



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

INÊS FILIPA SANTOS ALMEIDA

Profissionais de Saúde e o Abuso de Idosos

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA LEGAL

Trabalho realizado sob a orientação de:
MESTRE CÉSAR LARES DOS SANTOS
PROFESSOR DOUTOR DUARTE NUNO VIEIRA

MARÇO/2018

Profissionais de Saúde e o Abuso de Idosos

Inês Filipa Santos Almeida¹, César Lares dos Santos², Duarte Nuno Vieira³

1. Mestranda da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
2. Assistente Convidado da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal
3. Professor Catedrático da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Autor correspondente:

Inês Filipa Santos Almeida

inesfsalmeida@hotmail.com

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	4
INTRODUÇÃO	5
MATERIAIS E MÉTODOS	9
DISCUSSÃO.....	10
CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

RESUMO

O abuso de idosos engloba diversos tipos: físico, psicológico, financeiro, sexual ou negligência, que podem ocorrer isoladamente ou em associação. Pode levar a consequências nefastas e, para evitar essas possíveis consequências, é indispensável o papel dos profissionais de saúde, que se encontram numa posição privilegiada para o diagnóstico e orientação deste tipo de casos, já que podem ser a única pessoa além do abusador a contactar com a vítima. Realizou-se uma revisão crítica da literatura no sentido de melhor compreender a perspetiva dos profissionais sobre esta temática e explorar as dificuldades que estes experienciam na abordagem deste tipo de situações, não só a nível global, mas com destaque na realidade portuguesa. A falta de deteção e orientação, por parte dos profissionais da saúde, de situações abusivas contra as pessoas idosas pode estar associada à falta de educação sobre este tema, sendo crucial melhorar os conteúdos curriculares. A formação oferecida a estes profissionais deve focar as situações que podem ser consideradas abusivas, os sinais e sintomas associados, o contexto que em o abuso pode ocorrer, a legislação existente e as autoridades a que se pode recorrer. Associadamente, deve promover-se a consciencialização do público em geral, realçando a importância da deteção precoce e as instituições disponíveis para fornecer apoio aos idosos vulneráveis. Complementarmente efetuou-se uma revisão sobre alguns conceitos fundamentais relacionados com esta temática, incluindo, definição, tipologias de abuso, sinais/indicadores e aspetos epidemiológicos.

PALAVRAS-CHAVE: abuso; maus-tratos; idosos; profissionais de saúde; pessoal de saúde; Portugal.

ABSTRACT

Elder abuse encompasses several types: physical, psychological, financial, sexual or neglect, which may occur alone or in association. It can lead to harmful consequences and, in order to avoid these possible consequences, the role of health professionals, who are in a privileged position for the diagnosis and guidance of such cases, is indispensable, as they may be the only person other than the abuser to contact the victim. A critical review of the literature was carried out in order to better understand the professionals' perspective on this subject and to explore the difficulties they experience in addressing this type of situation, not only at a global level but also in Portuguese reality. The lack of detection and guidance by health professionals of abusive situations against the elderly may be associated with a lack of education on this topic, and it is crucial to improve curricular content. The training offered to these professionals should focus on situations that may be considered abusive, the associated signs and symptoms, the context in which abuse may occur, the existing legislation and the authorities that may be appealed. In addition, public awareness should be promoted, emphasizing the importance of early detection and the institutions that may be available to provide support to the vulnerable elderly. Beyond that, a review was made on some fundamental concepts related to this subject, including definition, typologies of abuse, signs/indicators and epidemiological aspects.

KEYWORDS: elder abuse; mistreatment; elderly; health professionals; health personnel; health care personnel; Portugal.

INTRODUÇÃO

O abuso de idosos é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um ato simples ou repetido, ou ausência de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa”.¹⁻¹⁸ Pode manifestar-se de diferentes modalidades, nomeadamente: física (inflição de dor ou lesão, coação física ou domínio induzido pela força ou por drogas); psicológica (inflição de angústia mental sob a forma de ameaças, insultos, humilhação, infantilização); financeira (exploração ilegal ou imprópria dos fundos ou recursos do idoso, apropriação indevida dos bens do idoso, alteração forçada do seu testamento, negação ao acesso dos seus próprios fundos e bens pessoais); sexual (contato sexual não consensual, de qualquer tipo, com o idoso); ou negligência (recusa ou falha em desempenhar a obrigação de cuidar do idoso), intencional ou não intencional,^{1,3-8,10-12,19-28} e pode ocorrer isoladamente ou em associação.^{6,20}

Este conceito foi descrito pela primeira vez em 1975, numa carta dirigida ao editor do *British Medical Journal*, intitulada *Granny Battering*,^{3,22,25,28,29} sendo que nesse mesmo ano, Baker publicou um artigo com o mesmo nome na revista *Modern Geriatrics*.^{6,25,28-30} Apesar de descrito na década de 70, e ser uma situação transversal a todas as classes socioeconómicas a nível mundial, o abuso de idosos somente mais recentemente tem suscitado particular interesse, uma vez que devido ao aumento da esperança média de vida, a população idosa tem aumentado exponencialmente a nível global.^{4-6,8,9,15,21,31,32} A OMS estima que a população mundial com mais de 60 anos de idade duplicará em 2050, relativamente a 2015. Em 2015 foram contabilizados cerca de 900 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, 12,3% da população total, e a estimativa é que em 2050 este número atinja os 2 biliões, correspondendo a 21,5% da população total. A determinação da prevalência atual do abuso de

idosos tem-se revelado uma tarefa complexa, mormente devido às variadas metodologias utilizadas^{4,6,9,33} e às diferentes populações estudadas.^{9,33}

A prevalência mais baixa de abuso de idosos, situada entre de 1,4 a 5,4%, foi estimada por Wagenaar e col.²⁸ Todavia, Cairns e Vreugdenhil e Sandmoe e Kirkevold apontam para um valor mínimo de 6%.^{13,16} Outros autores acreditam que o abuso de idosos poderá, na realidade, atingir valores tão elevados quanto 10%,^{10,19,34,35} 20%³³ ou 30%.^{9,32} E, já em 2014, Loh e col. e Du Mont e col. referem que a prevalência pode atingir os 44,6%, ou seja, praticamente metade da população idosa.^{4,23} No entanto, Dong, numa revisão sistemática de 2015, citado por Eslami e colaboradores, afirma que o abuso de idosos pode atingir mais de metade da população idosa, com uma prevalência de 2,1 a 61,1%,³ valor mais alto registado até à data. Relativamente à realidade nacional, um estudo recente, de 2014, designado “Envelhecimento e Violência” estima que 12,3% da população portuguesa acima de 60 anos foi vítima de, pelo menos, um ato de abuso nos 12 meses anteriores ao estudo, tendo este sido perpetrado por parte de um familiar, amigo, vizinho ou profissional de saúde remunerado.¹⁰

Apesar dos estudos indicarem tratar-se de um problema comum, muitos dos profissionais de saúde que trabalham com pessoas idosas afirmam nunca ter detetado um caso de abuso de idosos,^{15,17} o que suporta a tese defendida por alguns autores de que os casos reportados constituem somente a "ponta do icebergue"^{6,15,33} e que mais de 80% dos casos de abuso de idosos nunca são denunciados ou reportados a nenhuma entidade.^{6,18,36} Na mesma linha vêm Rosen e col., Gonzalez e col., Leddy e col., Wagenaar e col. e Schmeidel e col. revelar que, respetivamente, somente 1 até ou menos em cada 24,^{19,34,36} ou 1 em cada 14,²⁸ ou 1 em cada 5²⁷ casos de abuso de idosos, são efetivamente denunciados.

Os motivos que subjazem à ausência ou diminuta denúncia destes casos por parte dos profissionais de saúde não são ainda bem conhecidos, mas tem sido apontado o receio de estarem enganados,^{4,28} de afetarem a confiança da relação médico-doente,^{9,28} de quebrar o

código deontológico de preservação do segredo médico e escassez de tempo,^{4,9,27,28,36} pelo que tendem a reduzir a sua atuação à resolução de outros problemas de saúde do doente. Adicionalmente, muitos profissionais de saúde não terão recebido formação sobre o tema^{7,12,36} nem possuem o conhecimento necessário para detetar casos de abuso ou desenvolvido competências para abordar potenciais situações de risco.^{2,4,27,28} Possivelmente devido a esta falta de conhecimento e/ou falta de consciencialização para a importância da deteção destes casos,¹⁸ muitos médicos não pesquisam por rotina o abuso²⁶ nem sequer abordam esse assunto.²⁷ Schmeidel e col. afirmam que mais de metade dos médicos nunca perguntaram aos seus pacientes idosos sobre abuso.²⁷

A exposição a cenários abusivos acarreta consequências nefastas quer em termos de aumento da mortalidade,^{2,9,16,19,20,22,23,25,30,34-36} quer de morbilidade, com subsequente diminuição da qualidade de vida,^{1,5,9,11,21,35} quando em comparação com idosos que não sofreram abuso. Tem sido também associada a um aumento do risco de recorrência ao Serviço de Urgência,^{20,22,25} hospitalização^{19,20,22,25,36} e institucionalização em lar,^{19,20,22,25} e a depressão^{8,19,20,23,36} e ansiedade.^{16,23,36} Alguns autores referem, ainda, o desenvolvimento de isolamento social por parte da vítima,^{8,23} sentimentos de culpa⁸ e stress pós-traumático.²³ Para evitar estas possíveis consequências, é indispensável o papel dos profissionais de saúde, que se encontram numa posição privilegiada^{4,6,9,13,18-20,26-28,30,33} para o diagnóstico e orientação deste tipo de casos, já que podem ser a única pessoa além do abusador a contactar com a vítima. O'Brien e col. realçam o papel valioso dos médicos de Medicina Geral e Familiar, referindo que a possibilidade de realizarem visitas ao domicílio pode permitir a identificação de casos que, de outra forma, poderiam não ser detetados.³⁰ Leddy e col. destacam a importância dos médicos ginecologistas-obstetras, dado que as mulheres correm maior risco de sofrer abuso,^{8,21,24,36} e estes tratam mulheres ao longo de toda a vida, existindo mulheres com mais de 65 anos a ir a 1,3 consultas por ano.³⁶

É essencial aprofundar o conhecimento sobre este tema, que tem sido mais negligenciado e esquecido quando comparado com os outros tipos de abusos,^{11,18,22,30,35} e compreender melhor os motivos conducentes à ausência de denúncia num quadro que se presume de significativa prevalência nos dias de hoje.

Este estudo pretende concretizar uma revisão crítica da literatura no sentido de melhor compreender a perspetiva dos profissionais de saúde sobre esta temática e explorar as dificuldades sentidas na abordagem deste tipo de situações, não só em termos globais, mas com particular enfoque na realidade portuguesa. Contempla, igualmente, uma revisão dos conceitos mais relevantes relacionados com a temática em apreço, nomeadamente, definição, tipologia de abuso, sinais/indicadores e alguns aspetos epidemiológicos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a prossecução dos objetivos deste estudo, previamente expostos, procedeu-se à revisão da literatura, procedeu-se a uma pesquisa na PubMed, MEDLINE, Embase, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e OpenAIRE, utilizando uma combinação dos seguintes termos: abuso; maus-tratos; idosos; profissionais de saúde, pessoal de saúde; Portugal. Foram selecionados somente artigos originais, publicados entre 2010 e 2018 e disponíveis em português e inglês. De entre a totalidade de artigos disponíveis foram ainda selecionados apenas aqueles que se encontravam disponíveis na sua totalidade e os que pareceram ir de encontro aos objetivos propostos, tendo resultado num número total de 32 artigos científicos.

Para uma melhor compreensão da realidade regulamentar e jurídica portuguesa foi também consultado o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, Código Deontológico dos Enfermeiros e o Código Penal.

Considerou-se de particular relevância consultar, igualmente, a informação disponibilizada nos *sites* da Organização Mundial de Saúde (OMS), Direção Geral de Saúde (DGS) e Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV).

No intuito de melhor entender o surgimento do conceito, foi ainda consultado o livro de Vernon R. Wiehe intitulado “*Understanding Family Violence: Treating and Preventing Partner, Child, Sibling, and Elder Abuse*”.

DISCUSSÃO

O abuso de idosos pode ser de vários tipos: físico, psicológico, financeiro, sexual ou negligência, e pode ocorrer isoladamente ou em associação. A exposição de uma vítima a dois ou mais tipos de abuso designa por polivitimização.⁵

As dificuldades inerentes ao cálculo da incidência e prevalência atual estendem-se à determinação do tipo de abuso mais frequentemente perpetrado. Em estudos realizados em indivíduos de sete países europeus (Alemanha, Espanha, Grécia, Itália, Lituânia, Portugal e Suécia), com idade entre 60 e 84 anos, o abuso psicológico foi mencionado como o tipo mais frequente,^{3,32} sendo o abuso financeiro o segundo tipo mais frequente,^{3,31} seguido pelo abuso físico e, por último, como o tipo menos frequente, o abuso sexual.³ No estudo de O'Brien e col., os clínicos gerais da Irlanda estimaram tanto o abuso psicológico como a negligência como as formas mais frequentes de abuso, e os abusos físico e sexual como as menos frequentes.³⁰ Por outro lado, segundo Sandmoe e Kirkevold, os profissionais de saúde da Noruega consideram que o tipo de abuso mais frequente é o abuso físico e, muitas vezes, rotulam os outros tipos de abuso, ou mesmo casos menos graves de abuso físico, como algo que não abuso, como “casos difíceis”.¹⁶ De forma semelhante aos estudos europeus mencionados, no projeto “Envelhecimento e Violência”, publicado em 2014, e referente à população idosa portuguesa, a negligência e o abuso sexual foram identificados como os tipos menos frequentes de abuso e o abuso financeiro e psicológico como sendo os mais frequentes.^{10,21,24} Gil e col, no artigo “Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: Sociografia da ocorrência”, também identificam a negligência e o abuso sexual como os tipos menos frequentes de abuso, mas destacam o abuso físico e psicológico como os mais frequentes.⁵ Ainda sobre a realidade nacional, mas relativamente a vítimas portadoras de deficiência física ou mental moderada ou grave antes do episódio de abuso, Frazão e col. reconhecem que o tipo mais frequente de abuso de idosos é o abuso físico.⁹ Particularizando

para a região centro do nosso país, Martins e col. apontam o abuso psicológico e a negligência como os tipos mais detetados de abuso.⁸ Já Ferreira e col. estudaram a perceção que os profissionais de saúde de cuidados de saúde primários da zona de Coimbra tinham sobre a prevalência de abuso de idosos em Portugal, sendo que, a negligência e o abuso psicológico foram escolhidos por 32.3% e 22.1% dos profissionais, respetivamente, como os tipos de abuso mais prevalentes,⁶ o que corrobora os achados de Martins e col.

Ainda sobre o apurado relativamente à realidade portuguesa, o projeto “Envelhecimento e Violência” refere que a maioria dos idosos vítimas de abuso experienciou apenas um tipo de abuso, e que só cerca de 2 a 3% dos idosos é que vivenciou situações de polivitimização.^{10,24} Gil e col. contrariam esta ideia, identificando a presença de polivitimização na maioria das vítimas.⁵

Os atos abusivos podem ocorrer ocasionalmente ou de forma continuada²¹ e quer no domicílio quer em contexto de institucionalização.^{12,21} Muitos autores também se têm pronunciado sobre o abuso de idosos ocorrer mais frequentemente em situações domésticas.^{7,9,12} Como possível explicação, Vetere menciona a crença existente de que os idosos devem permanecer em casa o maior tempo possível,⁷ o que pode promover a ocorrência de atos abusivos neste contexto. Sobre a realidade nacional, reportamo-nos a estatísticas disponibilizadas pela APAV sobre as pessoas idosas vítimas de crime e de violência apoiadas por aquela associação entre os anos de 2013 a 2016, período durante o qual se identificou que quase metade das situações de abuso ocorreram no domicílio.³⁷ De notar que, no estudo efetuado por Ferreira e col., os profissionais de saúde de cuidados primários de unidades da região de Coimbra que integraram a amostra também indicaram acreditar que o abuso de idosos acontece em maior frequência neste contexto.⁶

Deste modo, embora o abuso possa ser perpetrado por familiares, cuidadores ou outras pessoas de confiança,¹² tem-se verificado que, na maioria dos casos, os abusadores são

familiares da vítima.^{5,9,25} Destes, a maioria pertence à família nuclear, nomeadamente cônjuges/parceiros (atuais ou ex) ou descendentes,^{5,24} o que vai de encontro às conclusões de Frazão e col. de que a maioria dos atos abusivos é concretizada pelos descendentes da vítima todavia, no caso das vítimas casadas, o cônjuge é o responsável por 48.6% das situações abusivas.⁹ Vognar e Gibbs, além de identificarem os descendentes e os cônjuges como abusadores, referem também que 22% dos comportamentos abusivos são perpetrados por outros familiares,²⁵ o que inclui irmãos, irmãs, sobrinhos(as) e cunhados(as),¹⁰ e que é reforçado pelo projeto “Envelhecimento e Violência” que, de forma similar, identifica outros familiares como uma parte relativamente significativa dos abusadores (27%).^{10,24} Além destas categorias de abusadores, o referido projeto identificou ainda amigos/vizinhos como possíveis agressores em 11.6% das situações.¹⁰ Gil e seus colaboradores, num artigo intitulado “Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: Sociografia da ocorrência”, destacaram que existiam diferenças no tipo de abusador consoante o género da vítima, já que nas vítimas do sexo feminino o abuso foi perpetrado principalmente pelo cônjuge/parceiro, seguido dos descendentes do sexo masculino; enquanto nas vítimas do sexo masculino, os principais abusadores identificados foram os descendentes do sexo masculino.⁵ Os dados recolhidos pela APAV entre 2013 e 2016, mostram que mais de 65% dos atos abusivos contra pessoas idosas são perpetrados por indivíduos do sexo masculino, com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos de idade,³⁷ o que, uma vez que as mulheres idosas estão em maior risco de sofrer abuso,^{8,21,24,36} pode apoiar a ideia de que a maior parte dos comportamentos abusivos são perpetrados pelo cônjuge/companheiro destas possíveis vítimas. Frazão e col. e o projeto “Envelhecimento e Violência” também reforçam esta ideia de que o abuso é cometido principalmente por indivíduos do sexo masculino.^{9,10} Em sentido contrário, Vognar e Gibbs afirmam que mais de metade (53%) dos abusadores são do sexo feminino.²⁵

Para além das diferenças identificadas entre o género do abusador relativamente ao da vítima, há também a considerar possíveis diferenças em função do tipo de abuso cometido. Deste modo, a maioria dos atos abusivos de índole física tem sido apontada como se inserindo no contexto de violência doméstica, e daí cometidos pelo cônjuge/parceiro;^{10,24} por seu lado, o abuso financeiro é mais frequentemente cometido pelos descendentes^{5,10,20,24} e por outros familiares.^{10,24} No que diz respeito ao abuso psicológico, alguns autores atestam que os abusadores correspondem maioritariamente a outros familiares, seguidos do cônjuge/parceiro e dos descendentes;^{10,24} todavia, Frazão e col. apontam os cuidadores das vítimas como os principais agressores.⁹ Há também discrepâncias relativamente ao abuso sexual, uma vez que alguns autores mencionam os outros familiares e os amigos/vizinhos como os agressores;^{10,24} enquanto outros contrariam esta ideia e referem o cônjuge/parceiro como o principal agressor.⁵ Quanto à negligência, o abuso costuma ser praticado pelos descendentes, outros familiares ou amigos/vizinhos;^{10,24} porém, Gil e col. identificaram o cônjuge/parceiro como sendo o principal agressor neste tipo de abuso.⁵

Segundo a OMS, o grau de ocorrência de atos abusivos contra pessoas idosas pode ser ponderado através da análise de fatores individuais, referentes à potencial vítima e abusador, e fatores associados ao relacionamento entre eles, ao enquadramento comunitário e ao contexto social.²¹ A maioria dos autores acredita que pessoas idosas do sexo feminino,^{8,21,24} com maior idade (superior a 74 anos),^{8,12,21,24,25} baixo nível de escolaridade,^{5,8,24} incapacidade física e/ou intelectual (dependência),^{1,6,9,10,12,21,22,24,25,36} demência,^{6,9,21,25,35} depressão^{21,24} ou comportamento agressivo e desafiante^{1,21} se encontram em maior risco de sofrerem abuso. Leddy e col. referem ainda que alguns clínicos identificaram o fato de pertencer a uma minoria étnica como fator de risco.³⁶ Relativamente ao abusador, parece que ser do sexo masculino potencia atos abusivos de carácter físico, enquanto o sexo feminino potencia atos de negligência.²¹ Além disso, depressão,^{1,12,21} perturbação mental,^{1,6,12} consumo de álcool,^{1,5,6,21}

abuso de substâncias,^{1,5,21} hostilidade e agressividade, desemprego,^{9,24} problemas financeiros^{6,21,24} e *stress/burnout* enquanto cuidador^{1,6,9,21} estão associados a maior probabilidade de cometer abuso. Ainda sobre o abusador e a sua relação com a potencial vítima, são apontados como fatores de risco para comportamentos abusivos, a dependência financeira do agressor face à vítima,^{1,5,12,21,24} coabitação,^{1,5,9,21,24} história de relacionamento difícil,^{5,21,24} o abusador ser descendente ou cônjuge/parceiro da vítima, e a possível transmissão intergeracional de condutas violentas.²¹ No que diz respeito ao enquadramento comunitário e contexto social, acredita-se que o isolamento social da possível vítima^{1,9,12,21,22,24,25,36} e a carência de suporte social estão associados a maior probabilidade de sofrer abuso.²¹ Além disso, é importante ter em conta o idadismo, isto é, a discriminação com base na idade, e a atual banalização da violência.^{1,21}

Embora não haja consenso quanto ao grau em que o sexo influencia a probabilidade de sofrer abuso, as mulheres são indicadas como mais suscetíveis de sofrer abuso em geral.^{8,21,24,36} Como explicação possível, Gil e col. realçam que as mulheres têm uma esperança de vida superior à dos homens e, uma vez que vivem mais, são também mais afetadas pela perda de capacidade funcional e independência, o que pode então explicar a sua maior suscetibilidade ao abuso.²⁴ Ainda assim, Martins e col. destacam que ser do sexo masculino aumenta o risco de sofrer negligência.⁸

Apesar de ter uma idade mais avançada ser um fator de risco para o abuso em geral,^{8,12,21,24,25} há autores que mencionam que uma menor idade pode estar mais associada tanto a abuso físico como a abuso psicológico,^{3,5} uma vez que a menor idade poderá estar relacionada com uma maior probabilidade de auto-reportar atos abusivos;³ por outro lado, Martins e col. associam a menor idade a uma maior probabilidade de sofrer abuso financeiro.⁸ Relativamente ao nível de escolaridade, é considerado que um nível mais baixo tem sido apontado como um fator de risco para o abuso em geral,^{5,8,24} mas alguns autores apontam o

ensino superior como um fator de risco para o abuso psicológico,^{3,31} enquanto Lindert e col. o apontam com fator de risco para abuso financeiro.³² Eslami e col. referem ainda que o consumo de álcool por parte da vítima aumenta o risco de esta sofrer abuso físico ou psicológico.³

Quanto a fatores de proteção, Eslami e col. destacam que viver em parceria protege contra abuso de ordem física ou financeira, reforçando a importância do apoio social; todavia é necessário ter em conta que ter o cônjuge/parceiro como fonte de financiamento duplica o risco de sofrer exploração financeira.³ Eslami e seus colaboradores referem ainda que fumar está associado a menor risco de sofrer abuso psicológico, financeiro ou sexual.³ No projeto “Envelhecimento e Violência”, ao contrário do que Lindert e col. e Eslami e col. referem, a educação foi identificada como um fator protetor contra o abuso, sendo que quanto maior for o nível de instrução de um indivíduo, menor a probabilidade de sofrer atos abusivos.¹⁰

Relativamente à polivitamização, segundo Gil e col., esta afeta tanto homens como mulheres e surge como sendo transversal a todos os grupos etários.⁵

Para além dos fatores de risco que predisõem os indivíduos idosos a situações abusivas, é também importante conhecer os diversos sinais e sintomas possivelmente associados aos vários tipos de abuso de idosos.

Deve-se suspeitar de abuso físico ao idoso quando existem marcas ou lesões cutâneas inexplicadas, como feridas ou hematomas,^{12,21,25,26} especialmente se tiverem localização simétrica; lesões músculo-esqueléticas como fraturas, luxações ou entorses; sinais de restrição da mobilidade, tais como marcas de cordas ou ligaduras nos pulsos;^{12,21} ou ainda quando o familiar ou cuidador recusam que o idoso fique a sós com o profissional de saúde.²¹ Relativamente às lesões cutâneas, Hullick e col. referem que se deve dar especial importância a lesões no pescoço ou na zona ulnar do antebraço, que são características de abuso físico.²⁰ Frazão e col. afirmam que no caso de abuso físico são mais frequentes lesões na cabeça e no

pescoço, uma vez que estas correspondem às áreas mais acessíveis.⁹ Vetere complementa esta informação e acrescenta que as quedas são comuns nas pessoas idosas, mas nem todos os hematomas são o resultado destas, como é o caso de lesões no peito, pálpebras, pescoço, escroto, abdômen, costas ou ombros.⁷ Vetere explica que é importante perguntar tanto ao idoso como ao familiar ou cuidador as circunstâncias em que as lesões foram produzidas e apreciar a eventual coincidência das respostas obtidas.⁷ Hoover e Polson associam-se a estas duas opiniões e reforçam que é pouco provável que lesões no pescoço, abdômen, região posterior da perna e região ulnar do antebraço resultem de quedas acidentais, constituindo-se como possíveis sinais de abuso.¹²

No caso do abuso psicológico, tanto podem existir maus-tratos verbais, como intimidação através de gritos e ameaças, humilhação, infantilização ou culpabilização; como maus-tratos não-verbais, como ignorância ou ostracização e isolamento da pessoa idosa.²¹ Pode ainda existir um comportamento depreciativo e/ou controlador por parte do familiar ou cuidador.²¹

Quanto ao abuso financeiro, deve-se desconfiar dele quando há apropriação indevida dos bens do idoso, alterações suspeitas do seu testamento, aquisição de serviços desnecessários ou despropositados ou existência de dívidas quando se sabe que a vítima dispõe de dinheiro suficiente para as pagar.²¹ Os profissionais de saúde raramente são capazes de identificar abuso financeiro, contudo, este não deixa de ser importante uma vez que, apesar de poder não ter consequências imediatas, pode culminar em negligência.²⁰ E, como salientam Eslami e col., as pessoas idosas acumulam recursos ao longo da vida, o que as torna particularmente vulneráveis a este tipo de abuso.³

Relativamente ao abuso sexual, deve ser equacionado quando a vítima apresenta hematomas na região genital, hemorragias a nível anal ou vaginal inexplicadas ou infeções de transmissão sexual.²¹

No que diz respeito à negligência, esta pode ser ativa, quando o agressor atua com intencionalidade, ou passiva, quando resulta da ignorância ou negação de cuidados ao idoso.²¹ De qualquer das formas, deve pensar-se em negligência quando o idoso apresenta perda de peso, desnutrição e/ou desidratação;^{7,20,21,25,26} falta de higiene pessoal;^{20,21} úlceras de decúbito;^{7,21} falta de óculos, próteses dentárias ou auditivas;²¹ ou utilização de roupas inadequadas para a estação do ano.^{20,21}

De modo idêntico ao que acontece nos outros tipos de violência, a detecção de fatores de risco e de sinais e sintomas associados a abuso, quando identificados isoladamente, não permite estabelecer, de forma imediata e clara, um diagnóstico de abuso de idosos.²¹ Um dos aspectos que complexifica o diagnóstico é a diferenciação que os clínicos têm estabelecer entre processos fisiopatológicos ou fisiológicos do envelhecimento normal e lesões físicas decorrentes do contexto de abuso.^{6,9,12} As condições subjacentes que mimetizam lesões intencionais ou predisõem o paciente a lesões devem ser observadas, e possíveis reações adversas a medicamentos devem ser tidas em consideração.¹² É importante realçar que não existem exames laboratoriais capazes de detetar atos abusivos.¹² O estudo da coagulação e a contagem de plaquetas podem excluir uma condição clínica justificativa de hematomas de intensidade ou quantidade excessiva ou anormal, todavia o fundamental para diferenciar lesões intencionais das não intencionais assenta no confronto entre a explicação facultada ser ou não minimamente consistente com os achados ao exame físico.¹²

Os profissionais de saúde têm um contato significativo com a população geriátrica, estando numa posição privilegiada^{4,6,9,13,18-20,26-28,30,33} tanto para controlar e reduzir os fatores de risco, como para identificar precocemente sinais e/ou sintomas de abuso.⁶ Ainda assim, é uma temática que, além de preocupação, levanta também dúvidas e insegurança entre os profissionais de saúde, resultando na falta de denúncia destes casos.⁹

Uma das causas apontadas para a falta de denúncia por parte dos profissionais de saúde é a ocultação por parte da vítima,^{30,33} o que acontece maioritariamente para proteção do abusador^{5,10,21,24,25} e da família,^{5,7,24} já que, como previamente salientado, o abuso ocorre frequentemente no seio familiar. A vítima pode apresentar-se relutante em falar sobre o assunto por medo em geral,^{10,21,26} medo de retaliação ou agravamento da agressividade,^{5,9,10,12,25,26,28} medo do abandono^{5,26,28} ou por sentir vergonha da situação em que se encontra.^{7,9,10,12,21,25} Além disso, muitos idosos dependem financeiramente do agressor,^{5,7,10,12,20,21} o que os pode levar a encobrir o abuso para proteger a sua subsistência. Por outro lado, os idosos podem sentir que merecem o abuso,^{7,9,21,26} e não querem criar problemas para os seus familiares,^{9,21,26} o que os pode levar a considerar o acontecimento como irrelevante.^{5,10,21} Muitos autores destacam, ainda, que as vítimas podem ser incapazes de divulgar o abuso por incapacidade física e/ou cognitiva,^{7,9,21} ter medo que ninguém acredite,^{5,9,10,24} não saber a quem recorrer^{5,9,10} ou não confiar no sistema;^{21,25} no que diz respeito à relação com os profissionais de saúde, podem acreditar que estes não se interessam, já que têm pouca disponibilidade de tempo e nunca questionam os idosos sobre esta temática.²¹

Outra das causas fundamentais apontada pelos profissionais de saúde para o seu medo de denunciar casos de abuso de idosos, é o fato de possuírem um conhecimento limitado sobre o tema, já que muitos não tiveram uma educação adequada relativamente a este aspeto e, conseqüentemente, não possuem o conhecimento necessário para detetar casos de abuso ou abordar potenciais situações de risco.^{1,2,4,7,12,25,27,28,36} Almogue e col. denotam então a existência de um ciclo vicioso, uma vez que os profissionais de saúde adquirem novos conhecimentos com a prática, todavia muitos dos casos de abuso de idosos não são reconhecidos porque os mesmos profissionais de saúde não têm os conhecimentos suficientes.³³ Ainda como causas para os profissionais de saúde não denunciarem tantos casos

como deviam, é referido o receio de colocarem em risco e afetarem a confiança da relação médico-doente,^{9,21,27,28,36} o receio de estarem enganados,^{6,27,28} a escassez de tempo^{9,19,22,27,30,36} e a incerteza sobre a obrigação de denunciarem os casos às autoridades judiciais.^{6,9,33,36} Relativamente à relação médico-doente, é importante destacar que, segundo Almogue e col., cerca de metade dos profissionais de saúde defende que denunciar um caso de abuso de idosos não afeta esta relação.³³ Mais raramente, é referida uma sensação de impotência e incapacidade de fazer a diferença.^{21,22} O'Brien e col. acrescentam que os profissionais de saúde podem ter medo de ser ameaçados pelo abusador e/ou pela família da vítima.³⁰

Adicionalmente a todas as razões enumeradas, há ainda a considerar que os médicos hesitam em denunciar estes casos porque procuram ter a certeza absoluta da ocorrência de abuso e querem possuir informação suficiente antes de comunicar às autoridades.²⁷ Além disso, os clínicos referem que é mais fácil desenvolver explicações alternativas para os possíveis hematomas e/ou fraturas do que equacionar a possibilidade de os cuidadores ou os familiares terem causado as lesões em questão.²⁸ Os técnicos de emergência pré-hospitalar, em específico, sentem que têm a responsabilidade de denunciar situações suspeitas de abuso, e sentem-se culpados se não o fizerem.³⁴ Além das restrições de tempo a que estão sujeitos, ao terem de responder a chamada atrás de chamada, a falta de protocolos e os problemas de comunicação aquando da tentativa de denúncia, são fatores que favorecem a falta de denúncia.³⁴ Gonzalez e col. referem ainda que é uma grande responsabilidade moral, considerando que se poderá destruir a vida de alguém com base apenas num instinto.³⁴ Leddy e col. focam-se nos médicos ginecologistas-obstetras, e afirmam que os jovens médicos do sexo masculino pesquisam menos manifestações de abuso, o que pode estar relacionado com a tenra idade ou com outros achados que apoiam que as mulheres têm mais tendência a pesquisar potenciais situações abusivas e em eventualmente atuar, se for necessário.³⁶

Já os enfermeiros sentem que não faz parte do seu papel explorar possíveis situações abusivas e sentem-se desconfortáveis ao inquirir sobre abuso, pois foram orientados para fazer as suas funções rapidamente, como avaliar os sinais vitais, por exemplo.²⁷ Assim sendo, se suspeitarem de abuso informam o clínico ou o assistente social para eles aprofundarem o assunto, o que leva a que nunca recebam *feedback* sobre o caso²⁶ e, conseqüentemente, isso reprime a sua vontade de denunciar casos futuros. No estudo de Sandmoe e Kirkevold é importante realçar que se suspeitarem de abuso, somente 2 em cada 52 enfermeiros abordam a situação diretamente com a vítima, enquanto metade opta por falar com familiares e/ou abusador.¹⁶ De modo análogo, Leddy e col. verificaram que metade dos ginecologistas-obstetras escolhe falar diretamente com os cuidadores, uma vez que somente metade dos profissionais sabe que o abuso é causado muitas vezes por esses mesmos.³⁶ Esta conduta é oposta ao preconizado por Hoover e Polson, que destacam ser essencial falar com o idoso sozinho, sempre que possível, e encorajá-lo a fornecer detalhes sobre a sua situação.¹²

Por outro lado, os assistentes sociais, apesar de possuírem mais experiência a lidar com este assunto, confiam nos clínicos e enfermeiros para identificarem comportamentos abusivos.²⁷

Fisher e col. destacam ainda que nem os estudantes de Medicina equacionam o abuso de idosos como diagnóstico diferencial até encontrarem provas quase incontestáveis, o que vem favorecer a hipótese de existir uma falha na educação sobre este tópico.² Além disso, muitos dos estudantes especulam que se estivesse a ocorrer abuso, outros profissionais já o teriam identificado.² No seu estudo, é ainda referido que a situação abusiva apenas se tornou evidente quando foi encontrada a “marca da mão” na vítima porém, se um diagnóstico alternativo e uma explicação clara para a situação tivessem sido encontradas no início da entrevista clínica, é possível que não tenha ocorrido exposição suficiente do paciente e, naturalmente, não tenha sido encontrada a “impressão manual” do abusador.² É também

importante referir que os estudantes têm receio de rotular algo como abuso devido ao seu impacto negativo, pois consideram que é um termo muito julgador, intimidante e acusador.² Daly e Coffey e Sandmoe e Kirkevold expõem que o mesmo acontece para os outros profissionais de saúde que contatam com a população geriátrica,^{16,18} e Sandmoe e Kirkevold salientam ainda que, muitas vezes, o abuso é reportado como “dificuldades familiares” ou casos de *bullying*.¹⁶

Um dos pilares que fornece aptidão e confiança aos profissionais de saúde para detetar e reconhecer sinais e sintomas de abuso de idosos é a educação e formação que recebem sobre o tema.^{18,28} Segundo o estudo de Wagenaar e col., os médicos que referiram ter tido formação sobre este tema ou que participaram em atividades de educação médica continuada nos últimos 5 anos mais raramente afirmavam não reconhecer o abuso no momento da visita como uma barreira para não denunciar os casos; enquanto os médicos que não tinham frequentado atividades de educação médica continuada sobre este tópico estavam mais inclinados a afirmar não reconhecer o abuso como uma barreira.²⁸

Explorando o currículo dos profissionais de saúde, a maioria refere que nunca teve qualquer referência a abuso de idosos durante a sua formação;^{6,12,25,28,35,36} e dos poucos que referem ter tido algum contato com esta temática, a maioria acredita que deveria ter existido uma abordagem mais abrangente.⁶ Hempton e col. expõem que 40.8% dos profissionais de saúde afirma ter recebido alguns ensinamentos teóricos sobre o tema, contudo, 47.5% não teve qualquer ensinamento nem experiência prévia a abordar o assunto.¹⁷ Almogue e col. destacam que os enfermeiros tendem a conhecer melhor a burocracia relacionada com o abuso de idosos do que os clínicos, o que atribui a possíveis diferenças na educação.³³ Já Wagenaar e col. realçam diferenças entre os diversos tipos de clínicos, uma vez que os internistas são mais propensos a afirmar falta de formação, quando comparados com os técnicos de emergência pré-hospitalar;²⁸ o que contraria o estudo de Gonzalez e col. em que é referido

que durante o curso de certificação básica, os técnicos de emergência pré-hospitalar recebem apenas 30 minutos ou menos de treino sobre como abordar o abuso de idosos.³⁴

Apesar da maioria dos profissionais de saúde acreditar que a sua formação sobre abuso de idosos não é adequada^{25,28} e que o ensino sobre esta temática deveria ser mais aprofundado,^{18,25-27} Ferreira e col. destacam que o problema não está a ser abordado devidamente, já que 57.1% dos profissionais inquiridos com idade inferior a 30 anos, indica não ter tido qualquer formação dirigida especificamente para o abuso de idosos.⁶ De notar que esta percentagem atinge o significativo valor de 95% para profissionais com idade superior a 60 anos.⁶ Pelo que Fisher e col. aprofundaram, parece haver falta de educação sobre este tópico no curso de Medicina e, para colmatar esta falha, deve ser preferido um ensino mais interativo que permita a discussão dos casos entre os professores e os alunos, ao invés do ensino tradicional baseado na exposição teórica.²

Os estudos realizados neste âmbito sugerem que se deve fomentar a educação tanto dos atuais como dos futuros profissionais de saúde e que é necessária uma educação mais específica e focada nesta temática para proporcionar aos profissionais o conhecimento e a confiança para identificar e orientar eventuais situações abusivas.^{10,11,18,27,28,30,33,35,36}

Segundo a OMS, durante a formação dos clínicos deve ser feita uma introdução ao tema incluindo os sinais e sintomas associados ao abuso de idosos, e destacando as organizações locais que possam dar assistência às vítimas.¹ Posteriormente, devem ser abordadas técnicas úteis para, durante a entrevista clínica,¹ inquirir as pessoas idosas num ambiente calmo e não ameaçador, que transmita segurança;²⁸ e deve também ser focada a avaliação dos casos de abuso e a sua gestão, salientando a importância de trabalhar com outros profissionais numa equipa multidisciplinar.^{1,38} Ferreira e col. defendem que é necessário clarificar a metodologia a utilizar na gestão destes casos, e apoiam que os profissionais de saúde poderiam beneficiar de uma *checklist* que seria aplicada em todas as consultas com indivíduos idosos.⁶ Esta

medida é concordante com o referido no estudo de Gonzalez e col., em que a maioria dos técnicos de emergência pré-hospitalar afirma que uma breve *checklist* aumentaria o seu nível de confiança ao denunciar estes casos, ao mesmo tempo que diminuiria a ansiedade e o medo inerentes ao processo de denúncia.³⁴ Muitos autores apontam também como possível solução, a implementação de protocolos de atuação específicos para este tipo de abuso,^{6,10,13,18,36} sendo que alguns deles traduzem o desejo dos profissionais de saúde em ter ao seu dispor diretrizes que orientem a deteção e orientação dos casos de abuso de idosos.^{6,18,36}

Para além de melhorar a educação dos profissionais que contactam com a população geriátrica, no intuito de prevenir futuras situações abusivas, é também necessário promover a consciencialização da sociedade.^{1,10,11,28,30,31,33,35} É necessário alertar o público em geral para os vários tipos de abuso, os seus sinais e sintomas, o processo de denúncia e quais as instituições disponíveis para ajudar as vítimas,^{1,10,11} evidenciando também as suas consequências e a importância da deteção precoce.²⁸ Deve ainda aprimorar-se as políticas e práticas das instituições de cuidados para idosos, melhorando o seu ambiente físico e social,^{1,11} e equacionar a implementação de programas de apoio ao cuidador^{1,11} que permitam o seu descanso e reduzam a probabilidade de este se tornar abusivo para com o idoso.

Para terminar, é de extrema importância referir que, apesar do crescente interesse sobre esta temática, a maioria dos países não dispõe de legislação específica que abranja o abuso de idosos.¹ Segundo o “Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014”, apesar de 75 a 80% dos países afirmarem que dispõem de leis para prevenir a violência, somente 30 a 70% dispõem de leis que impedem a prática de atos abusivos contra as pessoas idosas.¹¹ É também realçado o fato de que, entre todos os serviços disponíveis para ajudar as vítimas de todo o tipo de violência, os serviços de proteção aos idosos são os menos referidos, com somente um terço dos países a relatar possuir serviços para investigar os possíveis casos de abuso de idosos e fornecer apoio a idosos vulneráveis.¹¹ É ainda crucial destacar que a implementação

de medidas para prevenir o abuso de idosos tem sido limitada, com apenas 26% dos países a relatar a implantação em larga escala de atividades para aperfeiçoar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema em questão, e 23% a relatar ter implantado campanhas de conscientização ao público.¹¹ Em África, na América e no Sudeste Asiático, a maior parte dos países confidenciou ter realizado campanhas de conscientização apenas esporadicamente.¹¹

A realidade portuguesa

Segundo as estatísticas disponibilizadas pela DGS e a APAV, em Portugal, as pessoas idosas vítimas de abuso são frequentemente mulheres, entre 60 e 69 anos, casadas, reformadas, com baixo grau de escolaridade, e que pertencem a uma família de tipo nuclear com filhos.^{21,37}

Comparativamente a outros países da Europa, Portugal detém a prevalência mais alta de abuso psicológico, físico, financeiro e sexual;³ sendo os abusos considerados mais frequentes na população idosa portuguesa o financeiro e o psicológico.^{10,24} Relativamente ao abuso sexual, este pode ser ocultado, pelo fato de o sexo na população idosa ainda ser visto como um tabu na nossa sociedade.⁹

Quanto à prevalência do abuso de pessoas idosas em geral, o projeto “Envelhecimento e Violência” aponta para cerca de 12.3%.¹⁰

Apesar de muitas vezes os comportamentos abusivos serem algo que se repete ao longo do tempo, é chocante que a maioria das vítimas não o denuncie.⁹ No estudo de Gil e col., apenas um terço das vítimas procurou ajuda.²⁴ Mesmo quando o abuso é exposto, 13.5% das vítimas recusou identificar o abusador;^{10,24} contudo, no caso do abuso financeiro este número aumentou para 22.3%, o que pode fazer suspeitar de uma possível subestimação deste problema.²⁴

Embora haja vários obstáculos à denúncia dos casos de abuso de idosos pelos profissionais de saúde, tal como referido anteriormente, Ferreira e col. constata que os clínicos tendem a relevar, considerando como patognomónico de abuso, a presença de lesões em diferentes estádios de evolução e sinais de constrição física.⁶

No que diz respeito à perspetiva dos profissionais de saúde sobre a obrigatoriedade de denunciar um caso suspeito de abuso de idosos, o mesmo estudo afirma que 63% dos profissionais considera que é obrigatório denunciar às autoridades qualquer suspeita de comportamentos abusivos contra pessoas idosas; no entanto, 28.4% não sabe se é obrigatório ou não denunciar, sendo que 26.8% ainda hesita mesmo depois do idoso expor que é vítima de abuso.⁶ Para realizar a queixa, a maioria dos profissionais considera apenas os Serviços Sociais e o Ministério Público;⁶ todavia é importante realçar que a queixa, realizada tanto pela vítima como outrem, pode também ser apresentada aos órgãos de Polícia Criminal (Guarda Nacional Republicana, Polícia de Segurança Pública ou Polícia Judiciária), às delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, a gabinetes médico-legais, a hospitais onde haja peritos médico-legais, no portal Queixas Eletrónicas do Ministério da Administração Interna ou, em alguns casos, ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.²¹ É possível denunciar estes casos mesmo que não se saiba a identidade do autor, essa é uma função que compete às autoridades na sua investigação subsequente.²¹

A nível da legislação, e ao receio dos clínicos de quebrar o código deontológico de preservação do segredo médico, deve realçar-se que, segundo o artigo 27.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, “sempre que o médico, chamado a tratar um menor, um idoso, um deficiente, um incapaz ou pessoa particularmente indefesa, verifique que estes são vítimas de sevícias, maus-tratos ou assédio, deve tomar as providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertar as autoridades competentes”,³⁹ o que permite aos médicos que denunciem situações abusivas contra idosos sem temerem as consequências legais. Na

mesma linha, surge também o artigo 32.º que declara que excluem o dever de segredo médico, entre outras, “o que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do médico, do doente ou de terceiros, não podendo em qualquer destes casos o médico revelar mais do que o necessário, nem o podendo fazer sem prévia autorização do Bastonário”.³⁹ Já o Código Deontológico dos Enfermeiros, no artigo 102.º, reforça a ideia de que os direitos da pessoa idosa devem ser protegidos: “o enfermeiro, no seu exercício...assume o dever de...salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social e o autocuidado, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida”; sendo que, pelo artigo 106.º, “o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de...divulgar informação confidencial acerca do alvo de cuidados e da família só nas situações previstas na lei”.⁴⁰

Relativamente ao abusador e às punições previstas no Código Penal, o artigo 152.º-A prevê que “quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob a responsabilidade da sua direção ou educação ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e lhe infligir, de modo reiterado ou não, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais, ou a tratar cruelmente...é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal”.⁴¹ É ainda de referir que também pode ser aplicado o artigo 152.º, que antevê que “quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais: ao cônjuge ou ex-cônjuge; a pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; a progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou a pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência

económica, que com ele coabite; é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal”.⁴¹ Além do referido nos artigos 152.º e 152.º-A, há outros tipos de atos abusivos que são abrangidos por artigos diferentes do Código Penal. Pode referir-se, por exemplo, o artigo 143.º, sobre integridade física simples, que pressagia que "quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa"; o artigo 203.º, sobre furto, em que "quem, com ilegítima intenção de apropriação para si ou para outra pessoa, subtrair coisa móvel ou animal alheios, é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa": e o artigo 210.º, referente ao roubo, que prenuncia que "quem, com ilegítima intenção de apropriação para si ou para outra pessoa, subtrair, ou constranger a que lhe seja entregue, coisa móvel ou animal alheios, por meio de violência contra uma pessoa, de ameaça com perigo iminente para a vida ou para a integridade física, ou pondo-a na impossibilidade de resistir, é punido com pena de prisão de 1 a 8 anos. A pena é a de prisão de 3 a 15 anos se: qualquer dos agentes produzir perigo para a vida da vítima ou lhe infligir, pelo menos por negligência, ofensa à integridade física grave...".⁴¹

No que diz respeito às estratégias para a prevenção de abuso na população geriátrica portuguesa, o “Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014” apurou que foram implantadas em larga escala campanhas de consciencialização de profissionais de saúde e programas de apoio ao cuidador, todavia apenas foram realizadas campanhas de consciencialização dirigidas ao público em geral ocasionalmente.¹¹

Deste modo, embora se reconhecendo os múltiplos passos já dados para melhorar o panorama nacional, há ainda um longo caminho a percorrer, nomeadamente para melhorar a consciencialização pública sobre o abuso de idosos e prevenção deste tipo de situações.

CONCLUSÃO

O abuso de idosos engloba diversos tipos, nomeadamente, físico, psicológico, financeiro, sexual ou negligência, que podem ocorrer isoladamente ou em associação. É fundamental destacar que, a definição de abuso compreende a noção de confiança, isto é, o(s) ato(s) é(são) perpetrado(s) por alguém em quem o idoso deposita confiança, o que por si só, se constitui um fator que favorece a ocultação prolongada da situação abusiva por parte da vítima, com o intuito de proteger o abusador.

Apesar de ter sido uma problemática descrita pela primeira vez já na década de 70 do século passado, de carácter global e que reconhecidamente afeta todas as classes socioeconómicas, somente mais recentemente se transformou num tema de maior interesse social, político e mediático, aspeto que não será despidendo também do aumento exponencial da população mais idosa.

A exposição dos idosos a fenómenos abusivos acarreta impactos relevantes para a sua saúde, no mínimo pela interferência no seu bem-estar físico-psíquico, e potencialmente conduzir a situações mais graves, com consequências trágicas e até letais. Decorre daqui a tónica colocada na deteção precoce e subsequente orientação adequada destes casos, o que tem motivado diversos autores para se pronunciarem sobre o papel indispensável dos profissionais de saúde para concretizar este desiderato, pois, desejavelmente, possuem maior formação e encontram-se numa posição privilegiada^{4,6,9,13,18-20,26-28,30,33} para poderem contactar com vítimas.

Por isso, não pode deixar de merecer preocupação alguns autores terem verificado que muitos dos profissionais de saúde que contactam de forma mais próxima com a população geriátrica nunca terem identificado sequer um caso de abuso.

Diversos fatores podem estar a influir na capacidade daqueles profissionais de reconhecerem e orientarem situações abusivas perpetradas contra pessoas idosas, destacando-

se as lacunas apontadas na formação dos profissionais de saúde. Reconhece-se, assim como fundamental melhorar a formação curricular básica, mas também a obtida no decurso da vida profissional, que permita a sensibilização para esta temática, melhorando a sensibilidade para a suspeita diagnóstica, a obtenção de informação relevante, a avaliação e subsequente orientação em função das especificidades do caso e dos procedimentos que atualmente se defendem serem aplicáveis. Porém, a existência de outros fatores exógenos ao próprio profissional de saúde, deverá ser devidamente ponderada aquando da implementação de estratégias que visem a melhoria da intervenção dos profissionais de saúde.

Apesar do justificado enfoque dado à relevância dos profissionais de saúde no âmbito desta temática, cremos ser de realçar que a prevenção da violência em geral e, de forma mais particular, aquela que é perpetrada contra pessoas potencialmente mais vulneráveis, deverá resultar de um esforço de consciencialização coletiva para a necessidade de controlar a agressividade inter-relacional, sendo que também cabe a todos e cada um de nós, como cidadãos, participar nos esforços envidados para a deteção e intervenção precoce em situações problemáticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Relatório mundial sobre violência e saúde [Internet]. Genebra; 2002. Available from: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
2. Fisher JM, Rudd MP, Walker RW, Stewart J. Training Tomorrow ' s Doctors to Safeguard the Patients of Today : Using Medical Student Simulation Training to Explore Barriers to Recognition of Elder Abuse. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64:168–73.
3. Eslami B, Viitasara E, Macassa G, Melchiorre MG, Lindert J, Stankunas M, et al. The prevalence of lifetime abuse among older adults in seven European countries. *Int J Public Health.* 2016;61:891–901.
4. Loh DA, Choo WY, Hairi NN, Othman S, Mohd Hairi F, Mohd Mydin FH, et al. A cluster randomized trial on improving nurses' detection and management of elder abuse and neglect (I-NEED): Study protocol. *J Adv Nurs.* 2015;71(11):2661–72.
5. Gil AP, Santos AJ, Kislaya I, Santos C, Mascoli L, Ferreira A, et al. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal : sociografia da ocorrência. *Cad Saude Publica.* 2015;31(6):1234–46.
6. Ferreira M, Santos C, Vieira DN. Detection and Intervention Strategies by Primary Health Care Professionals in Suspected Elder Abuse. *Acta Med Port [Internet].* 2015;28(6):687–94. Available from: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6706>
7. Vetere PM. Elder abuse: What are we missing? *Can Fam Physician.* 2015;57:783–5.
8. Martins R, Neto MJ, Andrade A, Albuquerque C. Abuse and maltreatment in the elderly. *Aten Primaria [Internet].* 2014;46(S5):206–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70093-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70093-9)
9. Frazão SL, Silva MS, Norton P, Magalhães T. Domestic violence against elderly with

- disability. *J Forensic Leg Med.* 2014;28:19–24.
10. Projeto Envelhecimento e Violência [Internet]. Lisboa; 2014. Available from: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/PubEnvelhecimentoViolencia.aspx>
 11. Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014 [Internet]. 2014. Available from: <http://nevusp.org/blog/2015/11/09/relatorio-mundial-sobre-a-prevencao-da-violencia-2014/>
 12. Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and Intervention. *Am Fam Physician J.* 2014;
 13. Cairns J, Vreugdenhil A. Working at the frontline in cases of elder abuse : “ It keeps me awake at night .” *Australas J Ageing.* 2014;33(1):59–62.
 14. Dow B, Hempton C, Cortes-Simonet EN, Ellis KA, Koch SH, Logiudice D, et al. Health professionals’ and students’ perceptions of elder abuse. *Australas J Ageing.* 2013;32(1):48–51.
 15. Pelotti S, D’Antone E, Ventrucchi C, Mazzotti MC, Salsi G, Dormi A, et al. Recognition of elder abuse by Italian nurses and nursing students: Evaluation by the Caregiving Scenario Questionnaire. *Aging Clin Exp Res.* 2013;25:685–90.
 16. Sandmoe A, Kirkevold M. Identifying and handling abused older clients in community care: The perspectives of nurse managers. *Int J Older People Nurs.* 2011;8:83–92.
 17. Hempton C, Dow B, Cortes-Simonet EN, Ellis K, Koch S, LoGiudice D, et al. Contrasting perceptions of health professionals and older people in Australia: What constitutes elder abuse? *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011;26(5):466–72.
 18. Daly J, Coffey A. Staff perceptions of elder abuse. *Nurs Older People* [Internet]. 2010;22(4):33–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20503678> <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb>.

cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed9&AN=20503678%5Cnhttp://sfxhosted.exlibrisgroup.com/calgary?sid=OVID:Embase&id=pmid:20503678&id=doi:&issn=1472-0795&isbn=&volume=22&iss

19. Rosen T, Lien C, Stern ME, Bloemen EM, Mysliwiec R, McCarthy TJ, et al. Emergency Medical Services Perspectives on Identifying and Reporting Victims of Elder Abuse, Neglect, and Self-Neglect. *J Emerg Med* [Internet]. 2017;53(4):573–82. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.04.021>
20. Hullick C, Carpenter CR, Critchlow R, Burkett E, Arendts G, Nagaraj G, et al. Abuse of the older person: Is this the case you missed last shift? *Emerg Med Australas* [Internet]. 2017;29(2):223–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/1742-6723.12756>
21. Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde [Internet]. 2016. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx%0A>
22. Dong X. Screening for Elder Abuse in Healthcare Settings: Why Should We Care, and Is It a Missed Quality Indicator? *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(8):1686–8.
23. Du Mont J, Kosa D, Macdonald S, Elliot S, Yaffe M. Determining possible professionals and respective roles and responsibilities for a model comprehensive elder abuse intervention: A Delphi consensus survey. *PLoS One* [Internet]. 2015;10(12):1–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0140760>
24. Gil APM, Kislaya I, Santos AJ, Nunes B, Nicolau R, Fernandes AA. Elder Abuse in Portugal: Findings From the First National Prevalence Study. *J Elder Abuse Negl* [Internet]. 2015;27(3):174–95. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08946566.2014.953659>

25. Vognar L, Gibbs LM. Care of the Victim. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2014;30:869–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.012>
26. Daly JM, Klein ANS, Jogerst GJ. Critical Care Nurses' Perspectives on Elder Abuse. *Nurs Crit Care*. 2012;17(4):172–9.
27. Schmeidel AN, Daly JM, Rosenbaum ME, Schmuck GA, Jogerst GJ. Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings. *J Elder Abuse Negl*. 2012;24(1):17–36.
28. Wagenaar DB, Rosenbaum R, Page C, Herman S. Primary care physicians and elder abuse: current attitudes and practices. *J Am Osteopath Assoc* [Internet]. 2010;110(12):703–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21178151>
29. Wiehe VR. Understanding Family Violence: Treating and Preventing Partner, Child, Sibling, and Elder Abuse [Internet]. SAGE Publications; 1998. 129-130 p. Available from: <https://books.google.pt/books?id=0iR1AwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>
30. O'Brien JG, Riain AN, Collins C, Long V, O'Neill D. Elder Abuse and Neglect: A Survey of Irish General Practitioners. 2010;
31. 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)* [Internet]. 2014;61:42–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.01.008>
32. Lindert J, De Luna J, Torres-Gonzales F, Barros H, Ioannidi-Kopolou E, Melchiorre MG, et al. Abuse and neglect of older persons in seven cities in seven countries in Europe: A cross-sectional community study. *Int J Public Health*. 2013;58(1):121–32.

33. Almogue A, Weiss A, Marcus EL, Beloosesky Y. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;51(1):86–91.
34. Reingle Gonzalez JM, Cannell MB, Jetelina KK, Radpour S. Barriers in detecting elder abuse among emergency medical technicians. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2016;16(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12873-016-0100-7>
35. O'Brien JG. Screening for Elder Abuse and Neglect. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2015;63(8):1689–90. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L605710705%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1111/jgs.13538>
36. Leddy MA, Farrow VA, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists' knowledge, attitudes, and practice regarding elder abuse screening. *Women's Heal Issues* [Internet]. 2014;24(4):e455–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2014.04.006>
37. APAV. Estatísticas APAV: Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência 2013-2016 [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 17]. p. 1. Available from: www.apav.pt/estatisticas
38. Twomey MS, Weber C. Health Professionals' Roles and Relationships with Other Agencies. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2014;30(4):881–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2014.08.014>
39. Código Deontológico da Ordem dos Médicos. *Diário da República* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 3];139:22575–88. Available from: <https://ordemosmedicos.pt/estatutos-e-regulamentos/#1504205856757-cd477829-9f01>
40. Código Deontológico dos Enfermeiros [Internet]. 2015. Available from: <https://www.sep.org.pt/carreira-e-direitos/codigo-deontologico/>
41. Código Penal [Internet]. Available from: <http://www.codigopenal.pt/>