

# ABUSO E NEGLIGÊNCIA NO IDOSO

---

Raquel Coutinho de Sousa Gaio

Aluna nº 2008016871

Ano Letivo 2013/2014

Mestrado Integrado em Medicina - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

# ÍNDICE

Índice.....	1
Resumo.....	2
Abstract.....	3
Introdução.....	4
Métodos.....	6
Contextualização.....	7
Definição e Classificação.....	11
Extensão do problema.....	15
Fatores de risco.....	19
O papel da Medicina Geral e Familiar.....	24
Conclusão.....	34
Referências bibliográficas.....	37

## RESUMO

O abuso do cidadão idoso é considerado um problema de saúde pública mundial e afeta 4 a 6% da população idosa dos países desenvolvidos.

Embora seja no contexto dos cuidados de saúde primários que o abuso pode ser primeiramente identificado, os médicos envolvidos nos cuidados de saúde primários encontram-se entre os profissionais que menos notificam situações abusivas.

O subdiagnóstico e subnotificação estão relacionados com receios da própria vítima, mas também com lacunas nas competências da classe médica: escassez/ausência de treino no reconhecimento de maus-tratos, atitude desfavorável face a idosos, pouca informação na literatura médica acerca de abuso de idosos, falta de conhecimento acerca do correto procedimento para relatar a situação de abuso, entre outros.

O intuito do trabalho foi proporcionar uma compreensão alargada da problemática do abuso no cidadão idoso. O papel da Medicina Geral e Familiar no rastreio, diagnóstico e gestão de casos de abuso foi sublinhado. Com esse objetivo, realizou-se uma revisão sistemática da literatura com base numa pesquisa efetuada a partir da base de dados eletrónica da *PubMed*. As páginas oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização das Nações unidas (ONU) e *International Network for Prevention of Elder Abuse* (INPEA), foram também consultadas. Procurou-se enfatizar os principais fatores de risco, sinais de alerta e sinais indicadores de situações de abuso. Sumarizaram-se as possíveis intervenções contexto-específicas que estão ao alcance do médico de família.

**PALAVRAS-CHAVE:** idoso, abuso, negligência, violência, maus-tratos, prevalência.

## ABSTRACT

*The abuse of the elderly is considered a worldwide public health problem and it affects 4 to 6% of the elder population living in develop countries.*

*Although it is in the context of primary care abuse can be first identified, doctors involved in primary health care are among the professionals who least notify abusive situations.*

*Underdiagnosis and underreporting are related to the victim's fears, but also reveal gaps in medical staff's skills: shortage/lack of training in recognizing abuse, unfavorable attitude towards elderly patients, little information in the medical literature concerning elder abuse, lack of knowledge about the correct procedure for reporting the abusive situation, among others.*

*The aim of the study was to provide a broad understanding of the issue of elder abuse. The role of general practitioners in screening, diagnosis and management of abuse cases was stressed. With this aim, a systematic literature review was performed based on a survey conducted from the electronic database PubMed. The official online pages of the World Health Organization (WHO), United Nations (UN) and International Network for Prevention of Elder Abuse (INPEA), were also consulted. Emphasis was given to the main risk factors, warning signs and clinical indicators of abusive situations. Possible context-specific interventions that are available to the family doctor were summed up.*

**KEYWORDS:** *elderly, abuse, neglect, violence, mistreatment, prevalence.*

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população constitui um dos fenómenos demográficos mais significativos do século XXI e, segundo a estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de pessoas com idade superior a 60 anos irá aumentar de 700 milhões para 2 biliões até 2050 (1,2), o que representa a duplicação da percentagem global da população na referida faixa etária de 10% para 20% (1). O fenómeno é de tal forma significativo que, *“pela primeira vez na História da Humanidade, chegará o momento em que a população idosa mundial será superior à população menor de idade”* (1,2). No caso concreto da Europa, a estimativa é que continue a ser o continente com a população mais idosa do mundo, com a proporção de pessoas com idade acima dos 60 anos a aumentar para os 34% até 2050 (1).

A esperança média de vida mundial passou dos 46 para os 68 anos de idade entre 1950 e 2010 e as previsões apontam para que, no final do século, ronde os 81 anos (2) mas, ao mesmo tempo que os avanços científicos na área da Medicina prometem um envelhecimento cada vez mais livre de morbilidades, as mudanças sociais e económicas radicais que se fazem sentir em todo o mundo – a urbanização crescente, o declínio da taxa de natalidade, a emigração dos membros jovens da família e a emancipação das mulheres no mercado de trabalho, combinadas com as persistentes discrepâncias entre os estratos sociais (3,4), providenciam um solo fértil para a ocorrência de abuso da população idosa.

Deste modo, e considerando o cenário demográfico previsto, torna-se imprescindível a criação de novas políticas especialmente dirigidas às necessidades da população idosa (5), nomeadamente políticas que tenham como finalidade a proteção desse grupo populacional tão vulnerável e facilmente exposto a situações de abuso, negligência e isolamento social (1).

Apesar de se considerar que é no contexto dos cuidados de saúde primários que o abuso da pessoa idosa pode ser primeiramente identificado - ou totalmente negligenciado (3) -, a realidade é que os médicos envolvidos nos cuidados de saúde primários se encontram entre os profissionais que menos notificam situações de abuso (6). Torna-se assim crucial que os médicos, em particular os de família, estejam cientes da magnitude do problema e que tenham formação específica para detetarem, tratarem e referenciem adequadamente os casos de abuso.

O presente trabalho tem por objetivo definir o que é o abuso do cidadão idoso, abordar o contexto, extensão e fatores de risco para a sua ocorrência e proporcionar algum entendimento sobre aquele que poderá e deverá ser o papel da comunidade médica, particularmente no âmbito da Medicina Geral e Familiar, no rastreio, diagnóstico e intervenção em casos de abuso.

## MÉTODOS

De início, foi realizada uma revisão sistemática da literatura com base numa pesquisa executada a partir da base de dados eletrónica da *PubMed*, na qual foram utilizadas diferentes combinações das seguintes palavras-chave: “idoso”, “abuso”, “negligência”, “violência”, “maus-tratos”, “prevalência”. Com base no título, no resumo e no número de citações, e de acordo com a sua acessibilidade, procedeu-se à seleção dos artigos publicados em inglês e português entre os anos 2003 e 2013, não descurando, no entanto, qualquer artigo anterior que se revelasse devidamente pertinente. As bibliografias de artigos científicos ou de revisão relevantes foram examinadas visando incluir não só artigos médicos, mas também artigos com uma vertente mais sociológica. À medida que a revisão bibliográfica foi efetuada, mostrou-se necessária a colheita, através das respetivas páginas oficiais, de vários relatórios elaborados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela *International Network for Prevention of Elder Abuse* (INPEA).

Esta revisão foi redigida com base nas normas propostas para o trabalho final do 6º ano, equivalente ao grau de mestre, no âmbito do ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

## CONTEXTUALIZAÇÃO

A violência interpessoal é um fenómeno intemporal, mas foi apenas no final do século XX que começou a ser enquadrada dentro de grupos populacionais e geracionais específicos (3,7). O primeiro tipo de abuso a ter visibilidade foi a violência doméstica e a crescente sensibilização pública para o referido fenómeno permitiu o emergir da divulgação e subsequente conhecimento social sobre a questão da violência contra os idosos (8).

O despertar da comunidade científica para a problemática do abuso sobre as pessoas idosas ocorreu pela primeira vez nos jornais científicos Britânicos de 1975, sob a designação de “*granny battering*” (3,8,9), levando a que o fenómeno fosse instantaneamente encarado como um problema social e político pelos Estados Unidos da América, que logo implementaram medidas legislativas (3). Ao longo das últimas três décadas verificou-se um crescimento mundial da preocupação respeitante a esta problemática, que foca paralelamente os direitos humanos, a igualdade de género e o envelhecimento populacional (1,3) e, na tentativa de integrar e atender à preocupação internacional, foi criada, em 1997, a *International Network for Prevention of Elder Abuse* (INPEA), que conta com o apoio da Organização das Nações Unidas (ONU) e da OMS (3,8) e na qual estão representados vários países desenvolvidos e subdesenvolvidos (10).

Pela análise das suas consequências na qualidade de vida e no bem-estar do cidadão idoso (11), o abuso referente a este grupo etário tornou-se, à semelhança de outros tipos de violência familiar, um problema social e de saúde pública (8,11), um enquadramento que mudou a forma como o abuso é percebido, analisado e gerido (ver Quadro 1).

Por forma a assinalar a notável importância que a referida questão adquiriu, em 2006 o dia 15 de Junho foi declarado pela ONU e pela INPEA como o Dia Mundial da

Consciencialização da Violência contra a Pessoa Idosa – “*World Elder Abuse Awareness Day*” (12, 25).

#### Quadro 1.

Porque é que o Abuso do Cidadão Idoso é considerado um problema social e de saúde pública?

Numa perspetiva:

- Humanitária: causa grande sofrimento a indivíduos/grupos de indivíduos dentro de uma sociedade;
- Funcional: representa uma ameaça à estrutura social;
- Relativa à justiça social: os indivíduos idosos são vulneráveis e os seus direitos devem ser protegidos;
- Relativa a normas sociais: respeitantes a comportamentos e expectativas;
- Epidemiológica: no global, a proporção de pessoas idosas que sofre abuso é elevada e, por conseguinte, são necessários serviços que respondam às suas necessidades;
- Económica: é um problema que drena recursos e que implica investimento social;
- Relativa às consequências: aumenta a incidência de comorbilidades e causa morte prematura;
- Relativa aos mecanismos de resposta: os serviços de prestação de cuidados médicos encontram-se na linha da frente para a prevenção, deteção e reabilitação.

*Adaptado de WHO (2011) – European Report on Preventing Elder Maltreatment*

#### → ABUSO NO IDOSO, AGEISM E DIREITOS HUMANOS:

Quando questionado, o cidadão idoso define o abuso em termos sociais - exclusão social, desvalorização da sua opinião e participação na comunidade e violação dos seus direitos (13) -, ao invés de atos individuais envolvendo exclusivamente um abusador e uma vítima. Este facto é concordante com o relatório da OMS “*Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse*”, que revelou que as pessoas idosas categorizam o abuso em três grandes áreas (3):

1. **Negligência**: incluindo isolamento, abandono e exclusão social;

2. **Violação dos seus direitos:** humanos, legais e médicos;
3. **Privação:** financeira, de escolhas, decisões, estatuto e respeito.

A discriminação e a estigmatização do indivíduo à medida que este envelhece – *ageism* - podem ser expressas sob a forma de estereotipagem e atitudes negativas para com o cidadão idoso ou estar incorporadas nas próprias leis e políticas nacionais e internacionais (1,2). O conceito de que o indivíduo fica, fatalmente, mais fraco, vulnerável e dependente dos outros à medida que envelhece, desvaloriza e a marginaliza a população idosa (13). É uma conceção que representa um desafio à concretização dos direitos humanos (4,10) e que se encontra intimamente ligada à violência e ao abuso. Neste contexto, importa ter consciência de que existem, efetivamente, diferenças entre aquilo que é o processo biológico de envelhecimento e a sua perceção pela sociedade (14).

Antigamente, o idoso gozava de reconhecimento social, respeito e poder e era a garantia de transmissão de conhecimentos e tradições, numa sociedade onde a experiência ligada à idade era considerada um valor (15). As alterações na estrutura social e familiar, nas atitudes e nos valores que se têm vindo a sentir nas últimas décadas, parecem estar intimamente relacionadas com a problemática do abuso (15). Exemplos de discriminação incluem a negação de emprego, entrevistas ou outras oportunidades de encontrar trabalho como consequência da idade avançada (2), situações que são frequentemente exacerbadas por outros motivos de discriminação: o género, o facto de ser portador de deficiência, a condição socioeconómica, o estado de saúde, o local de residência, o estado civil e as origens étnicas ou religiosas são muitas vezes combinados em prejuízo do cidadão idoso (1).

Em Portugal, o perfil atual da população idosa é altamente influenciado pelas condições de vida, particularmente por fatores económicos (rendimentos baixos e acesso limitado a bens e serviços), fatores culturais (nível de escolaridade baixo ou inexistente), fatores sociais

(isolamento subsequente a redes de contatos insuficientes ou inexistentes, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e segurança social) e fatores ambientais (condições de habitabilidade) (16). Adicionalmente, as mudanças no ciclo familiar e no perfil económico nacional que se têm vindo a sentir nas últimas décadas demonstraram serem propícias a situações de violência e, em particular, de abuso financeiro (16).

## DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Nas sociedades ocidentais, a idade a partir da qual se considera uma pessoa idosa coincide com a idade da reforma, que ronda os 60-65 anos (5,8), embora seja reconhecido que, numa perspetiva dos direitos humanos, a definição de pessoa idosa é complexa e a idade não é uma mera designação numérica, mas sim uma construção social, política e económica baseada na tradição e perceção do papel que a pessoa idosa desempenha na sua comunidade (1,4).

Segundo a OMS e a INPEA, o abuso é definido como *“qualquer ato isolado ou repetido, ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança e que cause dano ou incómodo a uma pessoa idosa”* (3,6), uma definição que procura abranger as diferentes perspetivas do comportamento abusivo. Tendo em consideração a sistematização usada pelas referidas entidades, é possível distinguir 5 categorias principais de abuso:

1. **Abuso físico**: produção de dor ou dano físico (3) (ex.: empurrar, amarrar, pontapear, queimaduras, atirar um objeto, morder, arranhar) (17);
2. **Abuso psicológico/emocional**: produção de angústia, aflição ou sofrimento através de agressão ou ameaças verbais, manipulação, negação de afeto, isolamento social, humilhação, intimidação (3,4,17);
3. **Abuso financeiro/material**: exploração ou uso ilegal ou desautorizado de recursos financeiros e materiais do idoso (3) (ex: roubo, transferência de dinheiro ou expropriação de propriedades sem o consentimento do proprietário) (4,17);
4. **Abuso sexual**: contatos sexuais não consentidos (3) (ou quando o idoso não tem capacidade para consentir) ou conversas com conteúdo sugestivo (17);

5. **Negligência**: recusa ou incapacidade de prestar os cuidados imprescindíveis ao bem-estar da pessoa (3).

O abuso e a negligência do cidadão idoso podem ser globalmente descritos como maus tratos no idoso (12).

Independentemente do tipo de abuso, o resultado final será sempre a imposição de sofrimento, dor ou lesão desnecessários, a perda ou violação dos direitos humanos e a diminuição da qualidade de vida da pessoa idosa (8).

As definições referidas devem ser sempre enquadradas num contexto cultural (7,8), tendo em consideração que existem atos de violência que constituem costumes firmemente embebidos na estrutura social em que o idoso se insere (3), devendo, por conseguinte, ser considerados numa compreensão alargada do abuso.

Considerando uma perspetiva social, é possível, ainda, reconhecer outras duas formas de abuso da pessoa idosa (3,15):

1. **Abuso estrutural e social**: exercido pelos governos e instituições de prestação de serviços médicos e sociais (3), é entendido como a discriminação na política face aos idosos, a falta de recursos para colmatar as necessidades assistenciais, assim como a falta de garantia de rendimentos e alojamento (15). Este tipo de abuso é muitas vezes considerado estar na origem da maioria das outras formas de abuso (3);
2. **Desrespeito e preconceito contra o idoso (ageism)**: atitude social negativa para com o idoso (3). É traduzida em atitudes de desrespeito, abuso verbal e emocional (15) e a população idosa considera-a a forma mais dolorosa de maus tratos (3).

Adicionalmente às principais categorias de abuso, contextos particulares nos quais se expressam as formas de abuso referidas podem ser identificados, nomeadamente, o contexto

doméstico (onde o abuso ocorre por parte de familiares, conjugue, amigos, prestador de cuidados) ou o contexto institucional, como em lares residenciais ou hospitais (onde o abuso é cometido não só pelos profissionais que aí trabalham, como também pelos visitantes) (10,11). Torna-se, portanto, imprescindível ter em consideração que existem variáveis adicionais quando se aborda a problemática dos cuidados a longo prazo da pessoa idosa (quer num cenário institucional quer domiciliário), já que entram em jogo desafios particulares na concretização dos direitos humanos (1,4), nomeadamente o direito à liberdade e segurança pessoais, o direito à privacidade, liberdade de movimento, liberdade de expressão, liberdade contra a tortura e outro tipo de tratamento desumano, o direito à integridade pessoal, o direito a um padrão de vida adequado e o direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental (1,4,5).

#### → O ABUSO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

No âmbito do presente trabalho, revela-se pertinente desenvolver, ainda que superficialmente, a problemática do abuso da pessoa idosa dentro do sistema de saúde, um assunto que tem sido motivo de preocupação internacional.

Meios de transporte inexistentes ou excessivamente caros (especialmente nas zonas rurais), a negação de medicamentos, exames e tratamentos baseada na idade do doente, a falta de prioridade concedida à investigação e tratamento das doenças crónicas e a sobrelotação dos hospitais e centros de saúde (1,2), são apenas alguns dos problemas estruturais que impedem que o cidadão idoso se aproxime em tempo oportuno ou se aproxime sequer dos serviços de cuidados de saúde. Para além do referido, existe o sentimento geral de que os profissionais de saúde e o próprio sistema de saúde encaram a pessoa idosa como um fardo e um desperdício de recursos já por si escassos (3,18). Adicionalmente às formas de abuso acima descritas e aos inúmeros casos de abandono de doentes idosos pelos próprios familiares nos hospitais (3,8),

um acontecimento que acarreta sérias consequências físicas e emocionais à pessoa idosa em questão, os atos de abuso em instituições como os hospitais incluem: a negação de informação, tempo e oportunidade de participação ativa na tomada de decisões (4), em particular de fornecer o seu consentimento prévio, livre e informado, na escolha do tratamento (1); restrições físicas dos doentes; privação da sua dignidade, privacidade e poder de escolha nas suas opções diárias; métodos de controlo comportamental inapropriados; infantilização do doente idoso; condições insalubres e escassez de cuidados (8,11,15,17).

Mencionando o próprio sistema de saúde, há que ter em consideração que o abuso poderá ocorrer como consequência da elevada pressão laboral a que profissionais de saúde estão atualmente sujeitos e da subsequente redução da disponibilidade/atenção dirigida à dimensão social da prestação de cuidados (18). Tendo em mente os fatores de risco (discutidos adiante) para a ocorrência de abuso – nomeadamente, o isolamento social, a incapacidade física ou a demência – podemos perceber que os indivíduos com maior risco de maus tratos são também aqueles que visitam maior número de estabelecimentos de prestação de cuidados médicos, o que se traduz na fragmentação de cuidados, na perda de informação e na falta de coordenação entre as várias instituições/níveis de cuidados, o que favorece o subdiagnóstico e a perpetuação de situações de abuso (18).

De entre as instituições, o abuso ocorre com maior frequência naquelas em que os cuidados básicos são escassos, as condições de trabalho são precárias, os profissionais têm pouco treino ou pouca supervisão, estão pouco motivados ou sujeitos a uma elevada carga de trabalho, ou naquelas em que a própria política organizacional opera exclusivamente a favor da instituição, e não segundo os interesses dos idosos residentes (3-5), diferenciando os atos individuais de abuso ou negligência em contexto institucional do abuso institucionalizado, onde as regras vigentes na instituição são abusivas ou negligentes (7,14).

## EXTENSÃO DO PROBLEMA

O abuso do cidadão idoso é um problema mundialmente generalizado (11). Quer nos países desenvolvidos, quer nos países em desenvolvimento, é no contexto familiar e/ou institucional que o abuso ocorre com maior frequência (7), sendo igualmente vulneráveis indivíduos de qualquer *status* económico, etnia ou religião (15).

Os estudos de prevalência do abuso de pessoas idosas são essencialmente restritos a países desenvolvidos (3) e os valores encontrados na literatura para a prevalência e incidência são díspares, um achado que é justificado pelo facto de os resultados dependerem dos métodos de pesquisa, das características demográficas do país onde foi efetuado o estudo, dos critérios usados para definir abuso (8,10,19) e, principalmente, porque o abuso contra o cidadão idoso é, ainda, um *taboo* social (18), muitas vezes subdiagnosticado e subnotificado (11). A subreferenciação do abuso pelas próprias vítimas está inerente ao medo de determinadas consequências, nomeadamente (20):

- Perda do cuidador (mesmo sendo este abusivo);
- Isolamento;
- Ser colocado numa instituição;
- Perda de privacidade e de relações familiares;
- Recriminações pelo alegado abusador;
- Exposição pública e intervenção exterior;
- Ninguém acreditar no abuso;
- Serem responsáveis pelo comportamento abusivo.

Apesar da discrepância de resultados encontrada na literatura, a ONU estima que a prevalência global de todas as formas de abuso nos países desenvolvidos se situa entre os 4 e os 6% (3,8).

Na Europa, as estimativas indicam que cerca de 4 milhões de pessoas idosas sofrem de abuso a cada ano e que, em 2050, um terço da população terá uma idade igual ou superior a 60 anos (11), aumentando, assim, o número de cidadãos idosos que estarão suscetíveis a situações de abuso. As mesmas preocupações podem ser transportadas para o contexto nacional, uma vez que, atualmente, cerca de 18% da população portuguesa tem idade superior a 65 anos (16).

O estudo que atualmente providencia a melhor estimativa da prevalência dos vários subtipos de abuso na Europa é o estudo ABUEL (*Abuse and Health Among Elderly in Europe*), que utilizou uma amostra de 4467 cidadãos idosos (com idades compreendidas entre os 60 e os 84 anos), selecionados aleatoriamente da população geral a habitar nos centros urbanos de sete países europeus, sem demência ou outro tipo de compromisso cognitivo e a viver na comunidade ou em casas sociais de acolhimento (11). O referido estudo permite estimar que, se considerarmos qualquer período de um ano, os tipos de abuso mais prevalentes serão o abuso psicológico/emocional e o abuso financeiro, afetando, respetivamente, a 19,4% e a 3,8% da população europeia com idade igual ou superior a 60 anos. A proporção da população idosa sujeita a abuso físico será de 2,7% e o abuso sexual será o tipo de abuso menos prevalente (0,7%) (11).

Os resultados nacionais do Estudo da Prevalência da Violência e Abuso Contra a Mulher Idosa (*Prevalence Study of Violence and Abuse Against Older Women – AVOW Project*) – que sugeriram que, no total, 39,4% das mulheres com idade igual ou superior a 60 anos experienciaram alguma forma de maus tratos nos 12 meses pregressos (21) – não podem

ser extrapolados para a totalidade da população portuguesa, já que a amostra populacional à qual foi dirigido o estudo representava apenas 0,13% da população-alvo teórica (população feminina com idade igual ou superior a 60 anos) e apenas 40,9% dos inquéritos foram válidos (22). No entanto, foi possível concluir que as mulheres idosas portuguesas estão, efetivamente, sujeitas a situações de abuso e que o problema é, muito provavelmente, subnotificado (21).

Considerando o cenário socioeconómico europeu atual, com crescentes limitações no apoio social e uma grande parte da população idosa sujeita a rendimentos muito baixos, facilmente se entende que as estimativas demográficas - que apontam para uma proporção de população ativa menor do que a população não-ativa - façam prever um acréscimo do número de idosos dependentes do apoio familiar e social, com subsequente aumento da sua vulnerabilidade a situações de abuso (ver Quadro 2) (11). Simultaneamente, e tendo em conta um contexto mais alargado, os dados da OMS estimam que apenas 30% da população idosa mundial é abrangida por regimes de pensões (3), o que, em adição às desigualdades sociais constatadas na atualidade, resulta em situações que tendem a desfavorecer o cidadão idoso: rendimentos reduzidos, altas taxas de desemprego, serviços de saúde insuficientes, discriminação de género e falta de oportunidades de educação (8).

**Quadro 2.**  
**Desafios inerentes ao envelhecimento da população europeia**

- Aumento da pressão sobre os sistemas de pensões e segurança social;
- Aumento da demanda de serviços médicos e sociais;
- Maior exigência sobre os familiares e prestadores de cuidados;
- Maior necessidade de profissionais de saúde treinados;
- Responder adequadamente à maior necessidade de cuidados a longo prazo, especialmente no apoio aos idosos com demência e múltiplas comorbilidades;
- Preservar os direitos do cidadão idoso, contrariando o *ageism*;
- Reforçar a coesão social e a solidariedade intergeracional.

*Adaptado de WHO (2011) – European Report on Preventing Elder Maltreatment*

Não obstante a disparidade de informação encontrada acerca da incidência e prevalência desta problemática, importa reter que o abuso do cidadão idoso é suficientemente comum para ser encontrado rotineiramente pelos profissionais de saúde, o que torna imprescindível a sua sensibilização e formação para responder de forma adequada a situações de abuso (10).

Em qualquer sociedade, existem subgrupos populacionais de idosos particularmente vulneráveis ao abuso, nomeadamente: os *muito idosos* - com idade superior a 75 anos -, aqueles que têm capacidade funcional limitada, os portadores de deficiência, idosos do sexo feminino e aqueles cujas condições económicas são desfavoráveis (7,11). Deste modo, é claro o interesse de uma abordagem mais extensiva dos fatores de risco para a ocorrência de abuso, tal como descrito na secção seguinte do presente trabalho.

## FACTORES DE RISCO

O reconhecimento do abuso do cidadão idoso como um problema de saúde pública torna essencial a compreensão dos fatores de risco envolvidos na ocorrência do abuso (ver Tabela 1) e dos possíveis níveis de intervenção (8,11).

O modelo que parece melhor acomodar a complexidade da problemática do abuso da pessoa idosa, é o modelo ecológico (8), já anteriormente aplicado a outros tipos de violência e que tem em conta as interações complexas e interdependentes que ocorrem entre determinados sistemas, por sua vez colocados numa hierarquia de quatro níveis (10,14):

- Individual (microsistema) – características da vítima e do abusador;
- Relacional (mesossistema) – relação entre a vítima e o abusador;
- Comunitário (exossistema) – grau de inclusão e apoio social;
- Social (macrossistema) – fatores culturais e governamentais.

### → NIVEL INDIVIDUAL

A) A vítima é classicamente descrita como sendo sobretudo do sexo feminino (7), um facto nada surpreendente, se tivermos em conta que as mulheres constituem a maioria da população idosa em virtualmente todas as nações (3) e, historicamente, foram mais sujeitas a situações opressivas e de desvantagem económica (8). Paralelamente, o grau de dependência da vítima constitui um potencial fator de risco para a ocorrência de abuso, como no caso de idosos com demência ou algum outro tipo de compromisso intelectual ou físico. A probabilidade de sofrer abuso parece aumentar com a idade e com o facto de a vítima ter um comportamento agressivo ou não se mostrar disposta a desempenhar um papel submisso (8,10). De entre os fatores de risco de nível individual e referentes à vítima, a demência é

aquele que é corroborado por maior grau de evidência (11), principalmente no que diz respeito ao risco de abuso físico (10).

B) O abusador responsável por abuso físico e sexual é, geralmente, do sexo masculino embora as mulheres sejam mais frequentemente envolvidas em casos de negligência (11). A falta de conhecimentos acerca dos efeitos físicos e mentais que o envelhecimento e/ou a doença podem ter na pessoa idosa, a falta de formação específica do cuidador, a falta de recursos adequados para a prestação de cuidados e os distúrbios de comportamento do idoso podem sujeitar o cuidador a um elevado nível de *stress* (11), que foi descrito como um potencial fator de risco para a ocorrência de abuso. No entanto, as evidências mais recentes tendem a considerar que o principal fator causal é a qualidade global da relação cuidador-vítima (ver tópico “Nível Relacional”), pelo que o nível de *stress* do cuidador pode ser considerado um fator contributivo em situações de abuso mas não consegue, por si só, explicar o fenómeno (8). Problemas psiquiátricos (em especial a depressão), história pregressa de comportamento violento e abuso de substâncias (como o álcool ou substâncias psicoativas) por parte do cuidador são importantes fatores de risco preditivos de abuso (9,11).

### → NÍVEL RELACIONAL

Tal como mencionado anteriormente, é no contexto familiar e/ou institucional que o abuso ocorre com maior frequência (7), o que corrobora as evidências existentes de que é dentro das relações sociais mais próximas (em especial a fraternal e conjugal) que o abuso tende a ser constatado (11). O cuidador que é dependente (financeira, habitacional ou emocionalmente) do idoso tem maior probabilidade de o maltratar (10), tal como os cuidadores que foram sujeitos a ambientes familiares de violência, perpetuando, deste modo,

o ciclo intergeracional de maus-tratos (8). Do mesmo modo, a partilha de habitação entre o cuidador e o idoso, especialmente se isso for sinónimo de falta de privacidade ou perda de regalias dentro do agregado habitacional, aumenta o risco de abuso (8,11). Uma exceção é o abuso financeiro, para o qual o risco diminui quando o idoso vive sozinho (10).

Tabela 1.  
Factores de risco para o abuso do cidadão idoso

Nível	Principais factores de risco
Individual (vítima)	Género: feminino Idade: superior a 74 anos Dependência: incapacidade física/intelectual grave Demência (Alzheimer ou outra) Perturbações psiquiátricas: depressão Agressividade ou comportamento difícil por parte da vítima
Individual (abusador)	Género: masculino no caso de abuso físico; feminino no caso de negligência Perturbações psiquiátricas: depressão Abuso de substâncias: alcoolismo ou toxicod dependência Hostilidade e agressividade Problemas financeiros Stress: <i>burnout</i> do prestador de cuidados
Relacional	Abusador financeira e/ou emocionalmente dependente da vítima Abusador dependente da vítima para alojamento História de violência intergeracional Longa história de dificuldade de relacionamento entre o abusador e a vítima Grau de parentesco: filho(a) ou companheiro(a)
Comunitário	Isolamento social: a vítima vive sozinha com o abusador e ambos têm uma rede de contactos sociais pequena Escassez/ausência de recursos ou sistemas de apoio social
Social	Discriminação com base na idade: <i>ageism</i> Outras formas de discriminação: sexismo e racismo Factores socioeconómicos Cultura que permite a banalização da violência

Adaptado de WHO (2011) – *European Report on Preventing Elder Maltreatment*

## → NÍVEL COMUNITÁRIO

Este nível considera as características dos contextos comunitários – como as casas de apoio social, locais de trabalho, área residencial – que podem estar associadas a situações de abuso. Os principais fatores de risco englobados neste nível são a falta de estruturas de apoio social e o isolamento social do cuidador e/ou do indivíduo idoso, que contribuem para que o abuso permaneça oculto (10). O isolamento social pode constituir a causa ou ser uma consequência do abuso (7), perpetuando o ciclo no qual o cidadão isolado tem maior probabilidade de sofrer abuso e o abuso propicia a exclusão social (11).

## → NÍVEL SOCIAL

Não obstante os fatores de risco respeitantes a este nível carecerem de evidência sólida, importa referenciar algumas normas culturais e sociais que parecem constituir potenciais fatores de risco para o abuso. O *ageism* permite que as gerações mais novas categorizem o cidadão idoso como diferente, em primeiro lugar, e como inferior, em segundo lugar (14). Juntamente com outras formas de discriminação (como o sexismo ou o racismo) ou com a banalização do uso de violência, o *ageism* constitui uma atitude social que rotula o cidadão idoso como objeto de exploração e facilita a ocorrência de abuso ao mesmo tempo que desculpa o abusador de qualquer tipo de sentimento de culpa ou remorso (11). Em determinados contextos, a viuvez e o divórcio são, igualmente, uma fonte de discriminação e violência (4). Fatores socioeconómicos que mantêm as desigualdades sociais - rendimentos reduzidos, altas taxas de desemprego, serviços de saúde insuficientes, discriminação de género e falta de oportunidades de educação (8,11) – parecem desempenhar um papel na criação de um ambiente favorável ao abuso.

Os profissionais de saúde devem estar conscientes de que os maus tratos podem ocorrer, estejam os fatores de risco presentes ou não, e que muitas das famílias que apresentam uma lista extensiva de fatores de risco (p.ex.: dependência do cuidador para com o idoso, idoso com demência) estão livres de situações de abuso (10).

Embora ainda tenham sido efetuados poucos estudos nesse âmbito, é já possível identificar alguns fatores que podem ajudar o indivíduo idoso a combater/lidar com os efeitos adversos que poderão decorrer de uma situação de abuso (11), nomeadamente: relacionamentos e valores morais positivos, integração na vida comunitária e social, crenças religiosas, bom estado de saúde, experiências de vida positivas, equilíbrio emocional, personalidade positiva, estratégias específicas de *coping*.

## O PAPEL DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Os médicos, em particular os envolvidos na prestação de cuidados de saúde primários, encontram-se numa posição privilegiada para o rastreio, deteção, tratamento e referenciação de vítimas de abuso e negligência, podendo o médico ser o único elemento exterior à família/prestador de cuidados que tem contacto com o idoso regularmente (15).

Embora se considere que os profissionais de saúde estão numa posição privilegiada para detetar casos de abuso, a realidade é que os médicos raramente diagnosticam ou reportam situações de abuso (6,8). De facto, os médicos envolvidos nos cuidados de saúde primários são responsáveis por apenas 2% dos casos notificados de abuso quando comparados com as notificações por parte dos familiares (20%), dos hospitais (17,3%) ou prestadores de cuidados médicos ao domicílio (9,6%) (6). Os fatores que parecem justificar o subdiagnóstico e a subnotificação dos casos de abuso são (15)(27):

- Escassez/ausência de treino no reconhecimento de maus-tratos;
- Atitude desfavorável face a idosos;
- Pouca informação na literatura médica acerca de abuso de idosos;
- Desconfiança dos relatos por associação a senilidade, demência, mentira ou exagero;
- Isolamento das vítimas (idoso que não é observado regularmente por médico/outro profissional de saúde);
- Apresentação clínica subtil (por exemplo, má higiene ou desidratação);
- Relutância/medo no confronto com o agressor;
- Receio em notificar o abuso que ainda só constitui uma suspeita;
- Pedido por parte da vítima para não denunciar a situação de abuso;

- Falta de conhecimento acerca do correto procedimento para relatar a situação de abuso;
- Receio de colocar em risco a relação com hospital/entidade prestadora de assistência a idosos.

Para além do exposto, a maioria dos hospitais carece de protocolos que tenham em vista a deteção e conduta de casos de abuso de doentes idosos (8) e vários estudos denunciam a existência de uma clara falta de conhecimento acerca da problemática do abuso em doentes idosos por parte da classe médica (17,19,23).

A falta de mecanismos de resposta e a escassez de conhecimentos deixa muitos profissionais de saúde apreensivos em aprofundar situações suspeitas e contribui para que sejam raras as vezes em que se procura clarificar o estado de saúde mental ou detetar sinais comportamentais que poderão denunciar situações de abuso (6,8,10).

#### A) RASTREIO

Ainda não existe consenso sobre a aplicabilidade de um método de rastreio sistemático para situações de abuso, o que se prende essencialmente com as limitações impostas pela conceção teórica daquilo que deverá ser um teste de rastreio (10): um teste que permita a identificação (consentida ou voluntária) de indivíduos em risco de uma determinada patologia, que é prevalente na comunidade, para a qual existe um método que possibilita o diagnóstico definitivo (ou a sua exclusão) e na qual a intervenção subsequente traga benefícios sobre a evolução clínica. Ao contrário daquilo que ocorre com outras entidades clínicas, alguns dos doentes não querem ser rotulados como potenciais vítimas de abuso, os “verdadeiros positivos” não estão claramente definidos e não existem evidências de que o

despiste da violência cuidador-idoso conduza à diminuição de incapacidade ou morte prematura (6,10,15).

No entanto, os médicos podem ser confrontados com situações que poderão levantar suspeitas de abuso e, nesse caso, poderá ser útil a utilização do Índice de Suspeição de Abuso no Idoso - *Elder Abuse Suspicion Index (EASI)* (ver Tabela 2). O EASI é um questionário constituído por 6 perguntas (5 direcionadas ao doente e uma direcionada ao médico) e o seu objetivo não é conseguir um diagnóstico definitivo, mas antes justificar a investigação médica mais aprofundada dos casos considerados suspeitos (23). Embora só possa ser aplicado a doentes com capacidade cognitiva mantida, foi descrito por Médicos de Família como uma ferramenta fácil e rápida de usar e que serve o propósito de ajudar na formação médica para o reconhecimento, diagnóstico e devido aconselhamento junto das entidades responsáveis pela segurança social e proteção do cidadão idoso (17,23).

**Tabela 2. Índice de Suspeição de Abuso no Idoso**

*As questões 1 a 5 são perguntadas ao doente e a questão 6 é respondida pelo médico; 1 ou mais respostas positivas nas questões de 2 a 6 podem sugerir abuso.*

Questões: Nos últimos 12 meses ...	Resposta (rodar)	
	SIM	NÃO
1. Dependeu de alguém para as seguintes atividades: tomar banho, vestir-se, fazer compras, tratar de assuntos bancários, fazer as refeições?	SIM	NÃO
2. Alguém o impediu de ter acesso a comida, roupas, medicação, óculos, aparelhos auditivos, de ir ao médico ou de poder estar com pessoas que você queria estar?	SIM	NÃO
3. Ficou incomodado(a) por alguém falar consigo de uma forma que o(a) fez sentir-se envergonhado(a) ou ameaçado(a)?	SIM	NÃO
4. Alguém o(a) forçou a assinar papeis ou usou o seu dinheiro contra a sua vontade?	SIM	NÃO
5. Alguém o(a) fez sentir-se com medo, o(a) tocou de uma forma que não queria ou o(a) magoou fisicamente?	SIM	NÃO
6. O abuso do doente idoso pode estar associado a ocorrências tais como escasso contacto visual, comportamento de evitamento, malnutrição, higiene deficitária, cortes, hematomas, roupas inadequadas para o clima, problemas de adesão à terapêutica. Notou algum destes sinais nos últimos 12 meses?	SIM	NÃO

*Adaptado de Yaffe M., Tazkarji B. Understanding Elder Abuse in Family Practice. Canadian Family Physician. 2012; 58(12):1336–40.*

Na ausência de um método de diagnóstico definitivo, torna-se imprescindível que os médicos e os restantes prestadores de cuidados médicos estejam preparados para reconhecerem os **fatores de risco** (ver Tabela 1), os **sinais de alerta** e os **sinais indicadores** de potenciais situações de abuso, ferramentas cruciais na sua deteção (8,10,15,17,24).

Posto isto, uma investigação mais aprofundada deverá ser levada a cabo nos casos em que o doente apresente qualquer um dos seguintes **sinais de alerta** (8,15,24):

- Atraso entre a lesão/doença e a procura de observação médica;
- Explicação inverosímil/vaga/bizarra para a lesão;
- Disparidade entre a explicação dada pelo doente e pelo prestador de cuidados/abusador suspeito;
- Aumento da frequência das idas ao serviço de urgência por agudizações/agravamento da doença crónica, apesar de um adequado plano terapêutico e recursos para lidar com a doença no domicílio;
- Paciente idoso funcionalmente incapacitado que chega ao hospital sem o(s) seu(s) principal(ais) prestador(es) de cuidados.
- Dados laboratoriais inconsistentes com a explicação relatada.

## B) MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

Na tentativa de apuramento da veracidade da sua suspeita clínica, o médico deverá estar atento a determinados **indicadores de abuso** relativos quer ao doente idoso, quer ao abusador suspeito.

Os indicadores relacionados com a pessoa idosa podem ser divididos por tipos de abuso:

- a) **Abuso físico**: quedas e/ou lesões (contusões, equimoses, lacerações, entorses, luxações, fraturas) inexplicáveis, queimaduras ou equimoses em locais atípicos ou que apresentam a forma do objeto que as produziu (p.ex.: marcas de dedos ou dos nós dos dedos), múltiplas visitas ao serviço de urgência, lesões em vários estádios de cura, pedidos de renovação da prescrição medicamentosa excessivos e sinais ou comportamentos sugestivos de sobre ou sub dosagem da medicação (8,10,15,17);
- b) **Abuso psicológico**: alteração do padrão de alimentação ou dos hábitos de sono, medo, confusão, sentimentos de desamparo e desespero, apatia, anedonia, depressão ou agressividade, isolamento da família e/ou amigos, evitamento de contacto visual, físico ou verbal com o prestador de cuidados, informações contraditórias que não resultam de confusão mental/demência, relutância em falar abertamente (8,17);
- c) **Abuso sexual**: mudanças comportamentais inexplicáveis (como agressividade ou automutilação), roupa interior manchada ou com sangue, hematomas ou outro tipo de lesões na região anogenital, infeções genitais recorrentes ou presença de uma doença sexualmente transmissível (8,10);
- d) **Abuso financeiro**: transações atípicas de bens financeiros ou materiais, mudanças recentes no testamento, pertences em falta, nível de cuidados não compatível com o nível de rendimentos da pessoa idosa (8);
- e) **Negligência**: dentição e higiene oral precárias, evidências de higiene deficitária, desnutrição, desidratação, úlceras de pressão, roupa inadequada para as condições climatéricas, falta de óculos ou de aparelho auditivo, abandono do idoso no hospital (3,8,17).

Relativamente ao prestador de cuidados suspeito de abuso, é importante que o médico consiga aperceber-se das situações em que o indivíduo em questão se encontre sob demasiado *stress* ou que aparente estar excessivamente cansado, transparecendo quer preocupação desmedida quer total despreocupação com o idoso (8). Especial atenção deve ser dada à relação entre a vítima e o abusador, procurando ter uma visão abrangente das atitudes e comportamentos de ambos. O comportamento do prestador de cuidados durante a entrevista ao idoso (tentativa de responder pelo idoso, relutância em ceder privacidade ao idoso para ser entrevistado/examinado, tratamento infantilizado da pessoa idosa ou a sua culpabilização por atos como incontinência) ou quando é diretamente questionado (postura defensiva, comportamento hostil ou evasivo) devem, igualmente, colocar o médico sob alerta (7,10,17). Os antecedentes pessoais do abusador suspeito têm também uma notável importância, devendo ser despistados precedentes abusivos (de drogas, álcool ou casos anteriores de abuso de terceiros) (8).

Ao proceder à avaliação de um provável caso de abuso, importa, antes de mais, definir se o doente corre perigo imediato e, caso isso se verifique, deve ser criado um plano de segurança, que poderá incluir internamento hospitalar, referência para um abrigo temporário e sinalização do caso às autoridades competentes (6).

O passo seguinte consiste em definir o estado cognitivo do doente, que constitui um componente essencial para perceber qual o grau de veracidade dos seus relatos e, sobretudo, para confirmar se o indivíduo idoso tem capacidade para tomar decisões, uma determinação crucial para as subseqüentes intervenções (10). A avaliação da cognição é preconizada através do *Mini-Mental State Examination* (15).

O médico deve começar por entrevistar o doente na ausência do abusador suspeito e, de preferência, na presença de um terceiro elemento (10). Não obstante o clínico poder iniciar a

temática com perguntas abertas sobre a segurança e o ambiente em casa, devem ser abordados diretamente possíveis episódios de violência física, abuso psicológico, sexual, financeiro ou situações de negligência e a sua frequência, e fatores desencadeantes devem ser apurados (8,10).

Por sua vez, a interação com o abusador suspeito deve ser feita com grande cuidado e ao médico cabe a responsabilidade de mostrar empatia e permanecer livre de tecer juízos de valor. No caso de o abusador ser, simultaneamente, o prestador de cuidados, há que ter em consideração as exigidas adaptações na sua vida, que poderão estar a causar-lhe grande sofrimento (15). O risco se perder irreversivelmente o contacto com o idoso e de este perder aquele que poderá ser o seu único cuidador, faz da entrevista clínica uma ferramenta fundamental e a criação de uma forte relação de confiança entre o médico e o doente, um dos fatores cruciais para a confirmação do abuso (10).

Preferencialmente, o médico deverá concretizar uma perspetiva geriátrica global, abrangendo fatores médicos, funcionais, cognitivos e sociais e documentando todos os possíveis contactos formais ou informais do idoso (8). No entanto, e tal como já mencionado anteriormente, a pressão a que os profissionais de saúde estão atualmente sujeitos limita a sua disponibilidade mental e de tempo para os casos que exigem maior dedicação (18).

### C) TRATAMENTO E REFERENCIAÇÃO

As consequências do abuso neste grupo etário podem ser especialmente graves (8,11), já que o impacto que o abuso tem na saúde da pessoa idosa é potencializado pelo próprio processo de envelhecimento e pelas comorbilidades a ele associadas (1). Para além dos efeitos físicos imediatos (hematomas, fraturas, desnutrição, desidratação, etc.), a violência tem como consequência o sofrimento emocional grave e encontra-se associada a um aumento do risco de

depressão e pensamentos suicidas, ao declínio das capacidades cognitivas e psicológicas, a sentimentos de culpa, vergonha, autoestima reduzida, sensação de impotência, apatia, medo, ansiedade, negação, *stress* pós-traumático, bem como a um aumento do tempo de internamento, da incidência de morbilidades e mortalidade prematura (1,8,11,15,17).

Tendo em consideração os efeitos adversos que o abuso tem na qualidade de vida do doente idoso, facilmente se compreende a necessidade de serem desenvolvidas estratégias eficazes de tratamento e de intervenção (6,10).

Embora os episódios de abuso tendam a ser repetitivos e a não cessarem até ao momento em que ocorra uma alteração significativa do meio circundante (15), a maioria das vítimas (e respetivos familiares) recusam ajuda. Muitas vezes estão subjacentes sentimentos de culpa e de vergonha, não estando a vítima disposta a tomar medidas legais, especialmente quando o agressor é um familiar (15).

Deste modo, torna-se necessário definir, em primeiro lugar, se o doente aceita as intervenções propostas e, caso o doente as rejeite, se tem ou não capacidade cognitiva para o fazer (6,10).

A vítima cognitivamente competente e que aceita ajuda deve ser orientada para uma equipa multidisciplinar que consiga delinear um plano de atuação e seguimento. Na maioria das situações, a intervenção efetiva requer, para além dos serviços médicos prestados de acordo com o contexto abusivo, autoridades sociais locais, polícia, entidades não-governamentais de proteção da vítima ou mesmo o sistema de justiça (10,15,17). A intervenção passa por: 1 - educar o doente, alertando-o para a incidência do abuso e para a sua tendência a aumentar em frequência e severidade ao longo do tempo; 2 - criar um plano de segurança (casas de abrigo temporário ou internamento); 3 - providenciar intervenções

contexto-específicas e 4 - referenciar o doente e/ou familiares para os serviços apropriados (segurança social, assistência legal) (6).

Segundo Lachs and Pillemer, ao se deparar com a etiologia multifatorial do abuso, o médico poderá oferecer múltiplas intervenções direcionadas ao contexto específico da situação abusiva em questão (ver Tabela 3). A título de exemplo, um caso em que o doente demenciado agride fisicamente o seu cuidador não deverá ter o mesmo tratamento do que aquele em que o doente que agride o cuidador é esquizofrénico (10).

Tabela 3.  
Intervenções específicas dependentes do contexto do abuso

Contexto	Intervenções possíveis
Abuso potencialmente relacionado com o <i>stress</i> derivado da prestação de cuidados de um familiar incapacitado	Contratação de alguém que possa ajudar na prestação de cuidados domiciliários, que possibilite ao cuidador principal ter algum descanso; centro de dia para idosos; programas formativos do cuidador; psicoterapia para o cuidador/tratamento da depressão; integração social para reduzir o isolamento do cuidador
Violência relacionada com o consumo abusivo de álcool ou drogas	Referenciação para programas de reabilitação
Violência relacionada com distúrbios do comportamento	Referenciação para tratamento específico
Violência conjugal de longa duração	Aconselhamento conjugal; grupos de apoio; casas de acolhimento; mandatos de proteção; proteção legal da vítima
Abuso por um doente com demência	Avaliação médica geriátrica de possíveis causas para o comportamento
Abuso financeiro por um familiar	Processo tutelar, procuração (transferência de autoridade legal)
Abuso financeiro por um cuidador remunerado	Referenciação para as autoridades policiais ou judiciais

*Adaptado de Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. Lancet. 2004;364(9441):1263–72.*

Se a vítima é cognitivamente competente mas recusa ajuda, a intervenção possível consiste em 1 - alertar o doente para a incidência do abuso e para a sua tendência a aumentar em frequência e severidade ao longo do tempo; 2 - providenciar informação escrita sobre os possíveis contactos e locais para onde se deve dirigir em situações de emergência; 3 - criar um

plano de segurança compatível com a decisão do doente e 4 – desenvolver um plano de seguimento do doente (6).

Se a vítima não se encontra cognitivamente competente, o caso deverá ser encaminhado para as autoridades competentes (6,10,15).

Embora uma equipa multidisciplinar seja sempre obrigatória para a gestão eficaz destes casos, o nível de intervenção dependerá, em última instância, dos serviços governamentais e não-governamentais de proteção do cidadão idoso disponíveis em cada país.

## CONCLUSÃO

O abuso do cidadão idoso tem ganho reconhecimento internacional como um problema crescente de saúde pública. Considerando que a população idosa é também aquela mais afetada por doenças crónicas e múltiplas comorbilidades, podemos entender que os profissionais de saúde são detentores de uma posição singular para o rastreio, diagnóstico, tratamento e referenciação de situações abusivas. No entanto, em contradição com o acréscimo do número de vítimas de abuso que as estimativas demográficas deixam antever, os dados sobre a incidência e prevalência da problemática são díspares e revelam o seu subdiagnóstico e subnotificação.

A perda de oportunidades para a deteção de casos de abuso está intimamente ligada não só com a redução da disponibilidade/atenção dirigida à dimensão social da prestação de cuidados, mas também com o desconhecimento por parte da classe médica dos fatores de risco, sinais de alerta, sinais e/ou sintomas indicadores de abuso e das possíveis intervenções e mecanismos de notificação/referenciação adequados.

Adicionalmente, alguns desafios de conceptualização podem ser ressaltados como possíveis obstáculos numa correta abordagem ao problema, nomeadamente:

1. Considerando a definição de abuso do cidadão idoso - “qualquer ato isolado ou repetido, ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança e que cause dano ou incómodo a uma pessoa idosa” -, as situações causadas por um estranho, face ao qual não exista uma expectativa de confiança, não deverão também ser consideradas abusivas?

2. Analisando as definições dos diferentes tipos de abuso do cidadão idoso, até que ponto poderão os idosos vítimas de abuso ser diferenciados das vítimas de criminalidade?

3. Tendo em conta que a idade a partir da qual se considera uma pessoa idosa varia entre sociedades (alguns países consideram os 60 anos, enquanto outros consideram os 65 anos) e que nem todas as pessoas com a referida idade se encontram no mesmo patamar de saúde, não seria pertinente considerar outras características, como o estado funcional, para determinar a população em risco?

Não obstante as limitações mencionadas, a formação específica dos médicos, em especial os de família, e dos restantes profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados ao cidadão idoso constitui uma etapa crucial para a aquisição de aptidões adequadas à deteção e gestão eficazes de casos de abuso.

É evidente que qualquer resposta à problemática da violência e abuso do cidadão idoso requer intervenções contexto-específicas, tendo por base uma perspetiva multidimensional e multidisciplinar, uma vez que o envelhecimento compreende outras formas de abuso e discriminação com base no género, etnia, religião, estatuto económico, orientação sexual, estado civil, literacia, entre outros.

O crescente número de doenças crónicas e degenerativas e os elevados custos que elas acarretam justificam uma abordagem preventiva não apenas dirigida à população idosa, já que o estado de saúde na vida adulta está dependente da adoção de estilos de vida saudáveis ao longo de toda a vida. Adicionalmente, a monitorização e check-ups regulares dirigidos às necessidades específicas da população idosa e as medidas de reabilitação física e psicológica têm uma posição importante, já que a manutenção da autonomia e das capacidades funcionais

do cidadão idoso estão intimamente relacionadas com o decréscimo da despesa dos serviços médicos de sociais, com a promoção da integração social, e constituem medidas potencialmente protetoras contra situações de abuso.

Tendo em conta que muita da assistência prestada no domicílio é concretizada pelo conjugue, familiares ou prestadores de cuidados informais, que não beneficiam de qualquer formação específica ou apoio financeiro e/ou emocional externo, torna-se imprescindível que uma especial atenção seja dada aos cuidados de saúde dirigidos às doenças crónicas e terminais, procurando garantir a prevenção ou redução do sofrimento, a prestação de apoio emocional e a obtenção da melhor qualidade de vida possível quer para o idoso quer para a sua família, procurando evitar situações de *burnout* do(s) cuidadore(s) responsável(eis) e possibilitando ao doente idoso um final de vida com dignidade.

Tendo em mente a definição de saúde como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças* (26), torna-se de extrema importância combater atitudes sociais de *ageism*, fortalecendo a coesão social e a solidariedade intergeracional e procurando infundir na cultura atitudes de desencorajamento dos maus-tratos (que tenderão a aumentar com o aumento da população idosa) e de proteção aos mais idosos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OHCHCR. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. 2012.
2. UN Second World Assembly. Follow-up to the Second World Assembly on Ageing - Report of the Secretary-General. 2011.
3. World Health Organization; INPEA. *M i s s i n g v o i c e s: Views of Older Persons on Elder Abuse*. Geneva WHO. 2002.
4. UN Working Group on the Rights of Older People - OHCHCR. Normative Standards in International Human Rights Law in Relation to Older Persons. 2012.
5. OHCHCR. The economic, social and cultural rights of older persons - General comment 6. 1995.
6. WHO. *A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide*. 2008.
7. World Health Organization. *T H E T O R O N T O D E C L A R A T I O N* on the Global Prevention of Elder Abuse. Geneva WHO. 2002.
8. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R E. *World Report on Violence and Health*. World Rep. Violence Heal. Geneva: WHO Press; 2002. p. 125–45.
9. Burston GR. *Granny Battering*. Br. Med. J. 1975;3(September):592.
10. Lachs MS, Pillemer K. *Elder abuse*. Lancet [Internet]. 2004;364(9441):1263–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15464188>
11. World Health Organization - Regional Office for Europe. *European report on preventing elder maltreatment*. 2011.

12. Lindenberg J, Westendorp RGJ, Kurrle S, Biggs S. Elder abuse an international perspective: exploring the context of elder abuse. *Int. Psychogeriatr.* [Internet]. 2013 Aug [cited 2013 Dec 14];25(8):1213–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23763912>
13. Dow B, Joosten M. Understanding elder abuse: a social rights perspective. *Int. Psychogeriatr.* [Internet]. 2012 Jun [cited 2013 Dec 14];24(6):853–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22237027>
14. Biggs S, Haapala I. Elder mistreatment, ageism, and human rights. *Int. Psychogeriatr.* [Internet]. 2013 Aug [cited 2013 Dec 14];25(8):1299–306. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23394100>
15. Gonçalves C. Idosos: abuso e violência. *Rev. Port. Clínica Geral.* 2006;(22):739–45.
16. Portugal. Portugal's submission to the Secretary-General report. 2011.
17. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can. Fam. Physician* [Internet]. 2012 Dec;58(12):1336–40, e695–8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3520657&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
18. Mysyuk Y, Westendorp RGJ, Lindenberg J. Framing abuse: explaining the incidence, perpetuation, and intervention in elder abuse. *Int. Psychogeriatr.* [Internet]. 2013 Aug [cited 2013 Dec 14];25(8):1267–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23290192>
19. Almqvist A, Weiss A, Marcus E-L, Belongia E. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Arch. Gerontol. Geriatr.* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2010 [cited 2013 Dec 14];51(1):86–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19775762>

20. Ferreira Alves J. Avaliação do Abuso e Negligência de Pessoas Idosas: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. R. Abrunhosa e C. Machado (Eds). *Psicol. Forense. Coimbra Quarteto*. 2005;1–43.
21. Ferreira Alves, J. ; Santos AJ. Prevalence Study of Violence and Abuse Against Older Women. Results of the Portugal Survey (AVOW Project). 2011.
22. Luoma, M.-L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., De Donder, L., Verté, D., Reingarde J, Tamutiene, I., Ferreira-Alves, J., Santos, A. J. & Penhale B. Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania and Portugal (European Report of the AVOW Project). 2011.
23. Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J. Elder Abuse Negl.* [Internet]. 2008 Jan [cited 2014 Jan 10];20(3):276–300. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18928055>
24. Levine JM. Elder abuse and neglect a primer for primary care physicians. *Geriatrics*. 2003;58(10):37–44.
25. International Network for the Prevention of Elder Abuse – World Elder Abuse Awareness Day. Available from: <http://www.inpea.net/>
26. World Health Organization – Definition of Health. Available from <http://www.who.int/en/>
27. Ahmad M, Lachs MS. Elder abuse and neglect: what physicians can and should do. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2002; 69(10): 801-808.