2,10,23</sup> exceto no caso da negligência em que 52.4% dos abusadores são mulheres.<sup>1</sup> Por outro lado, os homens estão mais associados aos maus-tratos físicos e abuso sexual.<sup>2</sup>

### **3.2.2) Idade**

A maior parte dos agressores tem mais de 40 anos<sup>1,10</sup> e 75.1% dos abusadores têm idade inferior a 60 anos.<sup>23</sup> A OMS vai mais longe e afirma que o abuso financeiro é praticado por pessoas mais novas do que os outros tipos de abuso.<sup>2</sup>

### **3.2.3) Distúrbios psiquiátricos**

A depressão é o distúrbio psiquiátrico mais vezes encontrado entre os agressores,<sup>2,8</sup> seguido de distúrbios psicóticos, como é o caso da esquizofrenia.<sup>2</sup>

Segundo o estudo de prevalência português “Envelhecimento e Violência” 24.3% dos agressores encontrados apresentavam algum tipo de distúrbio deste foro.<sup>7</sup>

### **3.2.4) Abuso de substâncias e dependência do jogo**

O consumo abusivo de substâncias, seja álcool ou drogas, pode variar entre 20% a 50% dentro dos agressores já referenciados<sup>23</sup> e tem sido associado a situações de maus-tratos graves e continuados, especialmente de abuso físico.<sup>2</sup>

Os cuidadores com problemas com o jogo podem estar mais predispostos para explorar financeiramente os seus idosos, uma vez que 23% dos que praticam abuso financeiro têm este vício.<sup>23</sup>

Uma revisão bibliográfica canadiana concluiu que o fato de o idoso coabitar com outra pessoa só se torna fator de risco se o possível agressor tiver algum distúrbio psiquiátrico ou consumo abusivo de substâncias.<sup>24</sup>

### **3.2.5) Comportamento agressivo do cuidador**

Uma história prévia de comportamento agressivo é um fator de risco, muitas vezes associado a certos distúrbios mentais, como por exemplo, pouco controlo dos impulsos, distorções cognitivas e défices de interação social, tanto ao nível da comunicação como na resolução de problemas.<sup>2</sup> Estas atitudes têm com o tempo, tendência para persistir ou para agravar.<sup>14</sup>

### **3.2.6) Problemas financeiros**

Para além dos já referidos problemas de adição e de jogo, também o desemprego do cuidador, cria problemas financeiros e, consecutivamente, pode aumentar o risco de maus-tratos. Um estudo recente refere mesmo que entre 1/3 a 2/3 dos agressores estavam desempregados no momento do abuso.<sup>23</sup>

A OMS afirma ainda que as dificuldades financeiras dos abusadores são um fator crucial para a predisposição ao abuso.<sup>2</sup>

### **3.2.7) Exaustão do cuidador**

Cuidar de um parente idoso pode ser uma importante fonte de “*stress*” para as famílias. O cuidador pode mesmo chegar à exaustão, partindo para o abuso. Este “*stress*” é multifatorial, provém: da falta de informação que o cuidador tem relativamente aos efeitos do envelhecimento; da falta de capacidades do cuidador para exercer esta tarefa e da falta de recursos para seu suporte.<sup>2</sup>

Para além destes fatores que levam ao “*burnout*” do cuidador, também a falta de privacidade, a falta de tempo para o próprio e de recursos financeiros contribuem para a ansiedade do cuidador e, eventualmente, favorecer o aparecimento de situações de violência.<sup>20</sup>

## **3.3) Fatores de risco relacionados com a relação interpessoal**

### **3.3.1) Dependência do agressor da vítima**

Tem sido discutido que um dos fatores que pode favorecer as situações de abuso é a dependência do agressor da vítima, quer em termos financeiros, quer em termos emocionais ou sociais.<sup>23</sup>

Em termos financeiros, o agressor pode depender da vítima para habitação, transporte, alimentação e outros custos. A OMS faz mesmo menção a um estudo espanhol que revelou que em 40% dos idosos vítimas de maus tratos, a sua reforma era a principal fonte de rendimento da família.<sup>2</sup>

### **3.3.2) Transmissão da violência entre gerações**

Cerca de metade dos agressores tem uma história de violência na infância,<sup>23</sup> tornando-se eles próprios agressores, mantendo o ciclo de violência.<sup>8</sup>

### **3.3.3) Longa história de relacionamento complicado**

Atualmente começou a considerar-se que o tipo de relação que o agressor tinha com a vítima antes do primeiro episódio de maus-tratos pode ser um fator preditor.<sup>2</sup> No projeto “

Envelhecimento e Violência” cerca de 1/3 dos agressores encontrados mantinha uma relação conflituosa com a vítima, prévia a ocorrência de violência.<sup>7</sup>

#### **3.3.4) Grau de parentesco**

Segundo uma revisão bibliográfica americana 89.7% dos agressores eram familiares da vítima. Cerca de 47.3% eram filhos e cerca 19.3% eram companheiros.<sup>1</sup>

Os parceiros surgem essencialmente relacionados com a violência física, sexual<sup>4</sup> e psicológica.<sup>2</sup> Por outro lado, a violência financeira e a negligência são mais vezes praticadas pelos descendentes da vítima ou outros familiares.<sup>4,7</sup>

### **3.4) Fatores de risco relacionados com a comunidade**

#### **3.4.1) Isolamento social**

Corresponde, enquanto conceito, à falta de apoio da família, amigos ou vizinhos e ainda à carência de uma rede social adequada. O isolamento não só torna a pessoa idosa mais vulnerável e suscetível ao abuso, como pode ser uma consequência do mesmo. A vítima pode deixar de querer sair à rua, ficando cada vez mais só e mais vulnerável. É um ciclo vicioso.<sup>20</sup>

#### **3.4.2) Falta de apoio social**

A OMS afirma que idosos com níveis de apoio comunitário baixos têm maior probabilidade de virem a sofrer maus-tratos comparativamente com aqueles que apresentam níveis moderados a elevados de apoio.<sup>2</sup> Desta forma, elevados níveis de apoio podem servir como fator protetor relativamente aos abusos e como uma ajuda para ultrapassar possíveis consequências dos mesmos.<sup>19</sup>

### **3.5) Fatores de risco relacionados com a sociedade**

#### **3.5.1) Discriminação devido à idade**

Atualmente tem-se falado de um fenômeno denominado “*ageism*” que corresponde a atitudes negativas e estereótipos criados em relação à pessoa idosa, desumanizando-a em vários aspectos. Surge na mesma linha de ideia do racismo e do sexismo como uma forma de discriminação.<sup>2</sup>

Muitos indivíduos, que lidam com idosos, partem do pressuposto que por estes já terem uma idade avançada têm uma saúde mais débil. Desta forma, não se apercebem muitas vezes de evidências de maus-tratos, considerando-as como um processo normal do envelhecimento.<sup>10</sup>

### **3.5.2) Fatores económicos e sociais**

Já foi referido anteriormente que quanto mais baixa a educação, maior o risco de sofrer maus-tratos. Contudo, um estudo recente referiu que quanto mais baixa a escolaridade maior a probabilidade de sofrer exploração financeira, mas quanto mais elevado o grau de escolaridade, maior a probabilidade de sofrer maus-tratos psicológicos. Na tentativa de explicar este paradigma, considerou-se que muito provavelmente estes idosos com nível superior de educação estarão mais alerta para este tipo de situações, denunciando casos considerados menos graves e evidentes de abuso, como é o caso da violência emocional.<sup>25</sup>

Muitos idosos vivem com reformas baixas, aumentando a sua dependência de outros.<sup>2</sup>

Por fim, no projeto europeu ABUEL concluíram que viver em casa arrendada torna o idoso mais suscetível a abusos psicológicos.<sup>2,19</sup>

### **3.5.3) Cultura violenta**

Certas culturas aprovam e perdoam a violência como forma de resolver os conflitos. Para além disso, algumas sociedades sobrevalorizam os homens em relação as mulheres, perdoando situações de violência, como é o caso da violência doméstica. Assim, existe uma crescente preocupação de que este tipo de crenças se manifeste nos idosos sobre a forma de abuso.<sup>2</sup>

Dentro de todos estes fatores apresentados, segundo a OMS, apenas alguns apresentam forte evidência de estarem associados a este fenômeno de violência: a demência do idoso; os distúrbios psiquiátricos, o abuso de substâncias, o comportamento agressivo e os problemas financeiros do cuidador; a dependência do agressor da vítima; as condições de vida do idoso e, por fim, o isolamento social.<sup>2</sup>

Para concluir o tópico dos fatores de risco, é importante deixar claro que nem todos os idosos que sofrem de abusos apresentam fatores de risco e, nem todos os que apresentam fatores de risco irão sofrer maus-tratos.<sup>11</sup>

#### **4) Identificação do problema**

##### **4.1) Importância do papel dos médicos**

A avaliação médica dos idosos é uma forma importante e subutilizada para identificar os maus-tratos. Os médicos de Medicina Geral e Familiar chegam a ver os seus doentes cerca de 4 a 5 vezes por ano<sup>26</sup> e, para muitos idosos, são o único contato com o mundo exterior à família.<sup>27</sup> Neste contexto, os médicos desenvolvem muitas vezes com os idosos, uma relação de confiança, fazendo com que estes respeitem a sua autoridade e confidencialidade.<sup>28</sup> Assim, estão numa posição única para suspeitar, diagnosticar e iniciar os processos necessários para uma avaliação por parte das autoridades competentes, nomeadamente pelos serviços sociais.<sup>27</sup>

Desta forma, os médicos devem ser incentivados a manter-se alerta para possíveis fatores de risco ou manifestações clínicas,<sup>24</sup> podendo fazer a diferença na vida destes idosos se estiverem familiarizados com a necessidade da denúncia e com os apoios disponíveis para o idoso vítima de violência.<sup>1</sup>

##### **4.2) Razões para a não denúncia e identificação**

Estudos sugerem que apenas 1 em cada 14 casos de abuso são reportados às autoridades, e a morbilidade e mortalidade associadas estão muitas vezes relacionadas com atrasos na identificação e intervenção.<sup>27</sup> Os fatores que afetam quer a denúncia quer o reconhecimento dos abusos, podem ser tanto de caráter médico como relacionados com a própria vítima idosa.<sup>1</sup>

###### **4.2.1) Médica**

Apesar de o médico se encontrar numa posição privilegiada para detetar e denunciar estes casos, apenas 2% das denúncias são feitas por esta classe trabalhadora.<sup>29</sup>

Múltiplas são as razões que podem estar por detrás da retinência do médico para denunciar: a preferência pela manutenção da relação médico-doente quando o doente não quer denunciar; o medo de se envolver num processo judicial; o tempo limitado pode fazer o médico

optar por tratar primeiro de outros problemas do doente; <sup>29</sup> a qualidade de vida que o doente tinha antes e irá ter depois da denúncia (medo que o doente seja obrigado a sair de sua casa e ir para um lar contra a sua vontade); <sup>14</sup> medo de retaliação por parte do agressor. <sup>13</sup>

Para além destes tópicos o médico tem muitas vezes à sua frente barreiras à denúncia que envolvem a sua formação profissional: baixo estado de alerta para este problema; <sup>27</sup> a falta de conhecimento sobre o tema; <sup>13</sup> treino inadequado; informação insuficiente sobre os recursos disponíveis; dificuldade para identificar maus-tratos em idosos, distinguindo-os do que é accidental ou normal do envelhecimento; <sup>27</sup> falta de protocolos de identificação, avaliação e intervenção para estes casos; dificuldade em aceitar que certas famílias não são capazes de proporcionar proteção, afeto e bem-estar aos seus idosos <sup>6</sup>; falta de conhecimento sobre a obrigatoriedade da denúncia e das leis subjacentes a esta temática. <sup>1</sup>

Um artigo revisto considera mesmo como barreira à denúncia por parte dos profissionais de saúde, a necessidade que estes têm de ter a certeza e não apenas suspeita, de que o fenómeno existe antes de alertarem as autoridades competentes. <sup>30</sup>

#### **4.2.2) Vítima**

Um idoso que se sinta incapaz de alterar a situação em que se encontra, pode acabar por aceitar certos comportamentos inaceitáveis. <sup>14</sup>

O medo de represálias <sup>27</sup>, a falta de autoestima (acreditando que o abuso foi merecido) <sup>1</sup>, a vergonha e o constrangimento podem ser causas da não denúncia por parte destes doentes. Muitas vezes podem ter medo de serem ignorados ou de não serem levados a sério. <sup>14</sup>

A relutância em denunciar pode estar também associada a um sentimento de culpa, ao desejo de proteger o abusador, a crenças ou ao medo de ser institucionalizado.

Podem ainda ser incapazes de denunciar devido ao isolamento, doença grave, demência <sup>27</sup> ou por falta de conhecimento dos recursos disponíveis para os ajudar. <sup>1</sup>

O abuso sexual continua a ser muito pouco denunciado, provavelmente devido ao fato do tema “sexo” continuar a ser um *taboo* na nossa sociedade.<sup>29</sup>

### 4.3) Rastreio

A detecção do abuso é uma situação desafiadora para o médico, porque muitas vezes apresenta-se com sinais e sintomas vagos. Apesar disso, os médicos podem deparar-se várias vezes com situações de elevada suspeição. Nestas ocasiões podem recorrer a testes de rastreio.<sup>26</sup>

Um rastreio sistemático para os fatores de risco e indicadores de maus-tratos é considerado por alguns autores como crítico para a detecção precoce e prevenção destes fenómenos.<sup>10</sup> A *American Medical Association* (AMA) recomenda que todos os prestadores de cuidados de saúde questionem os seus doentes idosos, por rotina, sobre possíveis abusos<sup>12</sup> e a *University of Maine Center on Aging* recomenda o rastreio uma ou duas vezes por ano.<sup>11</sup>

Contudo, as orientações existentes não chegam a um consenso sobre se os médicos devem ou não rastrear sistematicamente este tipo de problema.<sup>26</sup>

Existem instrumentos de rastreio validados e disponíveis para serem utilizados pelos médicos, para sistematicamente inquirirem os seus doentes sobre este assunto. No caso dos médicos de Medicina Geral e Familiar as próprias visitas ao domicílio podem funcionar como uma atividade de rastreio.<sup>11</sup>

Um artigo de revisão canadiano fez menção a 4 instrumentos de rastreio: “*Indicators of Abuse Screen*”; “*Elder Assessment Instrument*”; o “*Brief Abuse Screen for the Elderly*” e o “*Elder Abuse Suspicion Index (EASI)*”<sup>24</sup> e um artigo americano acrescenta ainda outro método, validado para português do Brasil, o *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*.<sup>10</sup>

#### 4.3.1) *Indicators of Abuse Screen*

Corresponde a uma lista de problemas, com 29 itens. Requer um profissional de saúde treinado (pode não ser médico) e 2 a 3 horas de uma visita ao domicílio. Discrimina 84.4% dos casos de abuso.<sup>24</sup>

#### ***4.3.2) Elder Assessment Instrument***

Este instrumento é uma lista de 44 itens, que avalia os idosos em termos médicos, físicos, sociais e independência. Se realizado no serviço de urgência por enfermeiros treinados apresenta uma sensibilidade de 71% e uma especificidade de 93%. Contudo, tem a desvantagem de ser muito lento.<sup>10,24</sup>

#### ***4.3.3) Brief Abuse Screen for the Elderly***

Constituído por 5 questões, demora apenas 1 minuto a ser realizado, mas requer um profissional treinado (não necessariamente um médico) para avaliar possíveis maus-tratos físicos, psicológicos, financeiros e negligência. Não foi possível averiguar a sensibilidade nem especificidade.<sup>10,24</sup>

#### ***4.3.4) Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test***

Corresponde a um questionário com 6 itens que avalia o potencial risco de violência doméstica em idosos e a vulnerabilidade dos mesmos para sofrer danos físicos. É um teste curto, provavelmente útil como método rápido de rastreio para os médicos. Contudo, avalia principalmente o risco de violência doméstica. Recentemente foi sujeito a uma adaptação transcultural para o português (Brasil).<sup>10,31</sup>

#### ***4.3.5) Elder Abuse Suspicion Index***

Validado para ser realizado na Medicina Geral e Familiar e em ambulatório<sup>10</sup> em doentes idosos com a capacidade cognitiva intata.<sup>11</sup>

É constituído por 6 questões. Basta responder “Sim” a uma questão da 2 à 6 para criar um grau de suspeição elevado que justifique um estudo mais aprofundado pelo médico. Não faz diagnóstico.<sup>26</sup>

As 5 primeiras perguntas são feitas diretamente ao doente. Estas questões abordam temas como a dependência para as atividades da vida diária, negligência, abuso sexual, financeiro e emocional. A última questão é respondida pelo médico, e diz respeito a acontecimentos que possam ter ocorrido com aquele doente nos últimos 12 meses.

O questionário leva cerca de 2 minutos a ser realizado. Tem uma maior especificidade do que sensibilidade, logo apesar de não detetar todos os abusos, deteta verdadeiros abusos.<sup>10</sup>

Atualmente encontra-se em fase de validação a versão portuguesa para este questionário, sob o nome Índice de Suspeita de Abuso a Pessoas Idosas (ISAPI).<sup>32,33</sup> Nesta revisão encontra-se em **Anexo 1** a versão portuguesa e em **Anexo 2**, a permissão do autor, para inclusão do questionário neste artigo.

Apesar dos testes acima referidos, hoje em dia ainda não há instrumentos ou métodos de rastreio que sejam totalmente aceites para rastrear o abuso em idosos. No entanto, o EASI está validado nos Cuidados de Saúde Primários, ao contrário dos outros testes referidos<sup>24</sup> e nos serviços de emergências muito movimentados<sup>8</sup>, sendo referido por vários artigos como o mais recomendado para fazer o rastreio de maus-tratos em idosos.<sup>10,11,24</sup>

Para a sua realização pode ser necessária uma ou duas etapas, dependendo do nível de função cognitiva do idoso. Quando o médico sabe que o doente mantém uma função cognitiva intata, basta apenas realizar o rastreio numa única etapa, com a aplicação do questionário do EASI. Contudo, se o médico não conhece o doente ou suspeita de demência, o processo de rastreio já envolve duas etapas, começando com a avaliação da capacidade cognitiva do idoso através do *Mini-Cog*<sup>24</sup> ou do *Mini-Mental State Examination* (MMSE). O EASI deve apenas ser aplicado a idosos com um score de pelo menos 24 pontos no MMSE.<sup>26</sup> No entanto, mesmo em situações de défices cognitivos o doente pode apresentar problemas em apenas algumas áreas mantendo a memória e outros domínios intatos.<sup>26</sup>

Mesmo assim, como já referido acima um resultado positivo num teste de rastreio não implica que o doente realmente sofra abusos, mas implica uma avaliação mais cuidada do mesmo.<sup>10</sup>

#### **4.4) Marcas e Indicadores de Abuso**

A deteção do abuso não é fácil, mesmo para indivíduos treinados<sup>10</sup> e a subtilidade de muitos dos sinais continua a ser uma barreira para a deteção.<sup>28</sup> Existe assim, uma necessidade urgente de educar os profissionais de saúde que lidam regularmente com idosos para o tema dos maus-tratos.<sup>34</sup> Um estudo recente concluiu mesmo que a educação a este nível melhora a capacidade de deteção e reconhecimento destas situações nos Cuidados de Saúde Primários.<sup>28</sup>

Para além dos problemas acima referidos, sabe-se que 95% dos maus-tratos ocorrem em casa do idoso, e, assim, os vestígios podem ter-se dissipado quando os doentes são observados numa breve consulta pelos seus médicos.<sup>10</sup> Para complicar ainda mais a deteção, certas doenças e condições próprias do envelhecimento podem mimetizar situações de abuso em idosos (Tabela 3).<sup>11</sup>

<b>DOENÇAS/ CONDIÇÕES QUE MIMETIZAM MAUS-TRATOS EM IDOSOS</b>	
<b>Maus-Tratos</b>	<b>Condição Médica</b>
<b>Contusões</b>	Reações alérgicas
	Distúrbio hemorrágico secundário a fármacos
	Síndrome de <i>Cushing</i>
	Fratura associada a osteoporose
	Fragilidade da pele devido a exposição solar
	Púrpura senil
	Hematoma subdural secundário a uma queda ou coagulopatia Trombocitopenia
<b>Queimaduras</b>	Dermatite de contato
	Síndrome de <i>Stevens-Johnson</i> por fármacos
<b>Negligência</b>	Obstipação devido à medicação ou hipercalcemia
	Diabetes mellitus (DM)
	Impactação fecal
	Cicatrização pobre das feridas
	Infeção do trato urinário (na mulher)
	Vaginite
<b>Agressão sexual</b>	Cistocele, prolapso uterino
	Diminuição da função do esfíncter anal
	Doença inflamatória intestinal (DII)
	Escoriação perineal devido a incontinência
	Hemorragia vaginal e escoriação devido aos baixos níveis de estrogénio
	Vaginite
	<b>Fome</b>
Má-absorção devido a hipotireoidismo	
DII	
Perda de peso por DM	

**Tabela 3** - Doenças e condições que mimetizam abuso em idosos. Adaptado de Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89(6):453–60.

Para um médico saber quais os sinais que deve procurar, existem possíveis indicadores e marcadores de abuso,<sup>10</sup> isto é, fatores relevantes para determinar em termos médicos e legais a ocorrência de maus tratos. Estas manifestações clínicas variam consoante o tipo de abuso a que o idoso está sujeito.<sup>24</sup>

#### 4.4.1) Abuso Físico

Um exame completo da pele juntamente com uma história da lesão incongruente ou vaga muitas vezes fornece as pistas necessárias para fazer o diagnóstico.<sup>35</sup> O médico deve estar particularmente atento às zonas escondidas, nomeadamente pelas meias, sapatos e roupa.<sup>10</sup>

Muitos são os sinais físicos que nos levam a suspeitar de maus-tratos físicos (Tabela 4).

<b>SINAIS POSSÍVEIS DE MAUS TRATOS FÍSICOS</b>	
<p><b>Contusões, abrasões e equimoses</b> em <i>localizações atípicas</i> (fora das proeminências ósseas) e maiores do que 5 cm</p> <p><b>Queimaduras</b> com <i>padrões inconsistentes</i> com teoria de acidente ou sem explicação razoável (<i>água demasiado quente para o banho do idoso; marcas de cigarros; marca do radiador de aquecimento central</i>)</p> <p><b>Laceração incisa limpa</b> associada a corte por <i>objeto afiado</i></p>	<p><b>Padrões de lesão</b> tais como: <i>estaladas; pontapés; socos; marcas de ligaduras nos punhos, tornozelos e pescoço</i>, revelando inapropriada tentativa de restrição de movimentos</p> <p><b>Hemorragia subconjuntival</b></p> <p><b>Alopecia traumática</b> ou <b>inflamação do couro cabeludo.</b></p> <p><b>Petéquias</b> no <i>pescoço, cabeça, face, pavilhões auriculares, conjuntivas e mucosas bucais</i> (<i>possível estrangulamento</i>)</p>

**Tabela 4** – Sinais possíveis de maus tratos físicos. Adaptado de Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89(6):453–60.; de Anglin D, Homeier DC. Elder Abuse and Neglect. In: Rosen’s Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice. Eighth Edi. Elsevier Inc.; 2014. p. 885–92.e1. e de Gibbs LM. Understanding the Medical Markers of Elder Abuse and Neglect: Physical Examination Findings. *Clin Geriatr Med* [Internet]. Elsevier Inc; 2014;30(4):687–712.

Contudo, como já referido anteriormente na Tabela 3 certas condições próprias do envelhecimento podem mimetizar situações de abuso, nomeadamente, a fragilidade da pele dos

idosos, que faz com que pequenos traumas lesem a pele, que por sua vez precisa de um maior tempo para cicatrização, não significando necessariamente abuso. Para além disso, a já referida púrpura senil é muitas vezes confundida com equimoses resultantes de abuso físico. No entanto, sabe-se que esta púrpura ocorre no dorso das mãos e braços, fazendo o diagnóstico diferencial com maus-tratos.<sup>35</sup>

Desta forma, torna-se pertinente numa primeira abordagem ao doente saber se estes ferimentos são intencionais ou acidentais.<sup>11</sup> Assim, seria importante saber a idade dessas lesões, por exemplo das equimoses. No entanto, nos idosos, a variação de cor das equimoses não é linear, dificultando a avaliação temporal das mesmas (o normal seria variarem de vermelho para azul e roxo e depois para amarelo e verde). Para além da idade, o tamanho, a localização e o padrão das equimoses pode ajudar na avaliação da intencionalidade.

Sendo assim, alguns investigadores concluíram que equimoses acidentais, por exemplo resultantes de quedas, em 90% dos casos ocorrem nas extremidades. Pelo contrário, as intencionais tendem a ter localizações atípicas como pescoço, pavilhão auricular, cabeça, abdómen, tórax, genitais, nádegas, plantas dos pés e das mãos e região lateral do braço, e tendem a ter dimensões superiores a 5 cm. Um estudo diz mesmo que 2/3 das equimoses intencionais ocorrem nas extremidades superiores e na região maxilo-facial. Mesmo nas regiões atípicas não devemos concluir logo que houve abuso sem tentar saber qual o contexto da lesão.<sup>35</sup> As equimoses podem ainda mostrar o padrão do objeto, por exemplo, cintos, sola dos sapatos, marca dos dedos da mão do agressor.<sup>12</sup>

No caso das lacerações devemos suspeitar de intencional quando estamos perante uma ferida incisa, limpa, que resulta de um objeto cortante afiado, uma vez que, quando acidental, por exemplo uma queda, tende a ser um ferida irregular e em localizações tipo joelho ou cotovelo.<sup>35</sup>

Infelizmente, lesões do crânio e do cérebro, que são das lesões mais graves infligidas, só são muitas vezes diagnosticadas na autópsia.

Na avaliação de um doente idoso, compreender o que o doente é capaz ou não de fazer é fulcral para determinar se uma lesão foi intencional ou acidental,<sup>35</sup> por exemplo, um doente imóvel à partida não deveria ter lesões compatíveis com quedas.<sup>36</sup>

Por fim, é importante compreender que apesar destes sinais físicos nos aumentarem o grau de suspeita de que estamos perante uma situação de abuso, não podemos só por eles fazer um diagnóstico. Assim, é fundamental corroborar a nossa ideia com a informação recolhida na história clínica e com outras possíveis evidências.<sup>37</sup>

#### **4.4.2) Abuso Sexual**

Idosos que apareçam com infeções do trato urinário de repetição ou novas infeções vaginais devem ser rastreados para abuso.<sup>27</sup> O nível de suspeita também deve ser elevado quando nos deparamos com um idoso com uma doença sexualmente transmissível, inexplicável.<sup>1</sup> Casos mais flagrantes envolvem dificuldade em andar ou sentar; dor nos genitais; hemorragia anal ou vaginal; roupa interior ensanguentada; lacerações nos genitais ou nas mamas.<sup>10</sup>

#### **4.4.3) Abuso Psicológico**

Os sinais e os sintomas podem incluir uma mudança no comportamento do idoso<sup>1</sup> que se encontra apreensivo ou evita o toque físico; evita contacto visual com o médico; quietude inexplicável; passividade; agressividade; depressão;<sup>26</sup> hiper-vigilância em relação ao abusador ou isolamento.<sup>10</sup> Pode também incluir uma perda de peso inexplicável associada aos sinais atrás referidos.<sup>26</sup>

As atitudes do cuidador também nos podem fazer suspeitar, nomeadamente, quando este parece ser controlador,<sup>1</sup> tenta responder pelo idoso ou evita que a consulta ocorra em privado com este.<sup>26</sup>

#### 4.4.4) Negligência

Neste grande subtipo de maus tratos podemos considerar dois tipos de evidências comumente encontradas, as físicas e as laboratoriais (Tabela 5).<sup>27</sup>

<b>EVIDÊNCIAS FÍSICAS E LABORATORIAIS EM SITUAÇÕES DE NEGLIGÊNCIA</b>			
<b>Condição Médica</b>	<b>Dados Laboratoriais</b>	<b>Evidências Físicas</b>	<b>Causas</b>
<b><u>Desidratação</u></b>	Hipernatrémia <i>Ratio:</i> ureia/ creatinina aumentado Ácido úrico aumentado Hematócrito aumentado	Perda da elasticidade da pele Impactação fecal Membranas mucosas desidratadas Olhos encovados Taquicardia	Não dar fluidos ao idoso Intensão de causar dano Evitar dar líquidos ao idoso para diminuir a enurese
<b><u>Desnutrição</u></b>	Diminuição da albumina plasmática Diminuição da transferrina Diminuição da pré-albumina Anemia Diminuição do colesterol Diminuição dos linfócitos totais	IMC <21 kg/m <sup>2</sup> Prega cutânea tricipital <80% do normal Perda muscular Declínio funcional	Não disponibilizar comida ao idoso Problemas dentários não resolvidos Técnicas de alimentação pobres/ disfagia Falta de cuidado pelas preferências alimentares
<b><u>Hipertermia/ hipotermia</u></b>	Aumento da creatina quinase Anomalias da função tiroideia	Aumento da temperatura corporal Sépsis Desidratação	Falta de ar condicionado ou aquecimento Roupa inadequada Hipertermia associada ao uso de neurolépticos

<b><u>Rabdomiólise</u></b>	Aumento da creatina quinase Mioglobina na urina Hipernatrémia (desidratação) Hipofosfatémia (desnutrição) Hipocaliémia Insuficiência renal aguda	Sinais de quedas Marcas de contenções físicas nos punhos/ tornozelos Sinais de desnutrição ou desidratação Hipo/hipertermia	Trauma: lesão muscular Imobilidade prolongada Desnutrição severa e desidratação Hipo/ hipertermia Excesso/ falta de uso de neurolépticos.
<b><u>Toxicologia</u></b>	Presença de drogas recreativas ou drogas/ toxinas não prescritas pelo médico, em amostras de sangue ou cabelo	Sedação/ sonolência Euforia Défice cognitivo Depressão Eventos cardiovasculares	Administração inapropriada de medicação com intuito de conter o idoso, quimicamente. Intensão de causar dano
<b><u>Infecção</u></b>	Infecções do trato urinário recorrentes Pneumonia de aspiração visível numa radiografia do tórax Úlceras infetadas	Disúria/ urgência Engasgamento frequente com a alimentação Estadio avançado de múltiplas úlceras com sinais de infecção ou pouco cuidado	Alimentação forçada Negligência na alimentação, na higiene pessoal e na mobilização dos acamados

**Tabela 5** - Evidências físicas e laboratoriais comumente encontradas em situações de negligência. Adaptado de LoFaso VM, Rosen T. Medical and Laboratory Indicators of Elder Abuse and Neglect. Clin Geriatr Med [Internet]. Elsevier Inc; 2014;30(4):713–28.

Dentro das possíveis evidências físicas de negligência, algumas já referidas na Tabela 4 temos, podemos encontrar frequentemente: sinais de desidratação; desnutrição; falta de higiene, oral e corporal; roupa inadequada ou inapropriada para o clima (demasiado quente ou fria);

lesões e outros problemas médicos não tratados; sinais de permanência de contacto com urina e úlceras de pressão.<sup>12</sup>

A pele pode ser sede dos primeiros sinais de negligência. Neste sentido encontramos muitas vezes erupções cutâneas que quando persistentes, recorrentes e graves podem indicar um atraso na ida a um médico. Neste contexto, podemos encontrar dermatites associadas à incontinência e dermatites intertrigo, que correspondem a situações em que a pele fica lesada, devido à permanente humidade e fricção locais, que se podem complicar com infeções e requerer tratamento hospitalar. Os cuidadores podem colocar várias camadas de fraldas, para aliviar o trabalho com os idosos, agravando estas condições. Desta forma, estas situações são vistas como manifestações comuns de negligência e exigem que o médico avalie com frequência a pele dos idosos vulneráveis.<sup>35</sup>

Ainda dentro dos sinais que podemos encontrar na pele é fundamental referir as úlceras de pressão, mais comuns no sacro, tuberosidades isquiais, trocânteres e na região do calcâneo, mas também na escápula e pavilhão auricular. Estas podem ser precipitadas pela falta de higiene, desnutrição e falta de reposicionamento adequado dos doentes imóveis. O tratamento atempado e apropriado destas situações é imperativo. Assim, a descoberta destas úlceras na ausência de cuidados médicos ou quando os seus conselhos não são seguidos, deve levar o médico a considerar uma situação de negligência. Contudo, a maioria dos especialistas estão de acordo de que uma úlcera de pressão não é patognomónico de negligência, uma vez que estes doentes apresentam múltiplos fatores de risco médicos que facilitam o seu aparecimento. Alguns afirmam mesmo que, mesmo com os melhores cuidados possíveis elas podem surgir. Desta forma, quando detetadas, tal como os outros sinais de abuso deve ser feita uma avaliação cuidada médica, funcional e do seu contexto. Os idosos para além das úlceras de pressão apresentam frequentemente úlceras por insuficiência arterial ou venosa, cujo atraso no tratamento também pode ser visto como uma forma de negligência.<sup>13</sup>

Não existem testes laboratoriais que detetem abuso,<sup>11</sup> mas podem ajudar, como foi referido na Tabela 5.<sup>27</sup> Assim, um idoso dependente, com défices cognitivos e com níveis indetetáveis de um fármaco que lhe foi prescrito, pode ser sinal de negligência. Do mesmo modo níveis elevados de um fármaco prescrito podem ser sinal de sobredosagem intencional ou não intencional, e quando não prescritos, podemos estar perante uma situação de envenenamento.<sup>11</sup>

A deterioração inexplicável do estado de saúde de um doente idoso pode também ser uma pista para negligência, na medida que pode significar falta de acesso aos cuidados de saúde ou falta de acesso a medicações e tratamentos necessários para os seus problemas de saúde de base, por negligência dos cuidadores.<sup>13</sup>

#### **4.4.5) Abuso financeiro**

O doente pode ter deixado de comprar a medicação<sup>10</sup>, encontrando-se mal medicado ou aparecer nas consultas com roupa inadequada ou inapropriada para o tempo meteorológico.<sup>26</sup> Outras situações são mais difíceis de serem detetadas pelo médico, como mudanças súbitas na conta bancária ou o desaparecimento inexplicável de bens ou da reforma do doente.<sup>10</sup>

## 5) Consequências para o idoso

Os idosos, em comparação com os jovens já são por si só fisicamente mais frágeis e, mesmo uma pequena lesão, pode resultar numa elevada convalescença. Os maus-tratos estão associados a uma maior mortalidade, não só pela fragilidade já referida, mas também porque agravam comorbilidades já existentes,<sup>2</sup> vivendo menos tempo comparando com idosos com a mesma idade e comorbilidades.<sup>14</sup>

Para além das consequências físicas observáveis já referidas anteriormente nesta revisão, a quando das evidências de maus-tratos, também podemos ter consequências em outros domínios, nomeadamente danos psicológicos.

O impacto das consequências psicológicas nos idosos pode ser muito mais devastador do que os danos físicos, com diminuição da qualidade de vida, aumento do risco para desenvolver medos, perturbações de ansiedade, depressão, sensação de abandono e *stress* pós-traumático.<sup>2</sup> Estes idosos têm dificuldade em tomar decisões,<sup>3</sup> por perda da autoconfiança e da autoestima. Pode mesmo levar ao suicídio ou tentativas de autoagressão.<sup>2</sup> Foi também referido que os abusos estão muitas vezes associados a um agravamento da demência<sup>12</sup> e ao aumento da institucionalização dos idosos em lares.<sup>1</sup>

Para concluir este tópico, os maus tratos em idosos aumentam ainda, sem dúvida, a utilização dos serviços de saúde por estes doentes<sup>5</sup>, com aumento do número de idas ao serviço de urgência<sup>36</sup> e das hospitalizações<sup>38</sup>.

## **6) Intervenção**

Apesar das situações de abuso de idosos serem comuns e universais, poucas estratégias preventivas e interventivas têm sido desenvolvidas para auxiliar as vítimas.<sup>5</sup>O fato de a maioria das denúncias referirem a ocorrência de episódios de violência prévios, espelha a ineficiência da nossa sociedade em detetar e proteger as vítimas de abuso.<sup>29</sup>

Os maus-tratos podem ser abordados como um problema de Saúde Pública, e neste contexto a intervenção de terceiros neste ciclo de violência pode ser feita em quatro grandes áreas: prevenção primordial, primária, secundária e terciária.<sup>18</sup>

### **6.1) Prevenção primordial**

A este nível o objetivo é a transformação cultural,<sup>18</sup> de modo a evitar o surgimento e consolidação de padrões sociais, económicos e culturais, que contribuiriam para aumentar o risco de vitimização da pessoa idosa.<sup>6</sup> Pode ser praticada promovendo atitudes e comportamentos que eliminem o risco de violência e promovam o bem-estar do doente idoso.<sup>18</sup>

### **6.2) Prevenção primária**

Neste campo de intervenção o objetivo major deve ser encontrar fatores de risco que coloquem o idoso em potencial perigo (referidos anteriormente neste documento) de vir a sofrer abusos. O controlo dos mesmos pode evitar novos casos de maus-tratos.<sup>6,18</sup>

### **6.3) Prevenção secundária**

Esta área de ação do médico é fundamental quando os maus tratos já podem estar a ocorrer, mas continuam ocultos.<sup>18</sup> Nesta fase é fulcral um diagnóstico e intervenção precoce, de modo a evitar consequências mais graves e reincidências.<sup>6</sup>

Assim neste nível podemos considerar três passos fundamentais de intervenção do profissional de saúde: reconhecer ou identificar um abuso ou potencial abuso; referenciar às autoridades competentes e continuar o seguimento a longo-prazo da vítima.<sup>10,39</sup>

Neste tipo de prevenção podemos incluir os programas de rastreio que utilizam os questionários acima referidos e a procura de sinais/ indicadores, também já mencionados, quando o grau de suspeita é elevado. Assim a conjugação de um rastreio positivo para abuso com a presença de sinais que podem indicar maus-tratos, aumenta a preocupação do médico que tem à sua frente um idoso em potencial risco<sup>18</sup>

Quando um profissional de saúde se depara com uma possível situação de abuso, tem à sua disposição uma das ferramentas fundamentais para confirmar essa hipótese: a entrevista clínica.<sup>18</sup> Para trazer o assunto dos maus-tratos à entrevista, o médico pode começar por introduzir uma questão ou várias, mais genéricas<sup>12</sup>: “Como vão as coisas lá por casa?”<sup>18</sup> “Tem medo de alguém com quem vive?”; “Quem faz as suas refeições?”; “Quem o ajuda se precisar?”; “Quem o ajuda com a medicação?”; “Quem gere os seus gastos?”; “Costuma argumentar com a sua família ou com o seu cuidador? O que acontece quando argumenta?”.<sup>12</sup>

---

**QUESTÕES DIRIGIDAS AO PROVÁVEL TIPO DE ABUSO**


---

**Tipo de Abuso**


---

<b><i>Físico</i></b>	<p>“Alguma vez lhe bateram, pontapearam ou esbofetearam?”</p> <p>“Alguma vez o trancaram no quarto?”</p> <p>“Alguma vez o empurraram?”</p> <p>“Alguma vez o obrigaram a comer?”</p>
<b><i>Psicológico</i></b>	<p>“Sente-se sozinho?”</p> <p>“Costumam gritar consigo?”</p> <p>“Alguma vez foi ameaçado com castigos ou institucionalização?”</p>
<b><i>Sexual</i></b>	<p>“Alguma vez alguém lhe tocou sexualmente sem o seu consentimento?”</p>
<b><i>Financeiro</i></b>	<p>“Alguma vez alguém lhe tirou algo sem o seu consentimento?”</p> <p>“Foi forçado a assinar um testamento ou outro documento que não compreendeu?”</p> <p>“A sua família ou o seu cuidador dependem de si para apoio financeiro ou habitação?”</p>
<b><i>Negligência</i></b>	<p>“Costuma ficar sozinho muitas vezes?”</p> <p>“A sua família ou cuidador falham na ajuda quando precisa dela?”</p> <p>“Precisa de aparelho auditivos, óculos, dentadura, bengala ou outro suporte físico para caminhar? Esses itens estão facilmente acessíveis?”</p>

---

**Tabela 6** - Questões dirigidas ao provável tipo de abuso. Adaptado de Anglin D, Homeier DC. Elder Abuse and Neglect. In: Rosen’s Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice. Eighth Edi. Elsevier Inc.; 2014. p. 885–92.e1.

Depois, o médico deve prosseguir com questões mais fechadas, dirigidas aos diversos tipos de abuso<sup>18</sup> (Tabela 6). Estas questões devem ser colocadas ao doente em privado, sem

juízos, na ausência do seu cuidador, uma vez que este pode ser o agressor.<sup>14</sup> Nestes casos é fundamental estabelecer uma relação de confiança com o doente.<sup>18</sup>

Apesar de a entrevista ser uma grande ajuda, para objetivar o risco podemos utilizar os testes de rastreio anteriormente referenciados.<sup>18</sup> Estes aumentam o grau de suspeita que, como já referido anteriormente, deve obrigar a mais investigação por parte do médico,<sup>10</sup> isto é, deve ser feita uma história clínica detalhada, abordando aspetos sociais e culturais<sup>5</sup>, com um minucioso exame físico.<sup>1</sup>

Sempre que existe uma suspeita, vários artigos referem a importância da atuação de uma equipa multidisciplinar que proceda a uma avaliação completa e delineie um plano de atuação.<sup>18</sup> Estas equipas incluem os profissionais de saúde, os serviços sociais, profissionais legais e organizações comunitárias.<sup>30,40</sup> Podem ainda incluir especialistas em saúde mental.<sup>5</sup>

Importante compreender que o médico apenas precisa de um elevado grau de suspeita para denunciar, e não de uma queixa fundamentada,<sup>14</sup> principalmente se constituir um crime público, como é o caso da violência doméstica.<sup>6</sup> Contudo, se o doente for mentalmente capaz de tomar decisões conscientes, a sua opinião e vontade devem ser respeitadas, mesmo que isso signifique voltar para uma situação abusiva.<sup>12</sup>

No entanto, no caso dos crimes públicos o Ministério Público é obrigado a investigar, mesmo contra a vontade expressa da vítima. Assim, este justo equilíbrio entre respeitar a autonomia e proteger a pessoa idosa torna muitas vezes difícil a gestão destes casos pelo médico.<sup>18</sup> Para avaliar esta capacidade, estudos recentes referem que o *Mini-Mental State Examination* não é adequado, sugerindo a utilização do *Hopkins Competency Assessment Test*.<sup>5,21</sup> Caso o idoso não se encontre capaz, vários artigos sugerem a atribuição de um tutor<sup>13,24</sup> ao qual serão explicadas e oferecidas as mesmas opções e recursos. Nestes casos é importante ter a certeza de que estes responsáveis pela tutela do idoso agem com o intuito de fazer o melhor para a vítima e não são eles próprios os agressores.<sup>24</sup>

No seguimento da avaliação destes doentes é fundamental avaliar a sua segurança, isto é, se existe um perigo imediato. Nesses casos, deve-se evitar qualquer contato do doente com o possível agressor, o que pode exigir que o doente seja retirado da sua habitação.<sup>12</sup> Em certas situações a hospitalização do idoso pode ser mesmo necessária de modo a providenciar tratamento e proteção durante a avaliação ou investigação legal.<sup>11</sup> Em vários artigos surge enfatizada a necessidade de um Plano de Segurança.<sup>11,14,18</sup>

Este plano deve ser individualizado e regularmente revisto pelo médico, na presença da vítima e de um familiar ou amigo de confiança. Pode incluir: locais seguros para a vítima (casa de um amigo ou familiar; abrigo ou hospital); estratégias para diminuir as lesões, nas vítimas que continuam em contato com o agressor; o número de telefone de familiares, amigos, organizações comunitárias e de emergência. Pode ainda incluir encontros com o médico de família para seguimento a longo-prazo ou referência para outros serviços.<sup>11</sup> Importante também que a vítima tenha conhecimento de que o sistema de justiça constitui a principal forma de defesa dos direitos do cidadão e que pode recorrer a ele. Pode fazê-lo por intermédio de instituições não-governamentais como é o caso da APAV, ou por apresentação de queixa ao Ministério Público, à Polícia Judiciária, à Polícia de Segurança Pública ou à Guarda Nacional Republicana. Por último a queixa pode ser apresentada diretamente ao Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF)<sup>18</sup> Assim, independentemente do tipo de abuso, todas as vítimas devem ter o já mencionado Plano de Segurança e devem ser educadas para a possibilidade de os abusos irem aumentando ao longo do tempo.<sup>37</sup>

Relativamente às intervenções em relação à vítima podem depender do tipo de abuso em questão (Tabela 7). Na abordagem deste problema não deve ainda ser esquecido o tratamento do agressor, quando possível, nomeadamente de uma doença mental ou toxicod dependência, que poderão ter contribuído para a presença de abuso.<sup>37</sup>

<b>INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS POR TIPO DE ABUSO</b>	
<b>Negligência</b>	<p>Otimizar a assistência: apoio domiciliário</p> <p>Combater situações de <i>stress</i> e esgotamento do cuidador</p> <p>Educar o cuidador de que os seus cuidados podem não ser adequados</p> <p>Assegurar a ação da assistência social para garantir que os cuidados estão a ser adequados</p> <p>Considerar institucionalização</p> <p>Considerar “Centros de Dia”</p>
<b>Abuso psicológico</b>	<p>Referenciar a vítima para psiquiatras ou assistentes sociais</p> <p>Reconhecer e tratar depressões ou outros problemas de saúde mental</p> <p>Combater situações de <i>stress</i> e esgotamento do cuidador</p> <p>Educar o cuidador de que os seus cuidados podem não ser adequados</p> <p>Identificar potenciais cuidadores alternativos</p> <p>Combater situações de abuso de substâncias</p>
<b>Abuso financeiro</b>	<p>Parar a perda dos recursos o mais rapidamente possível</p> <p>Considerar um tutor ou procurador legal que gira o dinheiro diariamente.</p> <p>Alertar os bancos e instituições financeiras para a vulnerabilidade das vítimas</p> <p>Considerar a referência às autoridades locais</p>
<b>Abuso físico ou sexual</b>	<p>Avaliar, tratar e documentar evidências físicas de agressões físicas e sexuais</p> <p>Referenciar o caso às autoridades locais</p> <p>Considerar referenciar a abrigos de vítimas de violência</p> <p>Enfatizar a necessidade de um plano de segurança</p>

**Tabela 7** - Intervenções por tipo de abuso. Adaptado de Champion EW, Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. N Engl J Med. 2015;373(20):1947–56.

O seguimento a longo-prazo pelos médicos de Medicina Geral e Familiar é fundamental mesmo após o envolvimento dos serviços sociais e do sistema judicial, uma vez que os cuidados

médicos são imprescindíveis. A manutenção da relação médico-doente com estes idosos ajuda a vítima e a sua família no processo de “cicatrização” e recuperação após os maus-tratos.<sup>11</sup>

No fundo, não existe um consenso quanto a um algoritmo de gestão de uma situação de maus-tratos que possa ser seguido numa situação de suspeita de abuso. Contudo, o algoritmo apresentado na Figura 5 pode ser realizado na maioria dos locais de prática clínica.<sup>11</sup>

#### **6.4) Prevenção terciária**

Esta forma de prevenção ocorre quando o abuso é reconhecido em flagrante por terceiros.<sup>18</sup> Assim, nesta fase, as intervenções visam reduzir o progresso ou as consequências de uma situação de maus tratos já estabelecida.<sup>6</sup> As ações tomadas podem passar pelo desenvolvimento de programas para melhoria da qualidade de vida das vítimas, interrupção do ciclo de violência e minimizar o risco de reincidência.<sup>18</sup>

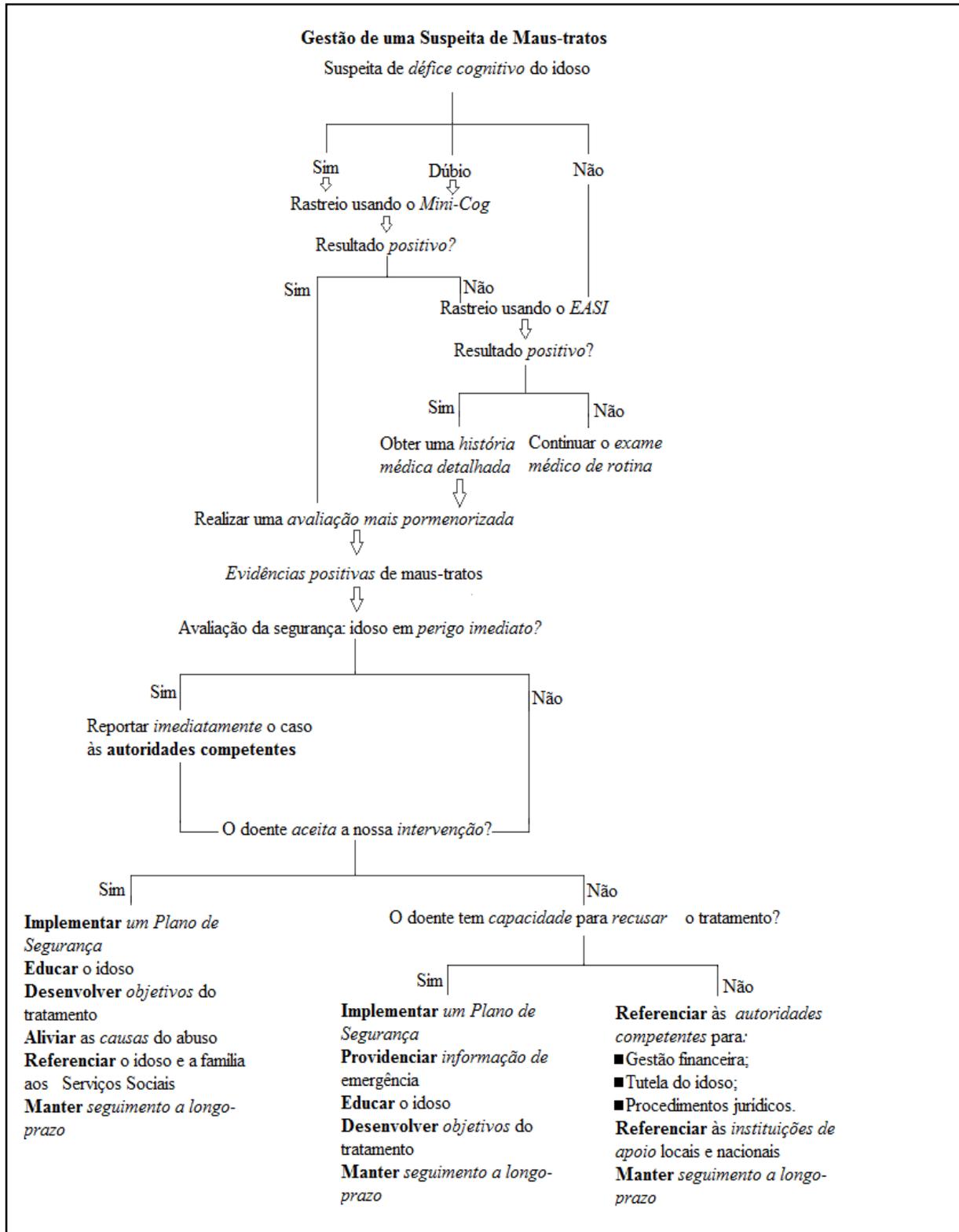


Figura 5 - Algoritmo da gestão de uma suspeita de abuso. (EASI – Elder Abuse Suspicion Index). Adaptado de Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89(6):453–60; e de Santos C, Vieira DN. Abuso e maus-tratos de idosos. In: *Geriatría fundamental - Saber e Praticar*. First Edit. LIDEL - Edições Técnicas, Lda; 2014. p. 413–21.

## 7) Abordagem jurídica

A Constituição da República Portuguesa é clara quando afirma que o cidadão português tem direito: à universalidade do gozo dos direitos (**Artigo 12º**), à igualdade (**Artigo 13º**), à integridade pessoal (**Artigo 25º**), à liberdade e à segurança (**Artigo 27º**), à saúde (**Artigo 64º**), habitação (**Artigo 65º**) e à família (**Artigo 67º**).<sup>18</sup>

Para além destes artigos mais generalistas, a Constituição da República Portuguesa contempla um **Artigo 72º**, que diz respeito aos idosos em particular, que atribuiu à terceira idade o direito à habitação, segurança económica, respeito pela autonomia pessoal e direito a medidas que diminuam o seu isolamento e incentivem à sua participação ativa na comunidade onde estão inseridos.<sup>18</sup> Neste contexto, o **Artigo 25º** da Carta Europeia dos Direitos Fundamentais afirma que: “a *União reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma experiência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural*”.<sup>41</sup>

Para melhor adaptar os atos de abuso à realidade jurídica portuguesa, o projeto “Envelhecimento e Violência”, desenvolvido entre 2011 e 2014 pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, atribuiu uma correspondência entre os crimes punidos pela Lei portuguesa, isto é, presentes no Código Penal Português e os conceitos de violência usados pela literatura.

Assim, a cada tipo de abuso foram atribuídas determinadas condutas<sup>7</sup> consideradas crime, pelo Código Penal Português.<sup>42</sup> Contudo, Portugal não tem uma legislação que criminalize comportamentos criminosos de forma especial quando praticados sobre idosos.<sup>18</sup>

### 7.1) Violência física

Neste tipo de abuso foram descritas as condutas de “agressão”, a que corresponde na Lei um crime de “ofensa à integridade física” (**Artigos 143º e 147º**); “trancar num quarto/compartimento ou impedir o acesso a toda a casa”, a que corresponde um crime de “sequestro”

(**Artigo 158º**); “ter uma incapacidade e ser deixado(a) sozinho(a) por longos períodos de tempo, pondo em risco a sua segurança” a que corresponde um crime de “abandono” (**Artigo 138º**).<sup>7</sup>

### **7.2) Violência psicológica**

Nestas situações, o agressor pode “ameaçar de forma grave: abandonar, agredir, castigar e institucionalizar”, sendo punidos pelo crime de “ameaça/ coação” (**Artigos 153º e 154º**).<sup>7</sup>

### **7.3) Violência Sexual**

A vítima pode ser “sujeita a algum contato sexual sem consentimento”, punido por lei como um crime de “coação sexual/ violação/ violação sexual de pessoa idosa incapaz de resistência” (**Artigos 163º, 164º, 165º**).<sup>7</sup>

### **7.4) Violência Financeira**

Neste tipo de violência apenas 3 tipos de condutas podem ser transpostas para o Código Penal Português. Sendo assim, “roubar ou utilizar objetos e/ou bens contra a vontade do proprietário desses bens”, considerado um crime de “furto/ roubo” (**Artigos 203º e 210º**); “forçar ou obrigar a assinar um documento ou qualquer papel que conceda direitos a si próprio”, considerado crime de “burla/ extorsão” (**Artigos 217º e 223º**); “utilizar objetos e/ou bens sem autorização”, considerado “crime de abuso de confiança/ abuso de cartão de crédito” (**Artigos 205º e 225º**).<sup>7</sup>

### **7.5) Negligência**

Por fim, este tipo de maus-tratos também pode ser punido por lei, segundo o Código Penal Português, tendo em conta os **artigos 10º e 15º**, e corresponde a uma “recusa de apoio às atividades da vida diária”.<sup>7</sup>

Recentemente, foi publicada a Resolução de Ministros n° 63/2015, a qual aprovou a “Estratégia de Proteção ao Idoso”, referida *in* Diário da República, 1.ª série — N.º 165 — 25 de agosto de 2015, na qual uma das medidas propostas foi a alteração do Código Penal Português no sentido de passar a constituir crime “ *Abandonar pessoa idosa em hospitais ou outros estabelecimentos dedicados à prestação de cuidados de saúde, quando a pessoa idosa se encontre a cargo do agente*”.<sup>41</sup>

As diferentes formas de maus-tratos podem ainda ser englobadas na violência doméstica, dependendo da relação que a vítima tem com o agressor (**Artigo 152º**)<sup>7</sup>, a qual é considerada crime público<sup>18</sup>, como já referido anteriormente. Assim, todos os profissionais de saúde que tenham conhecimento durante a sua atividade profissional, destes casos, são obrigados legalmente a reportar. Para além disso, segundo o **Artigo 53º** do Código Ético da Associação Médica Portuguesa, todos os médicos têm o dever de denunciar estes casos às autoridades.<sup>29</sup>

## CONCLUSÃO

Esta revisão vem alertar para elevada frequência dos maus-tratos em idosos e para a sua complexidade quer em termos de estudo, quer em termos de prática clínica. Estes idosos comparativamente a outros da mesma idade e com as mesmas comorbilidades utilizam com mais frequência os serviços de saúde, apresentando menos qualidade de vida e uma maior mortalidade.

Foram definidos cinco principais tipos de violência nestes doentes, a violência física, psicológica, financeira, sexual e a negligência, sendo que, quer na Europa de uma forma geral quer em Portugal, os maus-tratos são mais praticados na comunidade, com os abusos financeiros e psicológicos a predominar. No entanto, é de realçar que os doentes institucionalizados estão mais predispostos a situações de negligência. Contudo, a comparação de prevalências mostrou-se complexa devido a heterogeneidade entre os estudos revistos, no que diz respeito à população em estudo, aos conceitos de abuso utilizados, aos tipos de abuso estudados e às idades e sexo dos idosos considerados.

Apenas a demência do idoso, os distúrbios psiquiátricos, o abuso de substâncias, o comportamento agressivo e os problemas financeiros do cuidador, a dependência do agressor da vítima, as condições de vida do idoso e o isolamento social mostraram ser fatores de risco estatisticamente significativos. Esta revisão permitiu ainda realçar o possível papel da elevada escolaridade e apoio social como fatores protetores. Contudo, ficou claro, nesta revisão que nem todos os idosos que apresentam fatores de risco sofrem de abuso e nem todos os que realmente sofrem abuso apresentam fatores de risco.

O Médico, nomeadamente o médico de Medicina Geral e Familiar tem nesta cadeia de acontecimentos um papel fulcral, na medida em que muitas vezes é o único contato com o exterior destes idosos, sendo para ele mais fácil suspeitar, diagnosticar e encaminhar às autoridades competentes. Contudo, a ocorrência de episódios prévios de violência espelha a

ineficiência na deteção e proteção destas vítimas. Neste seguimento, foram detetadas com este trabalho, múltiplas falhas no que diz respeito à educação dos médicos, mais relevantes nos que lidam frequentemente com idosos, nomeadamente no conhecimento de fatores de risco, manifestações clínicas, protocolos de atuação e apoios disponíveis a oferecer ao idoso num caso de suspeita. Estas falhas permitem um atraso na identificação do problema, associado depois a um aumento na mortalidade e morbidade destes doentes.

Ficou claro também que a baixa formação médica nesta área geriátrica, juntamente com o medo de envolvimento num processo judicial, de perda da relação médico-doente e de agravar a própria situação de violência estão associados à baixa denúncia médica.

No entanto, relativamente à obrigatoriedade da denúncia, os artigos encontrados não foram muito esclarecedores, exceto nos casos considerados crimes públicos, como é o caso da violência doméstica. A violência física e sexual também devem ser referenciadas. Houve sim coerência, na importância que se deve dar à vontade do doente, se este mentalmente capaz mesmo que signifique a manutenção da violência, exceto em situações de perigo imediato, em que o caso deve ser denunciado.

Concluiu-se que a deteção dos casos de abuso é uma situação desafiadora já que muitas vezes os sinais e sintomas são vagos e confundem-se com patologias próprias do envelhecimento. Neste sentido vários artigos afirmam a necessidade de utilizar questionários de rastreio, nos doentes em que existe um elevado grau de suspeita. Contudo, as orientações existentes não chegam a um consenso em relação ao rastreio sistemático deste problema. Apesar dos vários testes mencionados nesta revisão apenas o EASI é recomendado em consenso por vários artigos, na medida em que pode ser realizado nos Cuidados de Saúde Primários e em serviços de urgência movimentados. Importante referir que em Portugal existe já a versão portuguesa, contudo ainda não validada. No entanto, um rastreio positivo não diagnostica, mas obriga a uma avaliação mais cuidada do doente em potencial risco. Esta avaliação deve incluir

a pesquisa de marcas e indicadores que podem estar presentes nos diferentes tipos de abuso, nomeadamente procurar padrões de intencionalidade das lesões. Importante também estar atento a infeções do trato urinário de repetição, principalmente se associadas a doenças sexualmente transmissíveis não explicáveis; mudanças súbitas no comportamento do idoso ou do cuidador e potenciais sinais de negligência, nomeadamente casos mais flagrantes de desidratação, desnutrição e úlceras de pressão com atraso na procura de tratamento. Ficou ainda claro nesta revisão, que nestas situações é fundamental ter em atenção se a história que o doente ou o cuidador conta é compatível com as lesões encontradas. Conclui-se ainda que apesar de os testes laboratoriais não diagnosticarem maus-tratos parecem ajudar na sua deteção.

Existem quatro níveis de prevenção onde se pode atuar para a diminuição do fenómeno e das suas consequências. A prevenção mais bem relatada por vários autores citados é sem dúvida a secundária, que tem como principais objetivos reconhecer os maus-tratos, referenciar e/ou criar um plano de segurança, dar informações detalhadas que ajudem o doente a ultrapassar a situação e seguir a longo-prazo estes doentes. Sempre que possível é fundamental o tratamento do agressor. Contudo, não há coerência, nem protocolos uniformes com medidas de gestão de uma suspeita de abuso.

Apesar de existirem múltiplos artigos sobre o tema, verificou-se um predomínio de estudos epidemiológico, havendo carência de investigação nos campos do diagnóstico e da intervenção. Para além disso, a maioria dos estudos encontrados são artigos de revisão, sendo necessária mais investigação científica original.

A título de conclusão mais estudos são necessários na pesquisa de possíveis fatores protetores, uma vez que não foram encontradas fortes correlações neste campo. Para além disso, é fundamental que mais estudos sejam realizados no sentido de saber quais os conhecimentos dos médicos, principalmente de Medicina Geral e Familiar e Medicina Interna, nesta área, nomeadamente em Portugal, de modo a poder incentivar a uma maior formação destes

profissionais para que sejam capazes de reconhecer potenciais situações de abuso e atuar precocemente. Neste sentido será útil a validação dos questionários de rastreio que poderão facilitar este processo.

Ficou ainda claro que é de extrema relevância que mais estudos sejam realizados quer no mundo quer em Portugal, de modo a colmatar a falta de protocolos definidos e homogéneos para rastreio, diagnóstico e intervenção numa situação de suspeita de abuso.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Manuel Veríssimo pelo apoio e orientação.

À Dra. Benilde Barbosa por toda a disponibilidade, cuidado e coorientação.

Aos meus pais e irmão pelo exemplo de trabalho, humildade e sabedoria e por incansavelmente me acompanharem em todos os momentos.

Ao João pelo amor e apoio incondicional.

Às minhas amigas por estarem sempre presentes na minha vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bond MC, Butler KH. Elder Abuse and Neglect. Clin Geriatr Med. Elsevier Inc; 2013;29(1):257–73.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. European report on preventing elder maltreatment. 2012; Disponível em:  
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-report-on-preventing-elder-maltreatment>
3. Martins R, João M, Andrade A, Albuquerque C. Abuse and maltreatment in the elderly. Atención Primaria. 2014;46:206–9.
4. Santos AJ, Nicolau R, Fernandes AA, Gil AP. Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. Sociol Probl e Práticas. 2013;2013(72):53–77.
5. Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. J Am Geriatr Soc. 2015;63(6):1214–38.
6. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Manual TÍTONO - Para o Atendimento a Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência [Internet]. Copyright © 2014 APAV. 2010. 1-231 p. Disponível em: <http://apav.pt/idosos/index.php/manual-titono>
7. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Projeto: Envelhecimento e violência [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2014. 111 p. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1955>
8. Murphy K, Bch M, Waa S, Jaffer H, Sauter A, Chan A. A Literature Review of Findings in Physical Elder Abuse. Can Assoc Radiol J. 2013;64(1):10–4.
9. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Estatísticas APAV - Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência (2000-2012). 2013;14. Disponível em: [www.apav.pt/estatisticas](http://www.apav.pt/estatisticas)

10. Burnett J, Achenbaum WA, Murphy KP. Prevention and Early Identification of Elder Abuse. *Clin Geriatr Med*. Elsevier Inc; 2014;30(4):743–59.
11. Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89(6):453–60.
12. Anglin D, Homeier DC. Elder Abuse and Neglect. In: Rosen’s Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice. Eighth Edi. Elsevier Inc.; 2014. p. 885–92.e1.
13. Del Carmen T, LoFaso VM. Elder Neglect. *Clin Geriatr Med*. Elsevier Inc; 2014;30(4):769–77.
14. Gibbs L, Mosqueda L. Elder abuse: a medical perspective. *Aging health*. 2010;6(6):739–47.
15. Johannesen M, LoGiudice D. Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*. 2013;42(3):292–8.
16. João Santos A, Ferreira- Alves J, Penhale B. Prevalence of older adults’ abuse and neglect in Portugal: an overview. *Qual Ageing Older Adults*. 2011;12(3):162–73.
17. 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*. 2015;27(3):174–95.
18. Santos C, Vieira DN. Abuso e maus-tratos de idosos. In: *Geriatría fundamental - Saber e Praticar*. First Edit. LIDEL - Edições Técnicas, Lda; 2014. p. 413–21.
19. Soares JJF, Barros H, Torres-gonzales F, Ioannidi-kapolou E, Lamura G, Lindert J, et al. Abuse and Health among elderly in Europe [Internet]. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press; 2010. 127 p p. Disponível em: <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:377016&dswid=-4150>
20. Mysyuk Y, Westendorp RGJ, Lindenberg J. Perspectives on the Etiology of Violence in Later Life. *J Interpers Violence*. 2015;1–24.

21. Dong X. Elder Abuse: Research, Practice, and Health Policy. The 2012 GSA Maxwell Pollack Award Lecture. *Gerontologist*. 2014;54(2):153–62.
22. Eulitt PJ, Tomberg RJ, Cunningham TD, Counselman FL, Palmer RM. Screening Elders in the Emergency Department at Risk for Mistreatment: A Pilot Study. *J Elder Abuse Negl*. 2014;26(4):424–35.
23. Jackson SL. All Elder Abuse Perpetrators Are Not Alike: The Heterogeneity of Elder Abuse Perpetrators and Implications for Intervention. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2014;1–21.
24. Wang XM, Brisbin S, Loo T, Straus S. Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention. *Can Med Assoc J*. Elsevier Masson SAS; 2015;187(8):575–81.
25. Fraga S, Lindert J, Barros H, Torres-González F, Ioannidi-Kapolou E, Melchiorre MG, et al. Elder abuse and socioeconomic inequalities: A multilevel study in 7 European countries. *Prev Med (Baltim)*. Elsevier Inc.; 2014;61:42–7.
26. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam physician*. 2012;58(12):1336–40.
27. LoFaso VM, Rosen T. Medical and Laboratory Indicators of Elder Abuse and Neglect. *Clin Geriatr Med*. Elsevier Inc; 2014;30(4):713–28.
28. Wagenaar DB, Rosenbaum R, Page C, Herman S. Primary Care Physicians and Elder Abuse: Current Attitudes and Practices. *JAOA J Am Osteopath Assoc*. 2010;110(12):703–11.
29. Frazão SL, Silva MS, Norton P, Magalhães T. Domestic violence against elderly with disability. *J Forensic Leg Med*. 2014;28:19–24.

30. Schmeidel AN, Daly JM, Rosenbaum ME, Schmuck G a., Jogerst GJ. Health Care Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings. *J Elder Abuse Negl.* 2012;24(1):17–36.
31. 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.
32. Ferreira-Alves J, Veloso TS, Grace R, Yaffe MJ. ÍNDICE DE SUSPEITA DE ABUSO A PESSOAS IDOSAS – ISAPI (Versão Portuguesa da “EASI”) [Internet]. 2008 [cited 2015 Dec 31]. p. 2008. Disponível em:  
[https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/easi\\_potuguese\\_version\\_2013.pdf](https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/easi_potuguese_version_2013.pdf)
33. Lithwick M, Yaffe MJ, Wolfson C, Weiss D. Elder Abuse Suspicion Index © (EASI) [Internet]. McGill University, Department of Family Medicine. 2006 [cited 2015 Dec 31]. Disponível em:  
<https://www.mcgill.ca/familymed/research-grad/research/projects/elder>
34. Dow B, Hempton C, Cortes-Simonet EN, Ellis K a, Koch SH, LoGiudice D, et al. Health professionals' and students' perceptions of elder abuse. *Australas J Ageing.* 2013;32(1):48–51.
35. Gibbs LM. Understanding the Medical Markers of Elder Abuse and Neglect: Physical Examination Findings. *Clin Geriatr Med.* Elsevier Inc; 2014;30(4):687–712.
36. Carney A. Indicators of Abuse in the Elderly ICU Patient. *Crit Care Nurs Q.* 2015;38(3):293–7.
37. Campion EW, Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. *N Engl J Med.* 2015;373(20):1947–56.

38. Dong X, Simon M a. Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons. *JAMA Intern Med.* 2013;173(10):911.
39. Capezuti E. Recognizing and Referring Suspected Elder Mistreatment. *Geriatric Nursing.* 2011. p. 209–11.
40. Dong X, Chen R, Chang E-S, Simon M. Elder Abuse and Psychological Well-Being: A Systematic Review and Implications for Research and Policy - A Mini Review. *Gerontology.* 2013;59(2):132–42.
41. Resolução do Conselho de Ministros n.º 63/2015 [Internet]. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 165 2015. Available from: [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
42. Código Penal de 1982 versão consolidada posterior a 1995 [Internet]. [cited 2015 Dec 31].Disponível em: [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=109&tabela=leis&ficha=1&pagina](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=109&tabela=leis&ficha=1&pagina)

## ANEXO 1

## Questionário “Índice de Suspeita de Abuso a Pessoas Idosas”

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. Apercebeu-se de algum destes aspectos hoje ou nos últimos doze meses?	Sim	Não	Não tenho a certeza

## ANEXO 2

### Permissão do autor do questionário EASI para inclusão da versão portuguesa neste artigo

#### Mensagem enviada ao autor do questionário

**From:** Sofia Martinho . [ana\_aifos14@hotmail.com]  
**Sent:** Wednesday, December 30, 2015 11:42 AM  
**To:** Mark Yaffe, Dr.  
**Subject:** RE: Permission for reprint EASI

Good afternoon,

My name is Ana Sofia Martinho, I'm a medical student from Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal. I'm doing a revision article about "Elder abuse" and I would like to refer your questionnaire : "Elder Abuse Suspicion Index", and reprint it with your permission. I know there is not yet validated portuguese version.

So I would like to refer your original version as a model in my work.

For that, I send you, attached to this mail a form for permission to use.

I'm looking foward for your answer,

Thank you for your attention,

Ana Sofia Martinho

#### Resposta do autor: Mark J. Yaffe

**From:** mark.yaffe@mcgill.ca  
**To:** ana\_aifos14@hotmail.com  
**Subject:** RE: Permission for reprint EASI  
**Date:** Sat, 2 Jan 2016 20:24:28 +0000

Thank you for your completion of our permission request form. I am pleased to grant permission for your use of the EASI, as you have indicated. I wish you all the best in your medical school training.  
Sincerely,

**Mark J. Yaffe**, MDCM, MCISc, CCFP, FCFP  
Professor, Department of Family Medicine  
McGill University and St. Mary's Hospital Center  
3830 Lacombe Avenue  
Montreal, Quebec, Canada, H3T 1M5