



SAVE

DESPISTE DE VÍTIMAS DE ABUSO
ENTRE ADULTOS IDOSOS

**O QUE SABEMOS SOBRE O SCREENING DE
MAUS-TRATOS A ADULTOS IDOSOS:
RESULTADOS DA REVISÃO
DE LITERATURA DO PROJETO SAVE**

2020-1-PL01-KA202-081643



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

WWW.PROJECTSAVE.EU

O que sabemos sobre o screening de maus-tratos a adultos idosos:

resultados da revisão de literatura do Projeto SAVE

Novembro de 2021

Autores:

Fundinho, J. F., Escola de Psicologia (Epsi), Universidade do Minho, Portugal

Machado, M. M., Escola Superior de Enfermagem (ESE), Universidade do Minho, Portugal

Petronilho, F. A., Escola Superior de Enfermagem (ESE), Universidade do Minho, Portugal

Ferreira-Alves, J., Escola de Psicologia (Epsi), Universidade do Minho, Portugal

Contribuições da parceria SAVE:

Boccaletti L., Milianta S., ANS soc. coop. soc., Italy

Melon M.C., Grassi S., Patuzzo M., CADIAI soc. coop. soc., Italy

Papastavrou E., Cyprus University of Technology | Nikolaidou E., Charitou P., Cyprus State Health Services Organisation, Community Nursing, Cyprus

Perttu S., Empowering Old Age Coop - Osk VoiVa, Finland

Kacprzykowska A., Rogalska E., Daab M., PCG Polska, Poland

Declaração de interesses:

Este projeto foi financiado com o apoio da Comissão Europeia/Programa Erasmus+. Esta publicação reflete a visão dos autores e a Comissão não pode ser responsabilizada por qualquer uso que possa ser feito das informações nela contidas.

Citação sugerida:

Fundinho, F., Machado, M., Petronilho, F. and Ferreira-Alves, J. (2021) What we know about screening older adults for mistreatment: results from the SAVE Project literature review. Available at: <https://www.projectsave.eu/>



Agradecimentos

Este documento foi desenvolvido pela parceria do projeto " SAVE – Screening for Abuse Victims among Elderly No. 2020-1-PL01-KA202-081643”

- PCG Polska Sp. z o.o. - Poland (coordenador)
- VoiVa - Finland
- Anziani e non solo - Italy
- Cooperativa assistenza disabili infermi anziani infanzia – Italy
- Universidade do Minho – Portugal
- Cyprus University of Technology – Cyprus

O desenvolvimento deste documento foi coordenado pela Universidade do Minho – Portugal

Índice

Citação sugerida:	2
Resumo	5
Enquadramento	5
Metodologia	5
Resultados	5
Conclusão	7
O fenómeno dos maus-tratos a pessoas idosas	8
Objetivos da revisão de literatura	16
Questão 1: Que argumentos a favor ou contra o <i>screening</i> são apontados na literatura?	22
Questão 2. Que profissionais conduzem <i>screening</i> , em que contextos e como é que o <i>screening</i> é percecionado pelos profissionais e pelas pessoas idosas?	30
Questão 3: Que instrumentos de <i>screening</i> são utilizados, em que países, e quais são as suas características psicométricas?	33
Caracterização do uso de instrumentos e procedimentos de <i>screening</i> nos países parceiros do projeto	50

Resumo

Enquadramento

Os maus-tratos a pessoas idosas são um fenómeno de extensão mundial. O uso de instrumentos de *screening*¹ para identificar casos suspeitos de maus-tratos pode ser uma estratégia útil para auxiliar profissionais no reconhecimento de sinais e indicadores de maus-tratos e servir de base para solicitar avaliações mais detalhadas. Esta revisão de literatura tem como objetivo geral conhecer o fenómeno dos maus tratos a pessoas idosas, focando-se na resposta a três questões específicas: 1) que argumentos podem ser usados a favor ou contra o processo de *screening*?; 2) que profissionais recorrem ao *screening*, em que contextos e quais são as perceções dos profissionais e pessoas idosas sobre o *screening*? e; 3) que instrumentos de *screening* são utilizados, em que países e quais são as suas características psicométricas?

Metodologia

Foi conduzida uma revisão sistemática da literatura. Foram consultadas oito bases de dados, utilizando diferentes combinações das palavras-chave: “*elder abuse*”, “*mistreatment*”, “*older adults*”, “*violence*”, “*screening*”, “*assessment*” e “*measurement*”.

Resultados

Foram encontradas 7386 referências, posteriormente analisadas de acordo com critérios pré-estabelecidos, resultando em 19 artigos com informação relevante para a questão 1, 25 para a questão 2 e 87 para a questão 3.

Como argumentos a favor do *screening*, os resultados da revisão de literatura indicam que a identificação de casos de maus-tratos é fundamental para neles intervir. O *screening* promove a segurança e o bem-estar das pessoas idosas e,

¹ O termo inglês “*screening*” pode ter várias traduções em português – rastreio, triagem, despiste – nenhuma delas descreve de forma satisfatória o conceito, pelo que se optou por não traduzir esse termo (*N. do T.*)

quando aplicável, ajuda a documentar qualquer responsabilidade legal de denúncia. O *screening* constitui uma base para avaliação, aumenta a consciência dos profissionais para o problema e guia os seus utilizadores para um processo sistemático de observação e documentação, garantindo que as manifestações de maus-tratos a pessoas idosas não sejam ignoradas. Os resultados apontam como argumentos contra o processo de *screening*: o longo tempo de aplicação dos procedimentos, a elevada taxa de falsos-negativos e falsos-positivos e as possíveis consequências negativas do processo para as pessoas idosas, as suas famílias e os profissionais envolvidos. A falta de conhecimento sobre a frequência de efeitos adversos do processo de *screening* de maus-tratos a pessoas idosas e o seu impacto nos procedimentos clínicos, custos e exigências de tempo também são apontados como pontos contra.

O *screening* é conduzido principalmente por profissionais de áreas da saúde e suporte social. Enfermeiros, médicos e assistentes sociais são referidos na literatura como as principais profissões envolvidas no *screening* de maus-tratos. Escassa evidência está disponível sobre a opinião das pessoas idosas em relação ao processo de *screening*.

Em relação às ferramentas de *screening*, foram encontradas na literatura referências a trinta e sete (37) instrumentos. Destes, oito (8) foram apenas utilizados em investigação. Os restantes vinte e nove (29) instrumentos podem ser organizados em quatro categorias: 1) instrumentos de *screening* baseados em questionamento direto, que consistem em conjuntos de questões de resposta dicotómica (sim/não), de aplicação breve e versáteis, utilizados em múltiplos contextos por diferentes profissionais; 2) instrumentos de *screening* baseados em observação e avaliação detalhada, sendo procedimentos de aplicação demorada e exigindo treino extenso e competências específicas por parte dos profissionais, todavia são instrumentos mais precisos; 3) instrumentos de *screening* que especificam o perpetrador, instrumentos estes que se focam em relacionamentos específicos e muitas vezes requerem a avaliação do alegado agressor; e 4) instrumentos de *screening* que avaliam uma única forma de abuso. Destas quatro categorias, os instrumentos de questionamento direto são os mais flexíveis, adaptáveis e fáceis de utilizar, mas também são os menos eficazes.

Conclusão

A literatura sobre o *screening* de maus-tratos a pessoas idosas aponta vários argumentos tanto a favor como contra este processo. Embora o *screening* seja visto como uma ferramenta importante para identificar suspeitas de maus-tratos a pessoas idosas, a falta de instrumentos eficazes, que possam ser aplicados de forma realista sem interferir com as rotinas de cada contexto, aliados ao desconhecimento sobre a extensão de potenciais consequências negativas do *screening*, são fatores importantes para que se pondere a implementação de programas de *screening*. Assim, aponta-se para a necessidade de mais investigação para preencher estas lacunas e ajudar os profissionais a tomar decisões informadas. Para além dos possíveis efeitos positivos na identificação de maus-tratos, a utilização de instrumentos de *screening* é particularmente útil para treinar profissionais que atuam em contextos sociais e de saúde e lidam com pessoas idosas com mais frequência. Como tal, o treino de boas práticas de *screening* é essencial para tornar este processo viável, aumentar a conscientização sobre os maus-tratos a pessoas idosas e promover uma visão mais abrangente das circunstâncias, dos fatores contextuais e pessoais relacionados com o adulto idoso, podendo ser determinantes para a identificação de maus-tratos.

1. Enquadramento

A violência contra pessoas idosas é uma preocupação crescente das sociedades modernas. O projeto *Screening for Abuse Victims among Elderly* (SAVE) é uma plataforma estratégica de parceria e colaboração formada por equipas de cinco países (Polónia, Finlândia, Itália, Portugal e Chipre) para melhorar a identificação e intervenção sobre os maus-tratos a pessoas idosas por parte dos profissionais de saúde e do contexto social e treiná-los na utilização de procedimentos de *screening*.

Este documento representa um dos resultados do projeto SAVE. Com recurso à metodologia da revisão sistemática da literatura e com o objetivo geral de explorar o fenómeno de maus-tratos a pessoas idosas, adotar-se-á a seguinte estrutura: primeiro, será feito um enquadramento conceptual dos maus-tratos a pessoas idosas e serão apresentados os objetivos específicos desta revisão de literatura; em segundo lugar, será apresentada a metodologia adotada para realizar esta revisão; em terceiro lugar, serão apresentados os resultados da revisão e, em quarto lugar, serão discutidos os resultados e o que estes nos dizem sobre o *screening* de maus-tratos a pessoas idosas.

O fenómeno dos maus-tratos a pessoas idosas

O conhecimento fenomenológico básico sobre maus-tratos a pessoas idosas implica responder a quatro perguntas:

1. O que são os maus-tratos a pessoas idosas? (ou como são definidos);
2. Quantas pessoas idosas experimentam maus-tratos? (ou qual é a sua prevalência);
3. Por que acontecem? (ou que teorias os explicam?), e;
4. Como são os maus-tratos detetados?

Nas secções seguintes, serão abordados de forma breve os conceitos básicos subjacentes às questões um (1), dois (2) e três (3) e será dada especial relevância à questão quatro (4) sobre a deteção dos maus-tratos, a questão central do projeto SAVE.

A definição de maus-tratos a pessoas idosas

Têm sido feitas muitas tentativas para definir maus-tratos contra pessoas mais velhas. O conceito tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, mostrando

uma evolução natural do conhecimento nesta área. Na literatura científica o conceito foi, inicialmente, identificado numa revista científica numa troca de cartas entre médicos, apercebendo-se que algumas das suas pacientes mais velhas e do sexo feminino, apresentavam sinais de violência física, principalmente devido a cuidados inadequados (Baker, 1975; Burston, 1975). Como resultado dessa discussão, apareceu o termo “*granny battering*”, utilizado principalmente para descrever violência física dirigida contra mulheres idosas que recebem cuidados dos seus filhos adultos. Esta primeira definição de violência contra as pessoas idosas foi, em grande medida, influenciada pela literatura sobre os maus-tratos infantis. O termo “*granny battering*” foi adotado por ser semelhante a “*baby battering*”, termo usado naquela época para designar abuso infantil.

A conceptualização da violência contra as pessoas idosas evoluiu consideravelmente ao longo dos últimos vinte e sete anos. Foram adicionadas várias facetas ao conceito, tornando-o mais inclusivo. Esta expansão conceptual inclui o alargamento de possíveis vítimas, perpetradores, e contextos onde os maus-tratos ocorrem. Estas alterações foram propostas ao longo do tempo (Mysyuk, Westendorp e Lindenberg, 2013) e culminou na Declaração de Toronto pela Organização Mundial de Saúde que define maus-tratos a pessoas idosas como “... um ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada, ocorrendo em qualquer relação onde há uma expectativa de confiança que causa dano ou angústia a uma pessoa mais velha.” (World Health Organization, 2002, p.3).

Embora o grupo de trabalho *Action on Elder Abuse* tenha, inicialmente, proposto esta definição (Action on Elder Abuse, 1995), a Declaração de Toronto pode ser considerada um marco na definição de maus-tratos, uma vez que trouxe a questão para uma perspetiva de saúde pública, expandindo, principalmente, a consciência pública sobre os maus-tratos a pessoas idosas. Desde esse documento não foram introduzidas alterações significativas na definição de maus-tratos, tornando-se a definição da OMS a definição de maus-tratos a pessoas idosas mais difundida, tendo sido adotada por vários outros grupos internacionais, como, por exemplo, a *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA).

A definição de maus-tratos a pessoas idosas proposta pela OMS pode ser considerada uma definição geral, englobando múltiplas formas de maus-tratos: físicos, psicológicos, sexuais, financeiros e negligência (World Health

Organization, 2002). Isto sugere que podem ser formuladas definições específicas para cada forma de maus-tratos. Apesar de não haver uma tipologia de maus-tratos universalmente aceita e a terminologia usada variar de autor para autor, há alguma concordância em cinco formas de maus-tratos (Action on Elder Abuse, 1995; World Health Organization and International Network for the Prevention of Elder Abuse, 2002; American Psychological Association, 2012):

- Maus-tratos físicos: infligir dor ou ferimentos, coação física, restrição física ou química;
- Maus-tratos psicológicos ou emocionais: infligir angústia emocional ou mental;
- Maus-tratos sexuais: contacto sexual não consensual de qualquer tipo;
- Maus-tratos financeiros e exploração material: utilização ilegal, imprópria ou não autorizada dos fundos financeiros ou recursos da pessoa idosa;
- Negligência (e abandono): Falha intencional ou não intencional ou recusa no cumprimento de obrigações de cuidado.

Além destas cinco, outras formas de maus-tratos são frequentemente adotadas por investigadores e decisores políticos. O exemplo mais frequente é a autonegligência, podendo ser definida como um comportamento involuntário da pessoa idosa que ameaça a sua própria saúde ou segurança (NCEA, no date). Como o autor da autonegligência é também a vítima, esta forma de maus-tratos é muitas vezes excluída. Outras formas de maus-tratos podem incluir a negação de direitos (De Donder *et al.*, 2011) ou os maus-tratos espirituais (Department of Justice Canada, 2009).

A adoção destas tipologias é muitas vezes contraproducente pois veiculam a ideia de que as formas de abuso são independentes. No entanto, a investigação indica que as pessoas idosas que experienciam maus-tratos frequentemente têm de lidar com mais do que uma forma de maus-tratos. Os maus-tratos psicológicos são um exemplo bem conhecido e estão frequentemente associados à experiência de outras formas de maus-tratos (Anetzberger, 1998). Na verdade, e por definição, qualquer outra forma de maus-tratos também pode ser considerada maus-tratos psicológicos (a violência física também pode ser considerada uma forma de humilhação e, portanto, ser uma forma de maus-tratos psicológicos).

Prevalência de maus-tratos a pessoas idosas

A prevalência de maus-tratos a pessoas idosas é difícil de estimar. Há vários fatores a ter em conta, especialmente se pretendermos comparar as taxas de prevalência entre países e diferentes populações. O uso de diferentes metodologias de recolha de dados (por exemplo, entrevistas presenciais, entrevistas telefónicas, análise de bases de dados judiciais, instrumentos de *screening*) frequentemente resultam em disparidades nas taxas de prevalência. Apesar de não restarem dúvidas de que os maus-tratos existem, a precisão das taxas de prevalência deve ser tratada com alguma prudência.

Uma revisão sistemática de estudos de prevalência em ambientes comunitários conduzida por Yon *et al.* (2017), incluindo estudos de 28 países, permitiu uma avaliação mais precisa da prevalência global dos maus-tratos a pessoas idosas. Os resultados indicaram uma prevalência global de maus-tratos na ordem dos 15.7%. Já para a prevalência de cada tipo de maus-tratos foi estimado 2.6% para os maus-tratos físicos, 0.9% para os sexuais, 11.6% para os psicológicos, 6.8% para os financeiros, e 4.2% para a negligência.

Nos países parceiros do projeto SAVE existem diferentes taxas de prevalência (Tabela 1). De referir que o problema dos maus-tratos a pessoas idosas é um fenómeno transversal na Europa. Os valores apresentados são meramente informativos e a comparação entre países é desencorajada, uma vez que estes valores foram estimados em diferentes estudos, utilizando diferentes metodologias e tamanhos amostrais. Não encontramos estudos que reportem a taxa prevalência de maus-tratos no Chipre.

Tabela 1 - Prevalência de maus-tratos a pessoas idosas nos países parceiros do projeto SAVE

	Polónia (Filipska <i>et al.</i> , 2019)	Finlândia (de Donder <i>et al.</i> , 2011)	Itália (Badenes- Ribera, Fabris and Longobardi, 2021)	Portugal (Gil <i>et al.</i> , 2014)	Chipre
<i>Taxa de prevalência</i>	38.5%	25.1%	20.1%	12.3%	-

Teorias explicativas dos maus-tratos a pessoas idosas

Ser capaz de explicar as causas pelas quais os maus-tratos acontecem e que processos estão subjacentes a relações abusivas, é fundamental para a compreensão do fenômeno. Sem compreender o «porquê», qualquer competência de avaliação terá limites. Apesar das causas ainda serem desconhecidas, existem várias assunções teóricas que ajudam a explicar os maus-tratos. É certo que estas teorias devem ser testadas, no entanto, têm clara utilidade ao apresentarem um fio condutor para a conceptualização dos maus-tratos e para servir de base à elaboração de estratégias de prevenção.

Numa revisão sistemática realizada recentemente sobre teorias de maus-tratos, foram identificadas treze teorias e modelos usados sobre-maus-tratos (Fundinho, Pereira and Ferreira-Alves, 2021). Não é objetivo deste trabalho fornecer explicações teóricas sobre maus-tratos, pelo que descreveremos, as principais sínteses que emergem das três teorias mais referenciadas.

A *Teoria do Stress do Cuidador* é, provavelmente, a mais referida como tentativa de explicação dos maus-tratos a pessoas idosas (Wilber and McNeilly, 2001), bem como uma das mais criticadas (Brandl and Raymond, 2012). De acordo com esta hipótese teórica, os maus-tratos a pessoas idosas são um fenómeno situacional que ocorre quando os desafios e exigências das tarefas de cuidado ultrapassam as capacidades e recursos do prestador de cuidados. Daqui resulta um aumento dos níveis de stress e um sentimento de sobrecarga. Um prestador de cuidados com sentimentos de sobrecarga tem maior probabilidade de tomar decisões desajustadas e não prestar cuidados de qualidade, por vezes aliviando as suas frustrações na pessoa beneficiária dos cuidados (Mathew and Nair, 2017). Esta teoria tem sido alvo de várias críticas, sendo a principal a sua utilização como estratégia de culpabilização da vítima e de redução da responsabilidade do agressor (Brandl and Raymond, 2012).

A Teoria da Aprendizagem Social foi desenvolvida por Albert Bandura (1978) para explicar a aquisição de novos comportamentos, tendo também sido aplicada à aprendizagem de comportamentos agressivos. A aprendizagem social propõe que o comportamento violento é aprendido através da observação e modelado no nosso repertório comportamental. Logo, alguém exposto a comportamentos violentos poderá incorporar esses comportamentos como uma estratégia relacional válida. Assim, a violência é conceptualizada como cíclica (primeiro

aprendida, depois ensinada), razão pela qual esta abordagem é também conhecida como a teoria do ciclo da violência.

A *Teoria das Trocas Sociais* não é exatamente uma teoria, mas sim uma família de teorias derivadas de várias áreas do conhecimento, como a sociologia, a psicologia e a economia. De acordo com as premissas da troca social, cada interação social é uma troca de bens materiais (por exemplo, dinheiro) ou não-materiais (por exemplo, aprovação social). Em cada interação, os envolvidos procurarão obter o máximo de recompensas pelo menor custo possível. Se ambas as pessoas envolvidas numa troca a considerarem gratificante e perceberem a distribuição de custos e recompensas como justa, a interação será mutuamente satisfatória e equilibrada (Homans, 1961; Blau, 1964). Se uma troca for percebida como injusta e não equilibrada, a pessoa que se percebe como injustiçada pode recorrer a comportamentos violentos para procurar compensação. Alguns autores sugerem que as pessoas idosas participam em trocas de uma posição de desvantagem em comparação com os outros adultos, devido principalmente a uma diminuição do seu status social e de uma diminuição nos seus recursos pessoais associada à idade (Dowd, 1975).

Estas teorias e outras mencionadas na literatura não são mutuamente exclusivas. Por vezes refletem apenas uma parte da explicação. Ademais, nem todas as teorias encontram o mesmo nível de apoio na investigação (para uma revisão sistemática da literatura que reúne a evidência a favor e contra as várias teorias, verificar Fundinho, Pereira and Ferreira-Alves, 2021).

A identificação de maus-tratos a pessoas idosas

A identificação dos maus-tratos a pessoas idosas é um tema muito complexo que requer, muitas vezes, uma abordagem multidisciplinar. Há várias razões para que a identificação de maus-tratos seja desafiante. Uma dessas razões é a variabilidade de formas como os maus-tratos se manifestam (Lachs and Pillemer, 2004; Cohen, 2011). Os profissionais de saúde têm sido apontados como elementos privilegiados na identificação dos maus-tratos (Lachs and Pillemer, 2004), mas essa posição não lhes é exclusiva. Os sectores do apoio social e as forças policiais também se encontram numa posição favorável para detetar os maus-tratos.

Há vários métodos ou processos para detetar os maus-tratos. Fundinho e Ferreira-Alves (2019) referem três métodos que servem de ponto de partida para qualquer processo de deteção de maus-tratos:

- *Autorrevelação*: quando a pessoa idosa revela que ele ou ela foram alvo de comportamentos abusivos. Essa revelação pode ser feita a um profissional de saúde (enfermeiro ou médico), a um assistente social, entidade judicial, forças policiais, alguém do seu círculo social (amigo ou familiar), ou qualquer outra pessoa.
- *Denúncia a uma autoridade*: quando existe uma queixa ou denúncia a qualquer entidade judicial (forças policiais, tribunais), seja anónima ou não, substanciada em provas ou baseada em suspeitas.
- *Uso de procedimentos de screening*: quando apresentam um resultado positivo. Estes procedimentos podem ser aplicados por qualquer profissional qualificado, em qualquer contexto que o permita, seja como resposta a uma suspeita ou como aplicação de rotina.

O foco do projeto SAVE é a utilização de procedimentos de *screening*, pelo que será sobre essa estratégia de deteção de maus-tratos que versa o resto deste documento.

O processo de screening: o que sabemos e o que precisamos de saber

O conceito de *screening* tem origem no campo da epidemiologia e está no centro dos sistemas de saúde pública (Lachs and Pillemer, 2004). A proposta de procedimentos de *screening* de maus-tratos a pessoas idosas não é nova e é particularmente relevante numa conceptualização de maus-tratos enquanto problema de saúde pública.

Os procedimentos de *screening* de maus-tratos a pessoas idosas já foram testados em diversos contextos, mas têm uma especial ênfase em contextos de saúde e de apoio social. A importância, especificamente, do sistema de saúde é reforçada na definição de *screening* de maus-tratos dada por Caldwell, Gilden e Muelle (2013) como “a avaliação dos danos ou risco de danos causados pela violência familiar e íntima a pessoas assintomáticas em contexto de cuidados de saúde.” (p. 20). Outros contextos são igualmente importantes para a aplicação de *screening*.

Contudo, nunca foi compilado de forma sistemática nenhuma listagem de que profissionais e em que contextos é aplicado o *screening*, pelo que a extensão da aplicação destes procedimentos é desconhecida.

O *screening* de maus-tratos a pessoas idosas tem a mesma função que o *screening* aplicado a condições de saúde. O objetivo é a detecção precoce de casos que serão posteriormente encaminhados para uma avaliação mais detalhada. Utilizar diferentes formas de *screening* ajuda os profissionais a decidir que casos requerem encaminhamento (Ejaz *et al.*, 2001). Há várias formas de *screening* de maus-tratos a pessoas idosas. Cohen (2011) propôs que os instrumentos de *screening* sejam classificados em três categorias: instrumentos de questionamento direto, sinais de maus-tratos e indicadores de risco de maus-tratos.

- *Instrumentos de questionamento direto*: consistem em conjuntos de perguntas colocadas diretamente por profissionais ou usadas em modo de autoadministração, destinadas a elicitare a divulgação de situações abusivas;
- *Sinais de maus-tratos*: consiste em listas de sinais de diferentes tipos de maus-tratos (por exemplo, hematomas), muitas vezes construídos com base na experiência dos profissionais;
- *Indicadores de risco de maus-tratos*: consiste em procurar fatores associados ao abuso (fatores de risco), mesmo na ausência de sinais de maus-tratos ou revelação de episódios abusivos. A presença de indicadores de risco não é, de modo algum, equivalente à identificação de maus-tratos. A avaliação do risco conduz, com frequência, a uma avaliação mais aprofundada.

Estas três categorias de instrumentos de *screening* não diferem apenas na metodologia e conteúdo; também diferem na sua eficácia em detetar corretamente os maus-tratos. Um estudo de Cohen e colaboradores (2007) aplicou três instrumentos de *screening* a adultos idosos de uma mesma amostra, um de cada categoria, e encontrou disparidades na taxa de identificação de maus-tratos entre os instrumentos. No instrumento de questionamento direto, 5,9% revelaram situações de maus-tratos, mas, a avaliação assente em sinais de maus-tratos identificou maus-tratos em 21,4% dos adultos idosos e 32,6% apresentavam alto risco de maus-tratos. Não é raro que um instrumento de

screening tenha itens de mais do que uma destas categorias. Usemos como exemplo o item 2 da HS/EAST que pergunta: “O(A) senhor(a) está a ajudar a sustentar alguém?”. Este item é aplicado utilizando o método de questionamento direto, no entanto, o seu conteúdo refere-se a um fator de risco dos maus-tratos. Exemplos como este podem ser encontrados em outros instrumentos de *screening*, o que significa que estas categorias de instrumentos não são mutuamente exclusivas. Apesar disso, esta categorização de instrumentos de *screening* é útil, uma vez que os diferentes tipos de instrumento proporcionam diferentes tipos de evidência que deve ser tida em conta (Anetzberger, 2001).

Há ainda várias questões sobre o processo de *screening* que permanecem por responder. Apesar de existirem várias revisões da literatura sobre instrumentos de *screening* (por exemplo, Gallione *et al.*, 2017; McCarthy, Campbell, and Penhale, 2017), novos dados são publicados constantemente, pelo que é necessário atualizar o estado do conhecimento sobre quantos instrumentos de *screening* existem e o seu grau de eficácia na deteção de maus-tratos. Ademais, foi proposto que a eficácia dos instrumentos de *screening* pode estar sujeita a variações culturais (Cohen, 2011), pelo que é essencial verificar como é que a eficácia dos instrumentos varia entre várias validações. Para além das características e da eficácia dos instrumentos há outras informações importantes sobre o processo de *screening* que se encontram por sistematizar. Apesar de o *screening* ser, geralmente, realizado por profissionais de saúde ou de apoio social, não conhecemos qual a perceção dos profissionais sobre o processo de *screening*. Será que os profissionais consideram o *screening* útil? Será que se sentem preparados para aplicar processos de *screening*? Há pouca informação disponível sobre estes aspetos críticos. Igualmente importante é conhecer a opinião das pessoas idosas sobre o *screening* de maus-tratos. A sua opinião em relação a estes assuntos é muito raramente ouvida e as potenciais consequências do *screening* nunca foram sintetizadas.

Objetivos da revisão de literatura

A presente revisão da literatura é um dos resultados do Projeto SAVE. Esta revisão visa sintetizar o conhecimento sobre o processo de *screening* de maus-tratos a adultos idosos. Esta revisão da literatura tem os seguintes objetivos:

- I. Listar os argumentos a favor e contra o *screening* de maus-tratos a pessoas idosas;
- II. Perceber que profissionais fazem *screening* e em que contextos;
- III. Conhecer as percepções dos profissionais e das pessoas idosas sobre o *screening*;
- IV. Enumerar os instrumentos de *screening* em uso e em que países são utilizados;
- V. Sumariar as características psicométricas dos instrumentos de *screening* e a sua eficácia.

Para atingir estes objetivos, formulamos três questões orientadoras que guiaram as nossas escolhas metodológicas e de seleção de informação. Esta revisão de literatura procura responder às seguintes três questões:

1. Que argumentos a favor ou contra o *screening* são apontados na literatura?
2. Que profissionais conduzem *screening*, em que contextos e como é que o *screening* é percebido pelos profissionais e pelas pessoas idosas?
3. Que instrumentos de *screening* são utilizados, em que países, e quais são as suas características psicométricas?

Acreditamos que estas três questões permitem sumariar o estado-da-arte do *screening* de maus-tratos a pessoas idosas. O capítulo dos resultados está organizado de acordo com estas três questões.

2. Metodologia

Para responder às nossas questões foi conduzida uma revisão sistemática da literatura. Esta metodologia foi adotada porque permite recolher, avaliar e integrar toda a evidência relevante para o fenómeno em estudo seguindo um procedimento estruturado. Uma revisão da literatura que siga um procedimento estruturado permite tecer conclusões mais fiáveis e menos tendenciosas.

Estratégia de pesquisa bibliográfica

Foram procurados artigos científicos ou outras publicações de instituições de referência no campo dos maus-tratos a pessoas idosas, publicadas entre 1975 e fevereiro de 2021, em oito bases de dados (Web of Science, Scopus, Science-Direct (Elsevier), Pubmed (Medline), Sage, EBSCO, Scielo and Ageinfo). A pesquisa de fontes bibliográficas utilizou todas as combinações possíveis das seguintes palavras-chave: “*elder abuse*”; “*mistreatment*”; “*older adults violence*”; “*screening*”; “*assessment*”, e “*measurement*”.

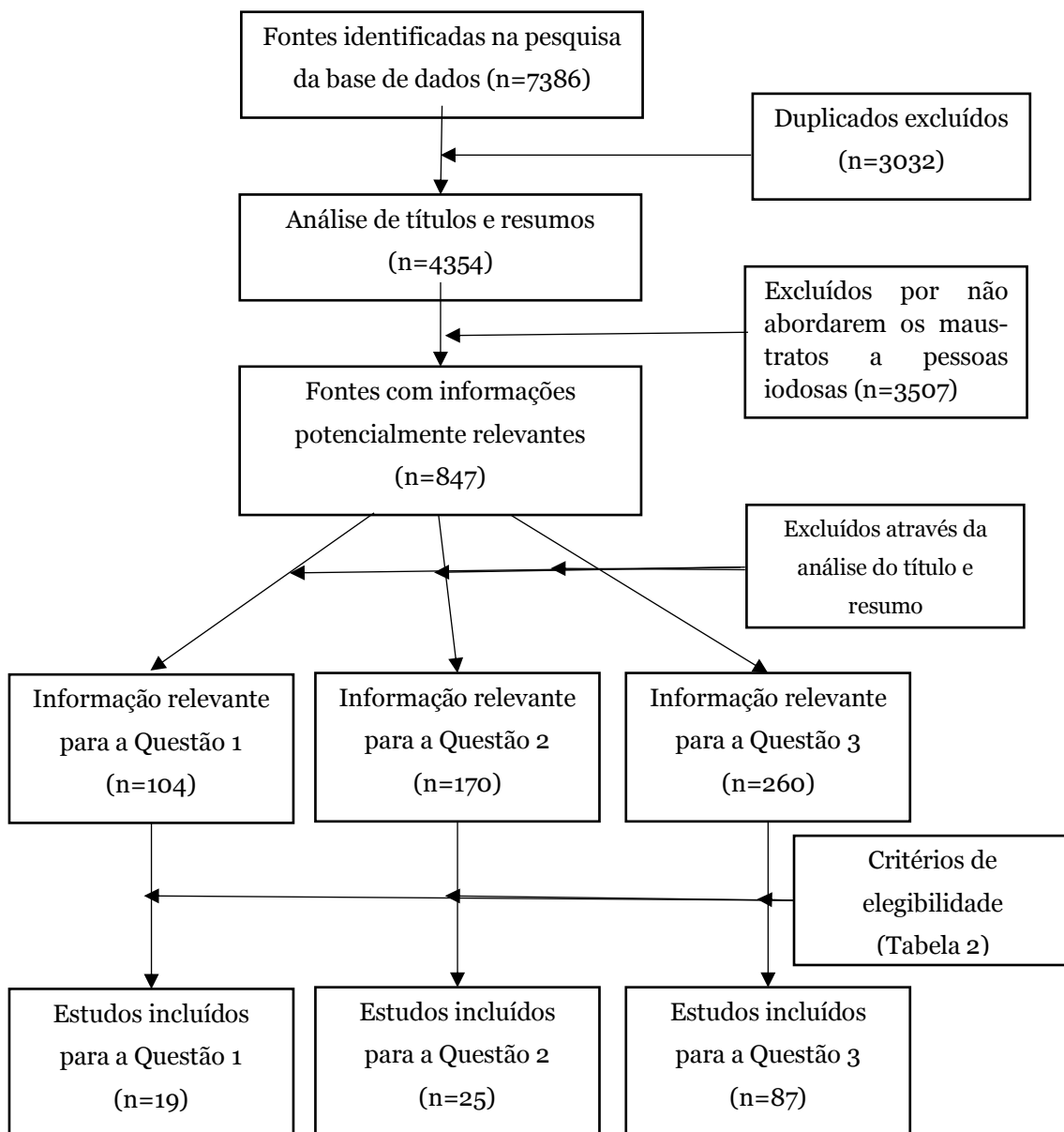
Crítérios de seleção de fontes bibliográficas

Da aplicação da estratégia de pesquisa bibliográfica acima descrita resultou uma base de dados de fontes bibliográficas gerida com recurso ao *software* de gestão de referência bibliográficas Mendeley. A seleção de artigos foi conduzida por três investigadores, especialistas na área dos maus-tratos a pessoas-idosas. Os três investigadores procederam à avaliação de artigos de forma independente, seguindo um processo de três passos. No primeiro e segundo passos foram analisados os títulos e resumos dos artigos e, no terceiro passo, procedeu-se à análise integral do texto.

O processo de identificação de fontes elegíveis para a revisão de literatura encontra-se esquematizado na Figura 1. No total, foram identificados 7.386 artigos. Após a exclusão de duplicados, a base de dados reunia 4.354 artigos. O primeiro passo da seleção de artigos consistiu na aplicação de um critério geral que implicou a remoção da base de dados de todos os artigos que não abordassem o tema dos maus-tratos a pessoas idosas. Deste passo resultaram 847 artigos a ser avaliados em relação à sua relevância para as três questões em estudo. O segundo passo foi a análise da pertinência das fontes para responder a cada uma das questões do estudo. Neste passo, os investigadores analisaram os 847 títulos

e resumos em busca de informação relevante. Foi considerado que cada artigo poderia conter informação pertinente para responder a mais do que uma questão.

Figura 1 – Fluxograma descritivo do procedimento de seleção de artigos.



Para responder à questão 3, só têm interesse estudos empíricos que incluam características psicométricas de instrumentos de *screening*. Revisões de literatura foram excluídas como artigos de interesse para esta questão. No entanto, quando uma revisão da literatura era encontrada, a sua lista de referências era analisada e eram adicionados à nossa base de dados os artigos

citados que dela ainda não constassem. Deste passo resultaram 104 artigos relevantes para a questão 1, 170 para a questão 2 e 260 para a questão 3.

O terceiro passo foi a aplicação de critérios de seleção específicos a cada questão. As características dos artigos relevantes para responder a cada questão foram resumidas e verificadas através da análise integral dos artigos que resultaram do passo anterior. Para serem selecionados para a extração de resultados, os artigos teriam de cumprir, pelo menos, um dos critérios apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Lista de critérios específicos utilizados para a seleção de artigos no passo 3.

Questão	Critérios específicos
Questão 1: Que argumentos a favor ou contra o <i>screening</i> são apontados na literatura?	<ul style="list-style-type: none"> - Diretrizes ou recomendações sobre o processo de <i>screening</i> - Artigos (teóricos sobre <i>screening</i>) - Discussões ou revisões da literatura que descrevam pontos a favor ou contra o <i>screening</i>
Questão 2: Que profissionais conduzem <i>screening</i> , em que contextos e como é que o <i>screening</i> é percebido pelos profissionais e pelas pessoas idosas?	<ul style="list-style-type: none"> - Dados sobre os profissionais que aplicam instrumentos de <i>screening</i> - Artigos de opinião ou discussões sobre práticas de <i>screening</i> - Artigos de investigação sobre as consequências do <i>screening</i> - Artigos de investigação sobre as percepções/experiências dos profissionais quanto ao <i>screening</i> - Artigos de investigação sobre as percepções/experiências dos adultos idosos quanto ao <i>screening</i> - Casos clínicos em que foram utilizados procedimentos de <i>screening</i>
Questão 3: Que instrumentos de <i>screening</i> são utilizados, em que países, e quais são as suas características psicométricas?	<ul style="list-style-type: none"> - Validação ou adaptação de instrumentos de <i>screening</i> - Artigos de investigação em que instrumentos de <i>screening</i> tenham sido utilizados como medida - Dados psicométricos de instrumentos de <i>screening</i>

Da aplicação dos critérios específicos resultaram 19 artigos com resultados relevantes para a questão 1, 25 artigos para a questão 2 e 87 artigos para a questão 3.

Procedimento de análise de dados

Para cada questão, os artigos selecionados foram analisados de forma independente por três investigadores. Primeiramente, os investigadores procederam à análise do texto integral das fontes selecionadas para recolher todos os resultados e detalhes relevantes para cada uma das questões em estudo,

resumindo essa informação em três tabelas-síntese, uma para cada questão. De seguida, a informação sumariada foi discutida relativamente à sua relevância para as questões em estudo, tendo os resultados relevantes sido decididos por mútuo acordo. Por fim, a informação recolhida foi utilizada para descrever as evidências apresentadas na secção seguinte.

3. Resultados

Questão 1: Que argumentos, a favor ou contra o screening, são apontados na literatura?

A partir da análise de 19 artigos não é possível tomar uma posição definitiva a favor ou contra o *screening* de maus-tratos a pessoas idosas. Nenhum dos estudos revistos proporcionou evidência de que o *screening* de maus-tratos reduz o dano, risco de morte prematura, incapacidade ou sofrimento das pessoas idosas. Da mesma forma, nenhum dos artigos revistos estudou os potenciais efeitos adversos do processo de *screening*. A evidência atualmente disponível é insuficiente para fazer um balanço entre benefícios e riscos do *screening* de maus-tratos, quer quando aplicado a todos os adultos idosos, quer quando aplicado a adultos idosos de grupos de risco (Curry *et al.*, 2018).

No entanto, existem alguns argumentos a favor e contra o *screening*, principalmente relacionados com a utilização de instrumentos específicos.

Argumentos a favor

Apesar dos muitos obstáculos à identificação de adultos idosos que sofrem maus-tratos, a sua natureza negligenciada, o facto de muitas vítimas não serem identificadas, a prevalência do problema, bem como as suas potenciais consequências severas ou mesmo letais, leva vários autores a defender a utilização de estratégias de *screening* de maus-tratos (Anetzberger, 2001; Anthony *et al.*, 2009; Cohen, 2011; Baig *et al.*, 2015).

Só é possível intervir em casos de maus-tratos se estes forem conhecidos. A intervenção de autoridades e de políticas públicas de prevenção não terá qualquer eficácia se não for acompanhada de uma estratégia adequada de identificação de casos. Assim, o *screening* pode ser utilizado para promover a segurança e bem-estar das pessoas idosas e, em alguns casos, ajudar a cumprir obrigações legais de referência judicial de casos. Os instrumentos de *screening* ajudam a consciencializar os profissionais da prática para o problema dos maus-tratos a pessoas idosas, e guiando-os num processo sistemático de observação e documentação dos casos, garantindo que as típicas manifestações de maus-tratos não são ignoradas (Antezberger, 2008).

O uso sistemático ou rotineiro de instrumentos de *screening* de maus-tratos, quando implementado, é parte importante do funcionamento de um contexto clínico, proporcionando a base de uma primeira avaliação do risco de maus-tratos a pessoas idosas durante seu acompanhamento por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais (Anthony *et al.*, 2009). Para além disso, instrumentos de questionamento direto que podem ser aplicados num tempo médio inferior a cinco minutos, são apelativos a profissionais que trabalham em contextos com um ritmo de grande intensidade (Cohen, 2011; Hoover and Polson, 2014).

A investigação tem mostrado que a identificação de maus-tratos, utilizando instrumentos estruturados, encontra um número superior de casos de maus-tratos comparativamente aos estudos de prevalência (Cohen, 2011).

A avaliação do risco pode ser utilizada para determinar a necessidade de avaliar determinados casos com maior detalhe, apoiando assim uma prudente alocação de recursos. Os instrumentos de *screening* e de avaliação podem ajudar a guiar a investigação dos casos, facilitar o planeamento e intervenção sobre os casos e, simultaneamente, estimular a necessária alocação de recursos e assegurar as necessidades formativas dos profissionais envolvidos (Anthony *et al.*, 2009; Baig *et al.*, 2015).

Argumentos contra

Foram encontrados alguns argumentos contra o *screening* enquanto processo e alguns argumentos associados ao uso de instrumentos de *screening*. Os pontos de vista encontrados serão descritos nos parágrafos seguintes.

A aplicação em massa de procedimentos de *screening* na ausência de conhecimento e/ou recursos disponíveis para intervir ou sem existirem procedimentos ou equipas especializadas para fazer o *follow-up* dos casos é altamente questionável. Médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde devem receber formação específica sobre os maus-tratos a pessoas idosas, especificamente sobre os indicadores de risco, as diretrizes subjacentes à obrigação legal de denúncia e quais as estratégias subjacentes a uma primeira intervenção. Alguns destes conhecimentos devem constar da esfera da educação geral de todos os cidadãos. Seguir estes cuidados não é o suficiente para apoiar o *screening*, e muito menos torná-lo obrigatório. Um falso-positivo tem o potencial

de causar sofrimento psicológico ao adulto idoso e à sua família e colocar em risco a relação entre o adulto idoso e o profissional que fez o *screening* (Dong, 2015). Por sua vez, um falso-negativo, ao não detetar situações de maus-tratos, cria uma falsa sensação de segurança, aumentando o risco de a situação abusiva ter resultados adversos (Dong, 2015). Ademais, um falso-negativo desencoraja os profissionais de procurar conhecer melhor a história do caso, resultando na não identificação de pessoas idosas que se encontram efetivamente em risco (Gallione *et al.*, 2017).

Os falsos-positivos podem levar à rotulagem da pessoa idosa como vítima, podendo precipitar atitudes punitivas dirigidas à pessoa idosa, ou potenciar o sofrimento psicológico, a tensão familiar, eventualmente levar à perda da residência, de acesso a recursos financeiros e de autonomia. O debate sobre a validade e eficácia dos instrumentos de *screening* como método de deteção de potenciais casos de maus-tratos, continua. Tens-se vindo a assistir a algum progresso neste debate, mas há várias vias de investigação ainda em aberto, não havendo estudos sobre os potenciais efeitos negativos do *screening*, o seu efeito na pessoa idosa e prestador de cuidados, bem como sobre o impacto do *screening* nos procedimentos clínicos, custos e duração de aplicação (Gallione *et al.*, 2017). Existe também a preocupação de que as questões de *screening* possam precipitar episódios de maus-tratos, colocando o bem-estar das pessoas idosas em risco (Dong, 2015).

Para potenciar a revelação de situações de maus-tratos as vítimas devem percecionar o profissional como empático, de confiança, sensível às suas dificuldades e assumindo uma posição de não-julgamento. Infelizmente, o tempo e esforço necessário para desenvolver este tipo de atmosfera favorável à revelação dos maus-tratos não se coaduna com a pressão e rapidez necessária ao funcionamento de vários contextos profissionais (Cohen, 2011). O *screening* a maus-tratos pode aumentar a carga de trabalho dos serviços dedicados à proteção dos adultos idosos e causar stress e desconforto às pessoas idosas e às suas famílias (Cohen, 2011).

A aplicação de programas de *screening* deve ser devidamente avaliada. Dong (2005) aplicou os critérios de Wilson-Jungner para a avaliação da validade do *screening* aos maus-tratos a pessoas idosas e verificou que apenas alguns critérios são cumpridos:

1. A condição alvo de *screening* deve ser um importante problema de saúde. Dada a sua prevalência, morbidade, consequências para a mortalidade e efeito negativo na qualidade de vida, os maus-tratos a pessoas idosas respeita este critério. (APROVADO)
2. A história natural da condição de maus-tratos deve ser bem compreendida. A complexidade e multiplicidade de variáveis relacionadas com a vítima, o agressor, o contexto e os fatores culturais, fazem dos maus-tratos um problema mal compreendido. (NÃO APROVADO)
3. Deve haver uma fase inicial em que a condição de maus-tratos é detetável. Os maus-tratos podem ocorrer sem aviso. A existência de fatores de risco não significa que os maus-tratos venham a ocorrer. Não é conhecida uma linha temporal de progressão de uma situação de risco para maus-tratos. (NÃO APROVADO)
4. A intervenção precoce deve ser mais benéfica do que a intervenção numa fase posterior. O conhecimento sobre a eficácia a intervenção precoce não está bem estabelecido, não havendo dados de eficácia sobre a eficácia em muitos contextos e comunidades. (NÃO APROVADO)
5. São desenhados testes adequados para a deteção de maus-tratos numa fase inicial. A maioria dos procedimentos de *screening* detetam situações em que os maus-tratos já foram consagrados. Instrumentos que identificam fatores de risco têm baixa capacidade preditiva de maus-tratos futuros, o que pode resultar num elevado número de falsos-positivos e falsos-negativos. (NÃO APROVADO)
6. O instrumento deve ser aceite. Dada a multiplicidade de contextos onde o *screening* pode ser conduzido (por exemplo hospitais, clínicas), muitos profissionais percebem o *screening* como estando para além das suas competências. A brevidade dos encontros em muitos contextos clínicos reduz a oportunidade de aplicar questões de *screening*. (NÃO APROVADO)
7. Os intervalos temporais para a repetição do teste devem ser bem determinados. O intervalo para a aplicação de testes não está bem definido. A repetição precoce das questões de *screening* podem alienar as pessoas dependentes e prestadores de cuidados. (NÃO APROVADO)

8. A carga de trabalho extra resultante do *screening* deve ser compensada. Não há compensação financeira pelo tempo extra dedicado a fazer *screening* em ambientes clínicos nem para resolver as consequências de um teste positivo. A maioria dos contextos de prestação de cuidados de saúde têm elevada carga de trabalho. (NÃO APROVADO)
9. Os riscos físicos e psicológicos devem ser inferiores aos benefícios. Os riscos físicos e psicológicos, em princípio, são mínimos, mas podem causar perturbações em relações funcionais. (APROVADO)
10. Os custos devem ser equilibrados face aos benefícios. O preço do *screening* deve incluir custos económicos, sociais, mentais e sociais. Um resultado positivo no *screening* pode levar a intervenções inadequadas, permitindo que o problema se agrave. (NÃO APROVADO) (Dong, 2015).

Argumentos relacionados com o uso de instrumentos de *screening*

Dada a complexidade dos maus-tratos a pessoas idosas, com as suas múltiplas representações, e que não seguem a trajetória tradicional de doença, como a identificada na epidemiologia, alguns autores posicionam-se contra a utilização de um instrumento de *screening* único ou específico (Baig *et al.*, 2015).

Para serem aplicados de forma adequada, alguns instrumentos requerem treino especializado. No entanto, não existem diretrizes claras sobre a natureza desse treino (Santos and King, 2010; Cohen, 2011).

A utilização de instrumentos de questionamento direto para o *screening* dos maus-tratos requer que, primeiramente, seja confirmado que não existe défice cognitivo que comprometa os resultados. Défices cognitivos podem estar limitados a alguns domínios específicos, permitindo a manutenção da memória e outras capacidades.

O método dos instrumentos de *screening* de maus-tratos a adultos idosos pode ser classificado de acordo com o modelo tridimensional proposto por Cohen (2011): (1) questionar diretamente o adulto idoso sobre maus-tratos ou convidá-lo a preencher um instrumento autoadministrado, (2) procura de sinais de maus-tratos, e (3) avaliar o risco de maus-tratos. Um instrumento pode conter itens de mais do que uma destas categorias.

Os instrumentos de questionamento direto são essenciais para o *screening*. Apesar de a maioria das pessoas idosas que experienciam maus-tratos não iniciar

a revelação de episódios de maus-tratos espontaneamente, algumas pessoas admitem a existência de episódios quando inquiridas diretamente por um profissional em quem confiam. Outra limitação dos instrumentos de questionamento direto é que apenas podem ser aplicados a pessoas sem déficit cognitivo. Por fim, estes instrumentos requerem cautela na sua interpretação. Alguns falsos-positivos podem dever-se a conflitos com familiares, sentimentos de hostilidade para com familiares ou baixa satisfação com as relações familiares. Os instrumentos de identificação de sinais de maus-tratos requerem competências específicas de entrevista como uma postura de não-ameaça e não-julgamento. A avaliação dos sinais de maus-tratos está frequentemente associada a alguma incerteza por parte do profissional, uma vez que alguns sinais de maus-tratos podem ser difíceis de distinguir de sintomas indicativos de problemas de saúde. Ainda mais complexa é a identificação de sinais de maus-tratos psicológicos que, geralmente, incluem apatia, humor depressivo e medo. Estes sinais são compatíveis com a reação das pessoas idosas a situações de luto, doença ou deterioração cognitiva. Ademais, os instrumentos de identificação de sinais de negligência não permitem a distinção entre negligência e autonegligência, apesar de ambas as formas de maus-tratos requererem intervenções distintas e imediatas. Os instrumentos de identificação de sinais de maus-tratos podem servir sobretudo para aumentar a consciência e alerta dos profissionais do terreno para os possíveis sinais de maus-tratos.

Os instrumentos baseados em indicadores de risco de maus-tratos focam-se no *screening* do risco mesmo quando não existem sinais evidentes de maus-tratos ou quando não existe qualquer relato de situações de maus-tratos.

Idealmente, estas três modalidades de *screening* seriam utilizadas simultaneamente para otimizar a identificação de casos de maus-tratos.

Há uma sobreposição considerável destas três modalidades de *screening* na identificação de casos. Portanto, quantas mais modalidades de *screening* forem utilizadas, menos ambíguo é o resultado. No entanto, a investigação tem mostrado que alguns casos apenas são identificados por um dos métodos. Contudo, os profissionais em boa posição para aplicar métodos de *screening* têm identificado que não dispõem de tempo, condições ou competências para aplicar um modelo tridimensional de *screening* como o proposto (Cohen, 2011).

Os instrumentos de *screening* e avaliação disponíveis tendem a centrar-se nos indicadores de maus-tratos físicos mais facilmente observáveis e que normalmente dependem do conhecimento e do julgamento do profissional que faz a avaliação (Anthony *et al.*, 2009). Estes instrumentos e protocolos não descrevem que competências o profissional que os aplica deve treinar nem que instituições devem assegurar essa formação (Anthony *et al.*, 2009).

Nenhum instrumento de *screening* dispõe de todas as especificidades para garantir a eficaz identificação e seguimento dos casos de maus-tratos a pessoas idosas, nomeadamente:

- Uma clara distinção entre exemplos de casos confirmados de maus-tratos, sinais que levantam suspeita e fatores de risco;
- A especificação de que a violência doméstica em idade avançada é uma componente dos maus-tratos a pessoas idosas, mas não a totalidade do fenómeno;
- A especificação dos mecanismos legais e organismos públicos e comunitários a quem recorrer em caso de maus-tratos (Anetzberger, 2001).

Nenhuma investigação se debruçou sobre a sensibilidade dos instrumentos de *screening* a diferenças culturais, o que faz questionar a aplicação destes procedimentos em grupos multiculturais de adultos idosos (Cohen, 2011).

Procedimentos de *screening*, uso e limitações

Têm sido descritos na literatura diversos procedimentos de *screening* que incluem instrumentos. Estes instrumentos foram sobretudo desenvolvidos para investigação e foram posteriormente adaptados para ajudar e guiar os profissionais que lidam com o problema dos maus-tratos a pessoas idosas.

De acordo com Baig e colaboradores (2015), o protocolo de *screening* deve incluir quatro componentes:

1. Pontos de decisão;
2. Passos para a ação;
3. Notas explicativas;
4. O instrumento com as questões de *screening*.

Existem algumas orientações gerais para potenciar a eficácia dos protocolos de *screening*, que passaremos a enunciar. Primeiro, os instrumentos de *screening* devem ser desenvolvidos e testados para ser abrangentes e detetar múltiplos tipos de maus-tratos. Com isto emerge um desafio: treinar profissionais de múltiplas áreas distintas na administração e interpretação destes instrumentos (Gallione et al., 2017). Segundo, os programas de formação devem dotar o profissional de conhecimento e estimular uma perceção de competência em lidar com casos de maus-tratos identificados, suspeitos ou em risco (Cohen, 2011). Terceiro, a atitude dos profissionais que lidam com as pessoas idosas e as suas famílias deve ser desprovida de crítica ou culpabilização e focada na procura da solução mais adequada para o problema (Cohen, 2011). Quarto, o profissional deve ter em consideração a forma como vai conduzir a entrevista, garantindo o máximo de privacidade e entrevistando o adulto idoso e a sua família ou acompanhante de forma isolada. A entrevista e exame à pessoa idosa deve ser conduzida em primeiro lugar, sem a presença do prestador de cuidados ou suspeito agressor. O protocolo deve incluir dados sociodemográficos para permitir ao profissional determinar a composição familiar e status socioeconómico. Após a recolha desses dados, o protocolo deve prosseguir para questões gerais sobre o bem-estar da pessoa idosa, prosseguindo de seguida para as questões sobre as várias formas de maus-tratos. O protocolo deve incidir sobre os indicadores mais comuns de cada tipo de maus-tratos sob a forma de questões específicas. Todo o procedimento deve seguir um padrão estandardizado (Aravanis *et al.*, 1993). Quinto, os protocolos de *screening* devem incluir as definições de maus-tratos, violência familiar e autodeterminação; deve constar do protocolo informação sobre os fatores de risco, instrumentos de *screening*, estratégias de trabalho com grupos diversos e estruturas locais para onde referenciar os casos. Para além disso, estes protocolos devem ser incluídos num contexto formativo mais amplo, de forma a facilitar a conscientização para o problema e estimular respostas proativas (Blundell, Warren and Moir, 2020). Sexto, os protocolos de *screening* devem estar preparados para ser aplicados em diferentes áreas geográficas, inclusivamente em comunidades rurais ou remotas (Blundell, Warren and Moir, 2020). Sétimo, a monitorização e avaliação periódica dos protocolos é necessária para compreender a sua eficácia e qualquer dificuldade que possa surgir com o seu conteúdo ou uso, o que é essencial para manter os protocolos atualizados e

relevantes (Blundell, Warren and Moir, 2020). Por fim, a aplicação do protocolo, instrumento e utilização do procedimento de referência de casos deve ser alvo de treino formal (Antezberger, 2008).

Existem também algumas recomendações sobre os protocolos de referência dos casos. Quando existe um caso confirmado ou suspeito de maus-tratos, o procedimento claro de referência para os serviços adequados é crítico e, em alguns países, é obrigatório proceder à denúncia de casos suspeitos (Baig *et al.*, 2015). O protocolo de referência de casos deve ser um fluxograma de uma página, ilustrando a totalidade do processo de identificação do caso desde a identificação até à denúncia. Devem constar deste protocolo apenas os elementos-chave do processo e determinar com clareza para onde a potencial vítima deve ser encaminhada para a avaliação detalhada que se segue ao *screening*. O protocolo pode ser iniciado desde o primeiro contacto com o adulto idoso, seja este presencial, via telefone ou no contexto de qualquer tipo de serviço, por exemplo, uma visita a um serviço de urgência.

Deve compreender-se que, tal como no *screening* de qualquer doença, o *screening* a maus-tratos resulta numa classificação de “positivo” ou “negativo”. No entanto, esta classificação não tem valor diagnóstico e é necessário fazer avaliações adicionais antes de retirar qualquer conclusão (Caldwell, Gilden and Muelle, 2013).

Questão 2. Que profissionais conduzem screening, em que contextos e como é que o screening é percecionado pelos profissionais e pelas pessoas idosas?

Profissionais e contextos envolvidos no screening

Desde a análise de 25 artigos foram identificadas várias classes profissionais envolvidas no processo de *screening*, nomeadamente: socorristas, enfermeiros, médicos, médicos dentistas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, *staff* hospitalar, advogados, juristas, policia, administradores de organizações, especialistas em ética, *staff* de estruturas residenciais para idosos e profissionais do apoio domiciliário. Os contextos onde o *screening* é conduzido são diversos, tais como: cuidados de saúde primários, serviços de urgência, hospitais/clínicas gerais ou geriátricas, estruturas residenciais para idosos,

cuidados de longa duração, contextos comunitários, clínicas dentárias e apoio domiciliário.

Qual a percepção dos profissionais sobre o *screening*

Os estudos que inquerem profissionais sobre a sua percepção do *screening* versam, geralmente, sobre as vantagens e dificuldades deste processo ou da aplicação de instrumentos específicos. Na sua generalidade, os profissionais consideram o *screening* útil para a identificação de situações de maus-tratos. Ainda assim, várias dificuldades são apontadas por diferentes grupos profissionais, maioritariamente devido à falta de tempo, falta de conhecimento ou falta de treino na aplicação de protocolos de *screening*.

Num estudo de Schmeidel e colaboradores (2012) foram entrevistados enfermeiros, médicos e assistentes sociais para perceber quais os problemas que enfrentam na identificação dos maus-tratos e gerar novas ideias para melhorar o processo de deteção de maus-tratos. Enfermeiros, médicos e assistentes sociais encaram os maus-tratos de forma diferente, principalmente devido a experiências diferentes desenvolvidas ao longo das suas carreiras. Os médicos focam-se, essencialmente, em doenças conhecidas ou em condições físicas que pudessem tratar e com as quais estavam mais familiarizados. Tanto os enfermeiros como os médicos referiram que tinham de dar prioridade ao que melhor se encaixava no tempo limitado que dispunham e, na maioria das vezes, os maus-tratos a pessoas idosas não se encontram no topo dessa lista de prioridades. Além disso, os médicos consideraram que os maus-tratos não são um problema que possa ser rapidamente tratado ou melhorado. A avaliação dos maus-tratos foi uma barreira prática que muitos profissionais consideraram difícil de superar com os recursos que têm ao seu dispor. A falta de tempo foi um dos problemas mais mencionados. Tanto enfermeiros como médicos sentiram que tinham de lidar com tantas outras tarefas que não dispunham de tempo suficiente para abordar os maus-tratos. Embora o enquadramento legal do país onde este estudo foi conduzido tente clarificar o que são os maus-tratos e quem é que a lei permite proteger, interpretar e implementar esse enquadramento legal na prática clínica revelou-se difícil para a maioria dos enfermeiros, médicos e assistentes sociais. Outra barreira identificada é o sistema interno de responsabilidade de sinalização dentro das clínicas ou hospitais e do sistema de

sinalização a instituições externas. No geral, os assistentes sociais encontravam-se mais informados sobre o processo de deteção e sinalização dos maus-tratos, provavelmente porque todos tinham sido submetidos ao processo de tentar reportar casos. Alguns profissionais defenderam que a educação e a consciencialização sobre os maus-tratos a pessoas idosas poderiam ser melhoradas—em contextos clínicos. Enfermeiros e médicos referiram não se encontrar tão confortáveis com o seu conhecimento sobre os maus-tratos como os assistentes sociais (Schmeidel *et al.*, 2012).

De acordo com o estudo de Swagerty (2003), os maus-tratos a pessoas idosas podem escapar à deteção dos médicos devido a:

1. Falta de conhecimento sobre o assunto (pouca ou nenhuma formação específica no reconhecimento de maus-tratos);
2. *Ageism*² ou uma atitude desfavorável para com as pessoas idosas;
3. Falta de consciência sobre o assunto, uma vez que há pouca informação na literatura médica;
4. Relutância em atribuir sinais observáveis aos maus-tratos;
5. Isolamento das vítimas que limita o seu contacto com médicos ou outros profissionais de saúde;
6. Por vezes os sinais são subtis e não específicos, como má higiene ou desidratação;
7. Desejo de evitar envolver-se;
8. Medo ou desejo de evitar confrontos;
9. Relutância em denunciar maus-tratos com base apenas em suspeitas;
10. Pessoa alvo de maus-tratos pede que estes não sejam reportados (confidencialidade paciente/médico);
11. Falta de conhecimento sobre o procedimento adequado de encaminhamento de casos;
12. Medo de colocar em risco a relação com o hospital ou instituição.

² O termo inglês “ageism” é tipicamente traduzido por “idadismo” ou “etarismo”. Do ponto de vista técnico, nenhuma dessas duas traduções engloba a totalidade do conceito descrito pelo termo original, pelo que se optou por não o traduzir (*N. do T.*)

A voz das pessoas idosas no processo de *screening*

Apenas encontramos um estudo que tinha em consideração a perspectiva das pessoas idosas. Esse estudo referia-se à experiência das pessoas idosas em responder às questões de um instrumento de *screening*. A experiência de responder à REAGERA-S (versão autoadministrada) foi reportada como "maioritariamente positiva" por 20% (n = 12) dos respondentes e "nem positiva nem negativa" por 78% (n = 46). Responder no formato de entrevista foi reportada como "maioritariamente positiva" por 39% (n = 23) dos respondentes e "nem positiva nem negativa" por 58% (n = 34). As pessoas idosas que relataram situações de maus-tratos foram mais propensas a experienciar a entrevista como "maioritariamente positiva" do que as pessoas que não experienciaram maus-tratos (Simmons *et al.*, 2020a).

Questão 3: Que instrumentos de screening são utilizados, em que países, e quais são as suas características psicométricas?

A partir da análise de 87 artigos, encontramos dados e descrições de 37 instrumentos de *screening*. Destes, 8 instrumentos, apresentados em 8 artigos, representam versões iniciais para investigação de instrumentos em desenvolvimento. A maioria destes instrumentos não tinham ainda designação e os artigos apenas apresentavam dados psicométricos iniciais. Não foram encontrados estudos que dessem seguimento a estas ferramentas até à data da recolha de referências. Por conseguinte, considerámos que estes oito instrumentos eram apenas de interesse para a investigação.

Os restantes 29 instrumentos de *screening* (ver Anexo I) apresentam várias semelhanças. Classificamos estes instrumentos em quatro categorias de acordo com essas semelhanças. A primeira categoria incluiu instrumentos concebidos para uma aplicação rápida, de resposta dicotómica (Sim/Não), e utilizados em vários contextos e por diferentes profissionais. Designamos esta categoria como instrumentos de *screening* baseados em questionamento direto. Os instrumentos da segunda categoria têm uma aplicação mais longa e dependem de competências observacionais e profissionais. Designamos esta categoria como instrumentos de *screening* baseados em observação e avaliação detalhada. Na terceira categoria foram incluídos instrumentos focados em maus-tratos cometidos numa relação

específica. Estes instrumentos requerem frequentemente a avaliação do alegado agressor. Designamos esta categoria como instrumentos de *screening* que especificam e/ou requerem a avaliação do perpetrador. A quarta categoria de instrumentos de *screening* é constituída por instrumentos desenhados para avaliar um tipo único de maus-tratos. Designamos esta categoria como instrumentos de *screening* que avaliam uma única forma de maus-tratos.

Nas seguintes secções, vamos descrever cada uma destas categorias e os instrumentos que nelas se encaixam com mais detalhe.

a) Instrumentos de *screening* baseados em questionamento direto

Nesta categoria, encontramos oito instrumentos de *screening*, incluídos e testados em 35 artigos. A Tabela 3 resume as principais características destes instrumentos de *screening*. Como previamente mencionado, todos estes instrumentos têm um sistema de resposta *sim/não* e foram desenhadas com o objetivo de permitir uma aplicação rápida. Além disso, estes instrumentos foram concebidos para serem aplicáveis em vários contextos ou destinados a um contexto específico e, posteriormente, validados para outros. É comum existirem versões autoadministradas destes instrumentos. Ao nível da dimensão, os instrumentos mais curtos têm seis itens (EASI e ED Senior AID), e o mais longo tem 22 itens (GMS). Note-se que o número de itens não é um indicador da facilidade de aplicação fiável, uma vez que a complexidade dos itens varia de instrumento para instrumento.

Tabela 3 – Características dos instrumentos de screening baseados em questionamento direto

Instrumento	Número de itens	Ponto de corte	Informação psicométrica relevante	Sensibilidade e/especificidade
<i>Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)</i>	15	4 ou mais “Sim”	Consistência Interna: Alfa de Cronbach varia entre 0.29 e 0.745; Estrutura interna: três fatores teóricos não suportados por análise fatorial; Pontuação total associada a menor qualidade de vida e depressão. Positivamente associado com o instrumento VASS	Sensibilidade e especificidade: pior resultado: 0.643 e 0.907; melhor resultado: 0.974 e 0.784. AUC de análise ROC: 0.884 e 0.938
<i>Elder Abuse Suspicion Index (EASI)</i>	5+1	1 “Sim”	Associação positiva com dependência para atividades de vida diárias, conflito familiar, depressão, ansiedade, distúrbios neurocognitivos e desnutrição.	Sensibilidade e de 0.47 e especificidade e de 0.75
<i>Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)</i>	12	1 “Sim”	Consistência Interna: Alfa de Cronbach varia entre 0.819 e .83; Estrutura interna: quatro fatores – dependência, desânimo, vulnerabilidade e coerção – encontrados por Análise fatorial exploratória (AFE) Em 2 estudos; Pontuação associada à depressão.	Sensibilidade e de 0.909 e especificidade e de 0.497
<i>Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID)</i>	6	1 “Sim”	Boa confiabilidade entre avaliadores	Sensibilidade e de 0.94 e especificidade e de 0.90
<i>Responding to Elder Abuse in Geriatric care-Self-administered (REAGERA-S)</i>	10	1 “Sim” nas questões 1 a 9	-	Sensibilidade e de 0.875 e especificidade e de 0.923
<i>Geriatric Mistreatment Scale (GMS)</i>	22	1 “Sim”	Consistência Interna: Alpha de Cronbach = .83; Associado à depressão, baixo apoio social, baixa funcionalidade, baixo	-

			estatuto socioeconómico e dificuldade em garantir refeições.
<i>Korean Elder Abuse Scale</i>	20	-	Consistência Interna: Alpha de Cronbach = .89; Associação entre pontuação e PTSD
<i>Weinberg Center Risk and Abuse Prevention Screen (WC-RAPS)</i>	11	-	Estrutura interna: dois fatores – abuso e risco – com ajuste adequado encontrado por Análise fatorial confirmatória (AFC); Consistência Interna: Alfa de Cronbach dos fatores entre .90 e .82;

Dos instrumentos de *screening* encontrados, o *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)* foi o utilizado com maior frequência, sendo referenciado em 17 estudos, desenvolvidos em oito países (EUA, Singapura, Brasil, Irão, Bósnia e Herzegovina, Índia, Turquia e Austrália). O instrumento original foi desenvolvido nos EUA por Hwalek e Sengstock (1986). Os estudos subsequentes proporcionam traduções para outras línguas, validações para outros países e contextos e adicionam novas informações sobre as características psicométricas do instrumento. A *Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS; Schofield and Mishra, 2003)* foi o segundo instrumento mais citado, sendo referido em 6 estudos. Este instrumento foi desenhado inicialmente na Austrália, no âmbito de um estudo longitudinal com mulheres e foi baseado no H-S/EAST. Nos estudos que se seguiram o instrumento foi adaptado para ser utilizado também com homens idosos e em variados contextos. Para além da Austrália, foram encontradas indicações de que o instrumento já foi utilizado em, pelo menos, sete outros países: EUA, Singapura, Turquia, Brasil, Polónia, Índia e França. A *Geriatric Mistreatment Scale (GMS)*, desenvolvida originalmente no México (Giraldo-Rodríguez and Rosas-Carrasco, 2013), foi citada em quatro estudos, tendo um deles sido desenvolvido nos Estados Unidos da América. O *Elder Abuse Suspicion Index (EASI)* foi desenvolvido no Canadá para ser utilizado por *staff* médico (Yaffe *et al.*, 2008). Para além do estudo original encontramos mais dois estudos que utilizaram esta medida, um em Portugal e um na Roménia, tendo o instrumento sido aplicado em contextos distintos do estudo

original. Foi encontrada uma referência a uma versão de autoadministração do EASI (Yaffe, Weiss and Lithwick, 2012), mas esse estudo não foi incluído na presente revisão sistemática por não apresentar dados psicométricos do instrumento. Ainda encontramos o *Emergency Department Senior Abuse Identification* (ED Senior AID; Platts-Mills *et al.*, 2018), usado em dois estudos desenvolvidos nos EUA, o *Responding to Elder Abuse in GERiAtric care-Self-administered* (REAGERA-S; Simmons *et al.*, 2020), usado em um estudo na Suécia, a *Korean Elder Abuse Scale* (Choi *et al.*, 2018), usada em um estudo sul-coreano e, finalmente, o *Weinberg Center Risk and Abuse Prevention Screen* (WC-RAPS; Teresi *et al.*, 2019), usado em um estudo nos EUA.

Em relação à eficácia dos instrumentos, há vários indicadores a ter em conta. Os indicadores mais importantes são a sensibilidade e a especificidade. A sensibilidade, também designada por taxa de verdadeiros positivos, refere-se à percentagem de pessoas com resultado positivo no instrumento de *screening* e que são, de facto, vítimas de maus-tratos. A especificidade, ou taxa de verdadeiros negativos, refere-se à percentagem de pessoas com resultado negativo no instrumento de *screening* e que, efetivamente, não experienciam maus-tratos. Quanto mais elevados forem estes valores, melhor é o instrumento a identificar corretamente os maus-tratos. Como regra geral, um instrumento de *screening* é considerado útil se a soma da sensibilidade e da especificidade for superior a 1.5 (Power, Fell and Wright, 2013); considera-se que um valor mais baixo apresenta demasiadas falsas identificações enquanto um valor igual a dois representaria um teste perfeito, em que o resultado do *screening* estaria sempre correto.

Cinco dos oito instrumentos de *screening* baseados em questionamento direto apresentaram análises de sensibilidade e especificidade. Não encontramos valores de sensibilidade e especificidade referentes à *GMS*, *Korean Elder Abuse Scale* e *WC-RAPS*. Embora as suas características psicométricas sejam promissoras, é impossível avaliar plenamente a sua eficácia sem dados de sensibilidade e especificidade.

A *ED Senior AID* e a *REAGERA-S* apresentam valores indicativos de elevada eficácia na identificação correta dos maus-tratos. No entanto, poucos estudos utilizam estes instrumentos pelo que tivemos acesso a poucos indicadores da sua qualidade psicométrica. Apesar de estes instrumentos serem muito promissores são necessários mais estudos para compreender bem a sua eficácia.

Três dos oito instrumentos encontrados apresentam mais detalhes referentes à sua qualidade psicométrica e sensibilidade e especificidade. Esses instrumentos são o H-S/EAST, EASI e VASS. O EASI apresentou no seu estudo original uma sensibilidade e especificidade de 0.47 e 0.75 (Yaffe *et al.*, 2008), respectivamente, o que, quando somado é igual a 1.22, abaixo do valor indicado pela regra geral. A VASS apresenta uma sensibilidade de 0.909 e especificidade de 0.497, calculadas apenas para a versão francesa (Grenier *et al.*, 2016). Estes indicadores somados igualam 1.406, um pouco abaixo do limiar. Finalmente, o H-S/EAST teve mais de um estudo a avaliar a sua sensibilidade e especificidade. Os melhores resultados foram obtidos na validação turca, que apresentou uma sensibilidade de 0,974 e uma especificidade de 0,784 (Özçakar *et al.*, 2017), e o pior resultado obtido em um estudo realizado nos EUA (Neale *et al.*, 1991) com uma sensibilidade de .643 e uma especificidade de .907. Tanto o pior e como o melhor resultado de sensibilidade e especificidade estão acima do limiar de 1.5, indicando a adequação do instrumento. Como tal, se tivéssemos que classificar estes três instrumentos por ordem crescente de eficácia na detecção dos maus-tratos, essa ordem seria: H-S/EAST, VASS, e EASI, tendo em atenção que tanto a VASS como o EASI se encontram abaixo do limiar de eficácia geralmente aceite.

Os instrumentos de *screening* baseados em questionamento direto têm algumas limitações. Estes instrumentos baseiam-se em autorrelatos, o que significa que as presenças de défices cognitivos inviabilizam os resultados. Para que a sua utilização seja adequada, é necessário em primeiro lugar confirmar a não existência de défice cognitivo. Ademais, ao confiar na revelação de situações de maus-tratos, este tipo de instrumento pode apresentar um número baixo de verdadeiros positivos, uma vez que é bem conhecido que pessoas que experienciam maus-tratos tendem a não estar dispostos a divulgar informações que podem levar à detecção dos mesmos. Outra limitação é que estes instrumentos tendem a ser breves, não inquirindo sobre todos os detalhes que ajudam na identificação dos maus-tratos, o que pode deixar muitos casos por identificar. Talvez estas sejam as principais duas razões pelas quais é difícil encontrar instrumentos de *screening* baseadas em questionamento direto com boa sensibilidade e especificidade. Finalmente, como já foi discutido, este tipo de instrumento tende a ser pouco fiável.

Com base nas suas características, construção e eficácia na detecção de maus-tratos, podemos concluir que estes instrumentos são úteis quando só é possível realizar uma avaliação muito rápida. Este tipo de instrumento pode ser usado como a primeira linha de ação num processo de *screening*. Estes instrumentos também são úteis do ponto de vista pedagógico, ajudando profissionais em formação a interiorizar o *screening* de maus-tratos como um processo organizado e sistemático. É necessário treino para utilizar estes instrumentos corretamente, sobretudo em competências gerais (construção de uma relação empática, capacidades de escuta e comunicação, entre outras). Não são necessárias competências específicas a uma determinada área profissional. A semelhança entre instrumentos significa que as competências necessárias para utilizar um instrumento de questionamento direto são transversais a todos os instrumentos do mesmo tipo. No entanto, tendo em conta que este tipo de instrumento não é muito fiável, tanto resultados positivos como negativos devem ser interpretados com prudência.

b) Instrumentos de *screening* baseados em observação e avaliação detalhada

Nesta categoria encontramos nove instrumentos, referidos em 18 estudos. Na tabela 4 estão sumariadas as principais características destes instrumentos. Estes instrumentos são extensos, de aplicação demorada e requerem conhecimentos e avaliações específicas a algumas profissões. Três destes instrumentos poderiam também ser incluídos na categoria seguinte - “Instrumentos de *screening* que especificam e/ou requerem a avaliação do perpetrador” - uma vez que requerem a avaliação do alegado perpetrador. No entanto, devido ao nível de perícia e competências necessárias para a sua aplicação, foram incluídas nesta categoria.

Tabela 4 – Características dos instrumentos de screening baseados em observação e avaliação detalhada

Instrumento	Número de itens	Informação psicométrica relevante	Sensibilidade/especificidade
<i>Client Assessment and Risk Evaluation (CARE)</i>	43	Estrutura interna: AFC revelou uma estrutura de 5 fatores – Condições de vida; Situação financeira; Estado físico e médico; Estado mental; Interação social/suporte/isolamento/conexão; bom fit; Consistência Interna: Construct Reliability das subescalas entre 0,78 e 0,93	-
<i>Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA)</i>	Older adult scale 33; Alleged abuser 21	Consistência Interna: Alfa de Cronbach de ambas as escalas = .93; Estrutura interna: AFE revelou uma estrutura de três fatores em ambas as escalas; dimensões da escala para pessoas idosas – "abandono, negligência e autonegligência", "violência doméstica sem autonegligência", "especificamente autonegligência".; Dimensões da escala do alegado perpetrador - "infligir tratamento inadequado ou maltratante", "comportamentos restritivos", "incapacidade de oferecer tratamento adequado".;	Sensibilidade de 93,2% e especificidade de 88%
<i>Elder Assessment Instrument - Reviewed (EAI - R)</i>	51	Associado com a pontuação do HS-EAST.	-
<i>Elder Assessment Instrument (EAI)</i>	44	88.9% de acordo entre dois juízes	Sensibilidade de .71; especificidade de .93
<i>Expanded Indicators of Abuse (E-IOA)</i>	45+39	Consistência interna: Alfa de Cronbach entre 0,78 e 0,96; Estrutura interna: estrutura de três fatores para os indicadores do cuidador e quatro fatores para os indicadores da pessoa idosa; Associado a uma medida de divulgação de abusos e uma medida de sinais de abuso.	Ponto de corte análise ROC: ≥ 2.7 Sensibilidade = 0.929, Especificidade = 0.979; AUC = 0.92;
<i>Indicators of Abuse (IOA)</i>	27	Consistência interna: Alfa de Cronbach = .94; Estrutura interna: um estudo encontra este instrumento como	Ponto de corte ≥ 16 Sensibilidade = 0.94,

		unifatorial, mas outros encontram uma solução de dois fatores (indicadores de risco do cuidador e indicadores de risco da pessoa idosa)	Especificidade = 0.85
<i>QUALCARE</i>	56	Confiabilidade entre avaliadores: 65% no estudo piloto; Consistência Interna: Alfa de Cronbach = .97; Estrutura interna: AFE e AFC mostraram estrutura de 3 fatores: ambiental, físico e psicológico; Associado a estado mental, AVD, fardo e stress em eventos de vida.	Maus-tratos clinicamente significativos em pontuações ≥ 3.5 Sensibilidade e especificidade calculada para cada dimensão: alta sensibilidade (0.811 a 0.977) mas ampla variação de especificidade (0.167–1.000)
<i>Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument (REAMI)</i>	22	Três fatores: fatores de risco da pessoa idosa, fatores de risco do ambiente/possível agressor e sinais de maus-tratos, com bom fit e consistência interna.	-
<i>Signs of abuse inventory</i>	34	Consistência Interna: Alfa de Cronbach varia entre 0,67 e 0,91; Associado à presença de indicadores de maus-tratos (medida de risco).	-

O instrumento de *screening* baseado em observação e avaliação detalhada mais frequentemente referido nos artigos analisados foi o *Expanded Indicators of Abuse* (E-IOA; Cohen *et al.*, 2006), mencionado em quatro estudos realizados em Israel. O E-IOA é uma versão maior do *Indicators of Abuse* (IOA), desenvolvido no Canadá por Reis e Nahmiash (1998), que também integra a nossa lista, juntamente com a sua versão espanhola (Touza, Martínez-Arias and Prado, 2018). O IOA e E-IOA são instrumentos baseados na detecção de fatores de risco dos maus-tratos e avaliam tanto o risco associado ao prestador de cuidados como à pessoa idosa. Estes instrumentos foram concebidos para ser aplicados por assistentes sociais e profissionais de saúde durante uma avaliação psicossocial. O E-IOA difere do IOA por ser aplicado como uma entrevista semiestruturada. Além disso, alguns itens foram excluídos devido a diferenças culturais, e outros foram expandidos para incluir subindicadores de maus-tratos.

Também foi identificada a QUALCARE (Linda R. Phillips, Morrison and Chae, 1990), uma ferramenta baseada na detecção de fatores de risco de maus-tratos, mencionada em três estudos realizados nos EUA, onde o instrumento foi desenvolvido. A QUALCARE foi desenhada para avaliar a qualidade dos cuidados, encarando os maus-tratos como intimamente associados a cuidados de negligentes (Pickering *et al.*, 2017). Este instrumento baseia-se na observação e exames físicos, incorporados na prática diária dos profissionais da enfermagem. O *Signs of Abuse Inventory* é mencionado em três estudos realizados em Israel, onde foi desenvolvido com base em instrumentos anteriores (Cohen *et al.*, 2006). Como o nome indica, este instrumento foca-se em detetar sinais de maus-tratos, necessitando de uma entrevista e exame físico conduzidos por assistentes sociais e enfermeiros. Também foi identificado o *Elder Abuse Instrument* (EAI; Fulmer *et al.*, 2000), mencionado em dois estudos e a versão revista do EAI referido em um estudo (Fulmer *et al.*, 2012). Os estudos que envolvem estes instrumentos foram realizados nos EUA. Ambos os instrumentos procuram a detecção de sinais de maus-tratos, com base nas competências de observação de profissionais treinados, especificamente prestadores de cuidados primários, enfermeiros de serviço de emergência e investigadores de serviços de proteção para adultos. A diferença entre o EAI e a sua versão revista é a inclusão de itens extra.

O *Client Assessment and Risk Evaluation* (CARE) é mencionado em um estudo realizado nos EUA (Burnett *et al.*, 2014). Trata-se de um instrumento de avaliação de risco, concebido para profissionais que trabalham em serviços de proteção de adultos, baseando-se tanto na observação como julgamento profissional.

As *Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons* (EDMA) foram desenvolvidas em Espanha por Touza, Prado e Segura (2012). Este instrumento baseia o seu processo de avaliação em questões que procuram a revelação de maus-tratos, fatores de risco e sinais de maus-tratos. A aplicação deste instrumento implica a avaliação da pessoa idosa e do alegado perpetrador. A avaliação é realizada por questionamento direto e observação feita por profissionais dos serviços sociais. O último instrumento que encontramos foi o *Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument* (REAMI), mencionado em um estudo. Este instrumento foi desenvolvido na Bélgica (De Donder *et al.*, 2018) e foi concebido para ser aplicado por profissionais de saúde e assistentes sociais

com base numa avaliação profissional feita a partir do seu conhecimento acerca dos casos que acompanham. Os itens do instrumento baseiam-se principalmente na avaliação dos fatores de risco, mas também incluem alguns sinais de maus-tratos.

No que diz respeito à eficácia destes instrumentos na deteção dos maus-tratos, temos de considerar não só a sensibilidade e especificidade, mas, uma vez que estas ferramentas dependem de competências observacionais e profissionais, também o acordo entre observadores. Infelizmente, não encontramos resultados relativos ao acordo de observadores ou sensibilidade/especificidade relativos a CARE, EAI-R, REAMI, e *Signs of Abuse Inventory*. Assim, embora as características psicométricas gerais destes instrumentos pareçam adequadas, mais informação é necessária para tecer considerações sobre a sua eficácia na deteção de maus-tratos.

A QUALCARE apresentou uma confiabilidade entre observadores de 0.65 para a escala completa, abaixo de 0.70, o valor que os autores apontaram como bom (Linda R Phillips, Morrison and Chae, 1990). Os resultados de sensibilidade e especificidade disponíveis não foram calculados para a escala completa, mas sim para cada subescala (Pickering *et al.*, 2017). Enquanto a sensibilidade das subescalas varia entre valores elevados (0.811 a 0.977), a variação da especificidade é muito alargada (0.167–1.000), não permitindo compreender de forma adequada a eficácia deste instrumento.

Quatro outros instrumentos apresentaram resultados de sensibilidade e especificidade para a sua pontuação total. Todos esses valores se encontram acima do requerido pela regra geral para a utilidade dos instrumentos de *screening* (Power, Fell and Wright, 2013). O melhor resultado foi encontrado para o E-IOA que, utilizando um ponto de corte de 2.7 indicadores, apresentou uma sensibilidade de 0.929 e uma especificidade de 0.979 (Cohen *et al.*, 2006). Estes resultados são melhores do que aqueles encontrados usando o IOA, que apresentou uma sensibilidade de 0,94 e uma especificidade de 0,85, mas utilizou um ponto de corte mais elevado, 16 indicadores (Touza, Martínez-Arias and Prado, 2018). Os resultados diferentes obtidos entre estes dois instrumentos com grandes semelhanças podem dever-se a diferenças culturais, uma vez que os dados da IOA foram recolhidos em Espanha, enquanto os dados E-IOA foram recolhidos em Israel. O instrumento EDMA, também desenvolvido em Espanha

(Touza, Prado and Segura, 2012), apresentou excelentes valores de sensibilidade e especificidade (0,932 e 0,88), mas como estes valores foram relatados em apenas um estudo, seria útil tentar replicar estes resultados.

Por último, valores de sensibilidade e especificidade do EAI (0,71 e 0,93) não são tão elevados como os dos outros instrumentos, mas apresentaram um acordo elevado entre observadores (88,9%), um bom indicador para um instrumento baseado em observação (Fulmer *et al.*, 2000). Em resumo, instrumentos de *screening* baseados em observação e avaliação detalhada parecem ser muito precisos na deteção dos maus-tratos. No entanto, parecem ser particularmente influenciados por diferenças culturais. Além disso, não há informação suficiente sobre o acordo entre observadores, crucial para avaliar instrumentos baseados em observação ou julgamentos clínicos dos profissionais.

Apesar destes instrumentos parecerem notavelmente precisos, há algumas limitações a reportar. Uma das principais desvantagens da utilização destes procedimentos é que a sua aplicação requer uma quantidade considerável de tempo. Devido à sua extensão, alguns destes instrumentos requerem uma aplicação repartida em mais do que uma sessão (por exemplo a QUALCARE). Ademais, estes procedimentos requerem formação muito mais alargada e especializada do que qualquer outro dos tipos de procedimento aqui discutidos. Algumas das competências necessárias para utilizar estes procedimentos são frequentemente específicas de uma ou mais áreas profissionais. Por exemplo, alguns instrumentos podem precisar de um exame físico e nem todas as classes profissionais envolvidas no *screening* estão habilitadas ou preparadas para realizar esse tipo de exame, não sendo o mesmo adequado em muitos casos. Estes instrumentos requerem conhecimentos profundos sobre o caso avaliado, o que não é compatível com o funcionamento de muitos contextos de trabalho, onde o contacto entre o profissional e a pessoa idosa é limitado e rápido. Saliente-se também que estas avaliações pormenorizadas são mais permeáveis a influências culturais, como referido em alguns dos resultados. Em consequência, todos estes procedimentos devem ser amplamente adaptados e testados antes de adotados em qualquer população.

Há vários aspetos positivos de destaque deste tipo de instrumento de *screening*. A eficácia destes instrumentos na deteção dos maus-tratos é maior do que com qualquer outro tipo de instrumento, o que significa que permitem uma melhor

alocação de recursos após o *screening*. Como dependem sobretudo na observação e julgamento de profissionais treinados, são dos poucos instrumentos que podem ser utilizados com pessoas com déficit cognitivo. Antes de decidir usar este tipo de instrumento, é necessário ponderar cuidadosamente os benefícios (alta-fidelidade) e custos (aplicação demorada) da sua aplicação, tendo em conta os recursos disponíveis.

c) Instrumentos de *screening* que especificam o perpetrador

Encontramos seis instrumentos que podem ser classificados nesta categoria. Contudo, quatro desses instrumentos requerem observação ou competências específicas de determinadas classes profissionais, pelo que foram incluídos na categoria anterior. Esses instrumentos foram o IOA, o E-IOA, a QUALCARE, e EDMA. Assim, nesta categoria iremos descrever os outros dois instrumentos, cujo principal foco é a avaliação de maus-tratos que ocorrem em relações específicas, nomeadamente na relação com o prestador de cuidados ou com membros da família de pessoas idosas. Estes dois instrumentos foram mencionados em sete estudos diferentes. Na Tabela 5 resumimos as principais características destes instrumentos.

Tabela 5 – Características dos instrumentos de screening que especificam o perpetrador

Instrumento	Número de itens	Informação psicométrica relevante	Sensibilidade/especificidade
<i>Caregiver Abuse Screen (CASE)</i>	8	Consistência Interna: Alfa de Cronbach varia entre 0.68 e 0.86; Estrutura interna: 1 estudo mostrou fit adequado a uma solução unidimensional, enquanto outros apoiaram uma solução de dois fatores; Associado com IOA, HS-EAST, CTS, fardo do prestador de cuidados, depressão, coping, baixo suporte social e distúrbios comportamentais relacionados com a doença de Alzheimer.	-
<i>Family Members Mistreatment of Older Adults Screening Questionnaire (FAMOASQ)</i>	15	Consistência Interna: Alfa de Cronbach = .89; Estrutura interna: Resultados de AFE mostram um fator único embora estivessem previstos 8 fatores teóricos.	Sensibilidade de 86% e especificidade de 90%; AUC 0.93

Destes instrumentos de *screening*, o CASE foi mencionado em seis estudos e o FAMOASQ em um.

O CASE foi desenvolvido no Canadá (Reis and Nahmiash, 1995) e tem sido usado na China, Itália, Brasil e Irão. O CASE é composto por 8 questões de resposta dicotómica (sim/não), dirigidas a um prestador de cuidados com o objetivo de divulgar situações abusivas. Este instrumento foi testado tanto com cuidadores formais como informais. Como as perguntas são feitas a um cuidador, só são tidos em conta os maus-tratos cometidos por essa pessoa.

O FAMOASQ foi desenvolvido no México (Ruelas-González *et al.*, 2018) para entrevistar e avaliar os maus-tratos perpetrados por membros da família de pessoas idosas que frequentam contextos de cuidados de saúde primários. As perguntas são dirigidas à pessoa idosa e não aos membros da família. Este instrumento foca-se sobre a avaliação dos fatores de risco através de 15 questões dicotómicas (sim/não).

No que diz respeito à eficácia destas medidas na deteção dos maus-tratos, não encontramos estudos que avaliem a sensibilidade e especificidade do CASE. As características psicométricas do instrumento que se encontram disponíveis são promissoras, mostrando associações com vários outros instrumentos utilizados para avaliar os maus-tratos. O FAMOASQ apresenta boa sensibilidade e especificidade, mas não há informação suficiente sobre as restantes características psicométricas.

Este tipo de instrumento tem várias limitações. Em primeiro lugar, é consideravelmente focado, avaliando apenas os maus-tratos cometidos por um número restrito de relações do adulto idoso. Segundo, especificamente com o instrumento CASE, o método de questionamento procura a divulgação de maus-tratos por parte da pessoa que os comete. A menos que as respostas sejam recolhidas no âmbito de uma relação empática e cuidadosamente construída, muitas pessoas ocultarão deliberadamente informações e fornecerão respostas falsas.

No entanto, estes instrumentos podem ser úteis sob certas condições, por exemplo, quando há uma clara suspeita de quem é o autor dos maus-tratos. Estes instrumentos também podem ser úteis se utilizados juntamente com outras formas de investigação, permitindo a recolha de informação a partir de múltiplas fontes.

d) Instrumentos de *screening* que avaliam uma única forma de maus-tratos

Nesta revisão, encontramos dez instrumentos que avaliam apenas uma forma de maus-tratos. Destes, quatro avaliam maus-tratos psicológicos/emocionais, um avalia negligência, dois avaliam autonegligência, um avalia tanto negligência como autonegligência, e dois avaliam exploração financeira. Não foram encontrados instrumentos para a avaliação de maus-tratos físicos ou sexuais. Estes instrumentos variam consideravelmente em extensão, método de questionamento e necessidade de avaliação profissional, mas a sua característica comum é focar-se em formas específicas de maus-tratos. Na Tabela 6 resumimos as principais características destes instrumentos.

Tabela 6 – Características dos instrumentos de screening que avaliam uma única forma de maus-tratos

Instrumento	Nº de itens	Informação psicométrica relevante	Sensibilidade/especificidade
<i>Maus-tratos Psicológicos/Emocionais</i>			
<i>Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEAB)</i>	20	Consistência interna: Alfa de Cronbach =.85; positivamente associado ao fardo	-
<i>Elders' Psychological Abuse Scale (EPAS)</i>	32	Consistência Interna: K-R20 =.82; Consistência teste-reteste variou entre 79% e 100%; Maus-tratos psicológicos associados a défices físicos e cognitivos.	-
<i>Older Adult Psychological Abuse Measure (OAPAM)</i>	31	Consistência Interna: Alfa de Cronbach =.87;	-
<i>Perceived Emotional Abuse Scale for Adults (PEASA)</i>	61	Consistência Interna: Alfa de Cronbach =.95;	-
<i>Exploração Financeira</i>			
<i>Financial Exploitation Vulnerability Scale (FEVS)</i>	9	Consistência Interna: alfa de Cronbach =.85; Estrutura interna: AFE+AFC indicaram uma estrutura unifatorial, mas com baixo fit; pontuação relacionada com mau desempenho na função executiva, dificuldades de leitura e menor educação.	Sensibilidade = 0.75, Especificidade = 0.70; AUC: 0.82
<i>Older Adult Financial Exploitation</i>	3 versões: 79 itens;	Consistência interna: = .92; Estrutura interna: Unidimensional;	-

<i>Measure (OAFEM)</i>	54 itens e 30 itens	Pontuação associada à baixa numeração	
<i>Negligência e autonegligência</i>			
<i>Signs of neglect inventory</i>	12	Consistência interna: alfa de Cronbach para os fatores = .82; Associado à carga do cuidador, menor nível educacional, menor estatuto socioeconômico, incontinência e maior fragilidade.	
<i>Self-Reported Neglect Scale (SRNS)</i>	12	Estrutura interna: AFE e AFC indica uma estrutura de dois fatores (necessidades básicas e necessidades psicológicas) com bom fit; Consistência interna: alfa de Cronbach para os fatores = .81 e .91; Positivamente correlacionado com VASS, GMS (negligência), e depressão	-
<i>Self-Neglect Severity Scale (SSS)</i>	37	Alto acordo entre observadores	0.86 e 0.53
<i>Vulnerability Risk Index of Self-Neglect</i>	18	-	AUC: 0.76

Foram encontrados quatro instrumentos para avaliar maus-tratos psicológicos e emocionais, cada um mencionado em um estudo. O CPEAB (Wang, Lin and Lee, 2006) e a EPAS (Wang, Tseng and Chen, 2007) foram ambos desenvolvidos em Taiwan, focando-se em maus-tratos psicológicos perpetrados por prestadores de cuidados. O CPEAB é uma medida de autorrelato que procura a divulgação de maus-tratos, enquanto a EPAS é mais extensa, requer a observação de sinais de maus-tratos e implica questionar tanto a pessoa idosa como o prestador de cuidados sobre situações de maus-tratos. O OAPAM foi desenvolvido nos EUA (Conrad *et al.*, 2011) para apoiar os serviços de proteção de adultos na procura de sinais de maus-tratos psicológicos e elaborar questões que levem à divulgação de situações de maus-tratos. A PEASA foi desenvolvida na Turquia (Aslan and Erci, 2020) e é um instrumento de questionamento direto. Nenhum destes instrumentos apresentou análises à sua sensibilidade/especificidade e todos eles mostraram pouca informação relativa às suas características psicométricas. Estes instrumentos foram utilizados em poucos estudos, pelo que não há informação suficiente para tecer considerações sobre a sua eficácia.

Foram encontrados dois instrumentos relativos à avaliação da exploração financeira. A FEVS é a forma curta de um instrumento de avaliação de risco desenvolvido nos EUA (Campbell and Lichtenberg, 2020). O OAFEM foi

mencionado em três estudos, dois realizados nos EUA e um na Irlanda. Este instrumento tem três formas, com diferentes números de itens, e tem como objetivo levar à divulgação de situações de maus-tratos, avaliar o risco e, também, identificar sinais. Este instrumento foi construído para apoiar os serviços de proteção de adultos (Conrad *et al.*, 2010). Sobre a sua eficácia, apenas a FEVS apresenta valores de sensibilidade e especificidade, abaixo dos valores estipulados pela regra geral de adequação. O OAFEM apresenta uma variedade de indicadores psicométricos, mas não há informação sobre a sua capacidade de detetar exploração financeira.

Encontramos quatro instrumentos sobre negligência e autonegligência, cada um mencionado em um estudo. O *Signs of Neglect Inventory* (Cohen, 2008) foi desenvolvido em Israel e foca-se exclusivamente em negligência. Este instrumento foi desenhado para ser utilizado por assistentes sociais e enfermeiros, procurando sinais de negligência, através de questionamento direto e exames físicos.

A SRNS é um instrumento de autorrelato desenhado na Polónia que inquiri adultos idosos, procurando levar à revelação de situações de negligência e autonegligência (Zawisza *et al.*, 2020). A SSS (Kelly *et al.*, 2008) e o *Vulnerability Risk Index of Self-Neglect* (Wang *et al.*, 2020) foram desenvolvidos nos EUA, e ambos avaliam exclusivamente a autonegligência. Ambos os instrumentos dependem da observação, mas a SSS é usada por serviços de proteção de adultos para determinar o risco de autonegligência e o *Vulnerability Risk Index of Self-Neglect* é usado por profissionais de saúde para identificar sinais de autonegligência. Sobre a eficácia destes instrumentos, apenas foi encontrada informação relativa à SSS, revelando baixa eficácia. Embora alguns destes instrumentos apresentem características psicométricas promissoras é necessária mais investigação para determinar a sua eficácia.

Os instrumentos de *screening* que avaliam apenas uma forma de maus-tratos têm várias limitações. Primeiro, e o mais relevante, a sua avaliação é limitada a uma única representação de maus-tratos. Segundo, não há instrumentos para avaliar os maus-tratos físicos e sexuais. Consequentemente, se se pretender fazer uma avaliação por tipo de maus-tratos, não há instrumentos para avaliar a sua totalidade. Terceiro, dos instrumentos analisados, nenhum parece ser particularmente eficaz. E quarto, os instrumentos variam consideravelmente no

seu método de inquérito e na sua extensão. Como tal, utilizar mais do que um pode colocar sérios desafios do ponto de vista de organização.

Apesar destas limitações, há situações em que estes instrumentos podem ser úteis. Nos casos em que se sabe que a pessoa idosa é alvo de uma forma específica de maus-tratos, um destes instrumentos pode ser usado para avaliar rotineiramente o caso e acompanhar qualquer alteração. Os instrumentos direcionados à exploração financeira podem ser particularmente úteis uma vez que esta forma de maus-tratos é, por vezes, difícil de detetar, especialmente em contextos relacionados com cuidados de saúde. Considerando todos os pontos, os instrumentos que avaliam apenas uma forma de maus-tratos têm utilidade em algumas situações, mas a sua aplicabilidade em contexto de *screening* é limitada.

Caracterização do uso de instrumentos e procedimentos de *screening* nos países parceiros do projeto

Com vista em compreender a utilização de instrumentos e procedimentos de *screening* nos países da parceria SAVE, os representantes de cada país responderam a um conjunto de questões sobre hábitos e práticas de *screening* no seu país. A informação aqui reportada foi recolhida consultando várias fontes, nomeadamente: artigos científicos, documentação/procedimentos nacionais oficiais, documentação/princípios orientadores das associações profissionais e consultando profissionais com experiência de campo.

Processo de *screening*:

Existem procedimentos de screening atualmente em uso?

Tanto quanto fomos capazes de determinar, não há procedimentos de *screening* a ser, presentemente, utilizados em Itália, Chipre e Portugal. Neste país, existem algumas iniciativas que envolvem *screening*, principalmente relacionadas com investigação e com um projeto anterior, o projeto SAFE. A APAV (Associação de Apoio À Vítima), sendo a principal organização portuguesa relacionada com a proteção de vítimas de crime, faz avaliação de risco em vários grupos etários, inclusivamente em adultos idosos. Não foi encontrada informação acerca das medidas e metodologias utilizadas neste contexto.

Na Polónia, algumas cidades têm programas de *screening*, utilizando instrumentos como a *Geriatric Mistreatment Scale* (GMS), a *Self-Reported*

Neglect Scale (SRNS), e a *Vulnerability to Abuse Screening Scale* (VASS). Existe ainda o *Blue Card procedure*, dedicado à violência em geral. Na Finlândia, os instrumentos de *screening* não são especializados para os maus-tratos a pessoas idosas, mas sim para a violência doméstica, incluindo as seguintes questões de rotina:

1. Já experienciou violência física, psicológica ou sexual em alguma das suas relações íntimas?
2. A violência que sofreu ainda afeta a sua saúde, bem-estar ou capacidade em gerir a sua vida diária?
3. Existe alguma violência física, psicológica ou sexual nas suas relações íntimas atuais?

Se o cliente/paciente responder "sim" às perguntas 2 e 3, a entrevista continua com uma avaliação mais detalhada. Esta avaliação de violência doméstica também inquiri sobre a perspectiva do avaliado sobre quanto acha que a violência afeta o seu presente estado de saúde, bem-estar e segurança. No final, o profissional faz um julgamento sobre o caso e decide para que serviço o avaliado deve ser encaminhado.

Existem critérios ou recomendações padronizadas sobre quando iniciar um processo de o screening? Ou são todos os adultos idosos alvo de screening?

Não existem critérios padrão para iniciar um processo de *screening* em Portugal, Itália, Chipre, Finlândia e Polónia. Na Finlândia, o *National Institute for Health and Welfare* recomenda a avaliação sistemática de violência doméstica nos serviços sociais e de saúde, incluindo nos cuidados a pessoas idosas.

Em que contextos de saúde/sociais são aplicados estes procedimentos?

Nenhum dos países parceiros faz *screening* sistemático de maus-tratos a pessoas idosas. Na Polónia, o *Blue Card procedure* é iniciado quando um profissional, durante as suas funções, suspeita de um caso de violência devido a informações dadas por um familiar, testemunha ou vítima.

No Chipre, a avaliação é conduzida em contexto clínico, domiciliário, institucional ou em serviços de urgência, após uma queixa.

Na Finlândia, o formulário de avaliação de violência doméstica (THL) é aplicado a nível nacional em maternidades e clínicas pediátricas, parte do sistema público de cuidados de saúde.

Que profissionais fazem screening?

Em todos os países, o *screening* pode ser feito por profissionais de saúde e sociais.

Estes profissionais dispõem de alguma formação específica sobre o processo de screening de maus-tratos a pessoas idosas?

Não existe formação específica e sistemática sobre o processo de *screening* em nenhum dos países incluídos neste projeto.

São utilizados instrumentos estandardizados (instrumentos de screening)?

Na Polónia, no *Blue Card procedure*, os instrumentos são definidos numa regulação do conselho de ministros estabelecido a 13 de setembro de 2011 como o procedimento "*Blue Card*" e os formulários "*Blue Card*". Os instrumentos estandardizados incluem a GMS e a VASS. Nenhum dos outros países utiliza, oficialmente, instrumentos estandardizados.

Estes procedimentos estão validados para o país?

Na Polónia, a VASS está validada. Em Portugal há indicadores de validade para a QEEA (*Questions to elicit elder abuse*), EASI, VASS e HS-EAST.

Recomendações de screening:

Existem ideias ou reflexões dos cuidados de saúde ou serviços sociais acerca do screening de maus-tratos a pessoas idosas?

Em geral, as recomendações dos serviços de saúde e sociais são dirigidas a casos suspeitos e não para o *screening* em massa. No entanto, há algumas iniciativas em curso.

Na Polónia, no caso do *Blue Card procedure*, as recomendações são para a recolha sistemática de informação, envolvendo vários serviços e atividades, elaboração de atividades educativas dirigidas à sociedade, procurando uma abordagem individualizada na prestação de informação às vítimas de violência.

Na Finlândia, o instrumento EASI (Yaffe *et al.*, 2008) foi traduzido para finlandês por uma equipa médica especializada do hospital de Malmi em dezembro de 2017, seguindo um protocolo dado pelo autor do instrumento. O instrumento foi alvo de um teste piloto no serviço de urgências do hospital de Malmi entre 15 e 21 de janeiro de 2018 e, novamente, entre 4 e 17 de junho de 2018. Antes do teste piloto, a equipa médica investigou durante um mês a utilização em serviço de urgências do protocolo PAKE (*Medical Examination Protocol of Battered Patient*), utilizado em serviço de urgências em casos de maus-tratos a pessoas idosas. Durante esse mês, o protocolo PAKE apenas foi ativado uma vez, atendendo um paciente de 61 anos, agredido pelo seu neto. A equipa médica concluiu que as pessoas idosas vítimas de violência doméstica raramente são reconhecidas nos serviços de urgência, pelo que implementou o teste piloto do EASI. O instrumento foi utilizado em pessoas com 75 ou mais anos, aparentemente capacitadas do ponto de vista cognitivo que chegassem aos serviços de urgência. As equipas do serviço de urgência receberam treino na aplicação do instrumento em dois momentos, de 15 a 21 de janeiro de 2018 para o primeiro piloto e de 4 a 17 de junho para o segundo piloto. A formação foi ministrada por uma especialista em violência em relações de intimidade (Sirikka Perttu). No total, 39 profissionais foram treinados no uso do EASI. Durante os dois pilotos foram preenchidos 26 formulários do EASI. Cinco pacientes relataram ter experienciado, pelo menos, uma das formas de violência avaliadas pelo instrumento, nomeadamente, ameaças e violência física e sexual. Dois pacientes (ambos do sexo feminino) recusaram-se a responder às questões. Um deles estava acompanhado pelo filho adulto e o outro admitiu ser vítima, mas recusou-se a falar de violência, recusando também assistência. Um total de dez profissionais dos serviços de urgência preencheram questionários de feedback. Os profissionais relataram que a violência é uma questão sensível para os pacientes, deste modo, muitos profissionais recusaram-se a responder. As experiências dos profissionais variaram: “o formulário demorou um tempo surpreendentemente longo”, “questão muito delicada para os pacientes”, “muitas coisas para perguntar”, “pacientes não querem responder”.

Quem decide se se vai fazer screening? Existem diretrizes?

Na Polónia, o *Blue Card procedure* pode ser iniciado pelos serviços sociais, polícia, sistema educativo, unidades de cuidados de saúde ou membros da comissão para a resolução de problemas com o álcool. A suspeita de violência familiar é suficiente para iniciar o procedimento. No caso de *screening* sistemático, a decisão está nas mãos da gestão das entidades de saúde e das instituições de assistência social. Nos serviços que servem o sector público pode ser necessária a aprovação do governo local ou regional.

No Chipre, não há diretrizes sobre *screening*, mas qualquer implementação está sujeita ao regulamento do serviço ou contexto em que o *screening* for inserido.

Na Finlândia, a decisão de fazer *screening* pode ser tomada pelas direções médicas e de enfermagem locais/regionais de hospitais ou centros de saúde em serviços públicos e privados. Os serviços sociais e de saúde também podem decidir utilizar procedimentos de *screening* (tal foi implementado em 2004, quando uma decisão ministerial decidiu utilizar instrumentos de *screening* em maternidades e clínicas pediátricas). No entanto, não existem diretrizes oficiais para os maus-tratos a pessoas idosas.

Em Itália, não existem diretrizes, mas há uma recomendação geral para a avaliação do risco (que inclui os maus-tratos a pessoas idosas) a todos os adultos idosos admitidos nos serviços de urgência (Mussi, Pinelli and Annoni, 2008).

Em Portugal, não existem orientações, mas a decisão de adotar procedimentos de *screening* pode ser tomada pelos conselhos de administração/clínicos das instituições a nível local ou regional.

Que resultados ou consequências são atribuídas ao processo de screening?

A partir do teste piloto do instrumento EASI no hospital de Malmi, na Finlândia, concluiu-se que:

- É necessária mais informação prática sobre *screening*: como será feito, quem vai usar o instrumento de *screening* (todo o *staff* ou apenas parte, por exemplo, apenas enfermeiros ou apenas médicos);
- Como deve ser partilhada a informação obtida: reuniões de equipa, eventos de formação, outros;

- Em cada unidade, deve haver uma pessoa responsável que cuide dos aspetos práticos da implementação (relembrar os profissionais de conduzir o *screening*, recolher os dados, etc.)
- A formação para a utilização de instrumentos de *screening* deve ser o mais prática possível (role-play, como fazer as perguntas, discutir os resultados com o paciente/cliente, etc.)
-

Screening e obrigações profissionais:

Existe alguma formação profissional que defenda a aplicação de screening a todos os adultos idosos?

Não, em nenhum dos países parceiros.

Existe alguma formação profissional que identifique critérios/sinais/sintomas que tornam o screening recomendável?

Na Polónia, os serviços envolvidos no *Blue Card procedure* frequentam formações sobre o funcionamento do procedimento, sendo essa formação geral – não específica aos maus-tratos a pessoas idosas. A equipa da *Association for Counteracting Domestic Violence "Blue Line"* também faculta formação. Essa formação é baseada no *Blue Card procedure*, focando-se em competências de organização e trabalho em equipas multidisciplinares, trabalhar com pessoas com experiências de violência e trabalhar com agressores. A formação completa está disponível no website <http://www.niebieskalinia.org/oferta-szkolen-na-zamowienie>.

No Chipre, existem ocasionalmente conferencias e sessões sobre o tema dos maus-tratos, sendo dirigidas aos participantes dos eventos e, portanto, não são generalizadas. No contexto da formação contínua de enfermeiros, existem seminários dedicados ao tema da violência doméstica e dos maus-tratos a pessoas idosas. A *Community Nursing Committee of the Cyprus Nurses and Midwifery Association* organiza seminários e workshops sobre violência doméstica e maus-tratos a pessoas idosas. Estes eventos educativos visaram sensibilizar os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, sobre o tema dos maus-tratos a pessoas idosas, a sua identificação e intervenção.

Na Finlândia não existe nenhuma formação específica sobre o *screening*, mas os profissionais de saúde e áreas sociais da cidade de Helsínquia recebem formação sobre como identificar (de forma não sistemática) e encaminhar casos de maus-tratos. Ademais, na Finlândia Oriental existe formação sobre como identificar os maus-tratos.

Em Portugal, as comissões de proteção de pessoas idosas e os cuidados de saúde primários recebem formação sobre maus-tratos que devem depois disseminar pelas suas equipas. A APAV também faz sessões de formação e esclarecimento com vista a aumentar a sensibilidade para o tema dos maus-tratos.

Existe alguma obrigatoriedade de conduzir screening em alguma classe profissional?

Na Polónia, Portugal, Chipre e Itália, não há obrigação de conduzir *screening*.

Na Finlândia, apenas enfermeiros em maternidades e clínicas pediátricas são obrigados a conduzir *screening* para violência doméstica.

Quando o screening é positivo para maus-tratos, há alguma obrigação de efetuar uma denúncia?

Em Itália, todos os profissionais de saúde e funcionários públicos são legalmente obrigados a reportar qualquer evento que constitua crime e possa ser alvo de um processo.

Na Polónia, o preenchimento do *Blue Card procedure* não é o mesmo que denunciar um crime, não constituindo base para desencadear um processo judicial. Se for efetuada uma denúncia quando o *Blue Card procedure* é iniciado, a sua documentação pode ser utilizada como evidência, informando a polícia da existência de violência familiar. Os responsáveis locais são obrigados a entrar em contacto com a família em sete dias e fica encarregue de monitorizar a situação e fazer visitas mensais de acompanhamento. No caso de instituições públicas (por exemplo, escolas, serviços), existe uma obrigação de denunciar qualquer atividade que constitua crime. A notificação de um crime violento é exigida pelo Art. 12 sec. 1 e 2 de 29 de julho de 2005, sobre o combate à violência doméstica: "As pessoas que, no âmbito do exercício das suas funções oficiais ou profissionais, suspeitarem que foi cometido um crime de violência doméstica, notificarão imediatamente a Polícia ou o procurador deste facto.". A obrigação de denunciar

crimes processados *ex officio* é mencionada no Art. 304 § 2 do Código de Processo Penal: "As instituições estatais e locais que tenham uma suspeita razoável de um delito, numa situação que represente uma ameaça direta à saúde e à vida humana, são obrigadas a notificar imediatamente o procurador ou a Polícia sobre o assunto, e a tomar as medidas necessárias até à chegada de uma autoridade ou até que uma autoridade emita uma ordem adequada para impedir a obliteração de vestígios e provas de uma infração."

No Chipre, não é conduzido *screening*, mas a Procuradoria-Geral é particularmente sensível aos casos de violência doméstica. Por carta oficial do Procurador-Geral, arquivo no. 50 (C) /1992/N.42 de 11.6.1998 A todos os funcionários do Estado: "cada funcionário do Estado, tais como Agente de Bem-Estar, Oficial de Polícia, Médico, Psiquiatra, Psicólogo, Professor, profissional de saúde, quando se aperceba de um caso de violência ou possível violência doméstica é obrigado a reportar ao Gabinete Geral dentro de 7 dias."

Na Finlândia, é obrigatório reportar casos às autoridades de assistência social. Em Portugal, a denúncia de suspeita não obriga à apresentação de uma notificação de crime. Por conseguinte, não constitui fundamento para o início de um processo penal. No entanto, se for apresentada informação após uma avaliação mais detalhada, essa informação pode ser utilizada como evidência em processos judiciais.

Qual é a relação entre a decisão técnica decorrente do screening e o sistema legal?

Com exceção da obrigatoriedade de denúncia abordada na questão anterior, parece não haver qualquer ligação entre o *screening* e o sistema legal.

Quando o screening aponta um resultado positivo é feito algum follow-up?

Na Polónia, a equipa interdisciplinar (*Blue Card Procedure*) monitoriza a situação de acordo com um plano de ação acordado com a vítima. Na Finlândia, os assistentes sociais são obrigados a garantir um *follow-up* dos casos. Em Portugal, as comissões de proteção de adultos idosos dos cuidados de saúde primários e a APAV fazem o *follow-up* dos casos reportados.

Que tipo de follow-up?

Na Polónia, para unidades organizacionais de assistência social, as atividades de *follow-up* (não específicas aos maus-tratos a adultos idosos) incluem:

Trabalho social, incluindo visitas regulares à comunidade, informação sobre as condições de utilização de benefícios monetários do serviço social, indicação da possibilidade de utilização de assistência psicológica, jurídica e de aconselhamento - médico, profissional e familiar - referência da potencial vítima de violência doméstica a um centro especializado no apoio a vítimas nessa situação, referência de crianças para centros de cuidado e apoio educacional (por exemplo, clube educacional pós-escolar), notificação ao tribunal de família sobre situações relacionadas com a tutela de crianças.

Quando aplicável, a Comissão Municipal de Resolução de Problemas de Álcool procede ao encaminhamento para grupos de apoio a pessoas com dependência, informando sobre possibilidades legais de levar o perpetrador de violência doméstica para se submeter a tratamento sobre a dependência de substâncias, ou encaminhamento para grupos terapêuticos, ou grupos de autoajuda.

A Polícia procede a visitas sistemáticas para verificar a segurança da potencial vítima de violência doméstica, informa-a de que as violências físicas e psicológicas constituem um crime e delinea aspetos de responsabilidade penal, informando sobre a possibilidade de realizar um exame médico, início de um processo de instrução, e solicitando ao promotor que aplique as medidas preventivas adequadas.

O sistema educativo encaminha casos proporcionando às crianças de uma família com casos de violência ajuda psicológica e pedagógica no jardim de infância, escola ou outra instituição, respetivamente, sob a forma de atividades terapêuticas e aulas de compensação, e atividades especializadas, tais como terapia da fala, orientação educacional, vocacional e profissional. No caso de crianças do ensino básico e secundário, o apoio inclui consultas de aconselhamento, prestando aos pais/encarregados de educação assistência psicológica e pedagógica na forma de conselhos, palestras, workshops ou formação ou assistência material. A assistência material pode ser sob a forma de férias, alimentação, bolsa de estudos, subsídio escolar, estabelecer contacto com clínicas de psicologia ou pedagogia, notificar o tribunal da situação familiar e da

criança, bem como informar os pais/encarregados de educação sobre a possibilidade de obter assistência oferecida por outras instituições.

Nos serviços de saúde, o encaminhamento de casos suspeitos de violência doméstica é feito através da marcação de consultas adicionais, incluindo na especialidade de psiquiatria, onde pode ser obtida uma declaração médica, certificando a origem dos danos sofridos como resultantes de violência doméstica.

Na Finlândia, o *follow-up* de casos é feito através de visitas domiciliárias e/ou acompanhamento nos cuidados de saúde. A documentação dos casos é obrigatória.

Em Portugal, a linha primária de *follow-up* inclui visitas e avaliações por parte da segurança social.

4. Conclusão

O fenômeno dos maus-tratos a pessoas idosas ocorre em todo o mundo. A prevalência exata é muito difícil de estimar, e a identificação de casos é um tema complexo que requer uma abordagem multidisciplinar. Nesta revisão sistemática, pretendemos: 1) compreender os prós e os contras dos procedimentos de *screening*, 2) compreender a percepção que os profissionais e as pessoas idosas têm sobre o *screening* de maus-tratos, e 3) sistematizar a informação existente sobre instrumentos de *screening*.

Com base nos resultados encontrados, a principal vantagem do *screening* constituir o primeiro passo para a intervenção, uma vez que não é possível intervir em casos sem, num primeiro momento, os identificar. Os procedimentos de *screening* oferecem uma metodologia de identificação de maus-tratos baseada em investigação científica, proporcionando também um modelo sistemático de documentação dos casos. A divulgação destes procedimentos ajuda também a sensibilizar os profissionais de saúde e de apoio social sobre o tema dos maus-tratos a pessoas idosas (Antezberger, 2008). Há alguns fatores que desencorajam o uso de procedimentos de *screening*, emergindo, principalmente, de lacunas no conhecimento sobre o processo. Têm sido identificados vários potenciais efeitos negativos da utilização de *screening* neste contexto (Cohen, 2011; Dong, 2015; Gallione *et al.*, 2017), mas a frequência com que esses efeitos se manifestam é, ainda, desconhecida. Ainda não é conhecida a rentabilidade de custos-benefícios da implementação de programas de *screening*. As limitações ao nível da eficácia e aplicabilidade de alguns instrumentos de *screening* foram também identificadas como obstáculos à elaboração de programas de *screening*.

Quanto às percepções sobre o *screening*, em geral, os profissionais consideram o *screening* como uma ferramenta útil. Porém, o uso destes procedimentos compete com as exigências do seu contexto de trabalho, pelo que muitos profissionais reportam dificuldades relacionadas com a falta de tempo, conhecimento e formação sobre o *screening* de maus-tratos a pessoas idosas (Gallione *et al.*, 2017). A opinião das pessoas idosas sobre o *screening* é raramente tida em consideração, sendo necessária mais investigação para suprir esta lacuna.

Quanto aos instrumentos, encontramos uma considerável variabilidade de instrumentos em uso em contextos práticos (ver Anexo 1). Como exposto na

secção de resultados, poucos são os instrumentos que atingem os valores de eficácia mínimos, sendo os instrumentos mais eficazes aqueles que requerem maior tempo de aplicação e mais competências de aplicação por parte dos profissionais. Estes resultados ajudam a identificar dois desafios principais na aplicação de *screening* a maus-tratos a pessoas idosas: 1) o desenvolvimento e teste de instrumentos eficazes e de rápida aplicação e 2) o treino de profissionais de múltiplas áreas na administração e interpretação desses instrumentos, bem como em garantir que os procedimentos de encaminhamento adequados são adotados.

O projeto SAVE tem como objetivo desenvolver um *curriculum* de treino sobre o *screening* de maus-tratos a pessoas idosas dirigido a profissionais de saúde e das áreas sociais, ajudando assim a colmatar o segundo desafio.

Existe também uma necessidade urgente de conhecer as consequências e, inclusivamente, possíveis perigos derivados do processo de *screening*. Tal informação é essencial para desenvolver diretrizes para auxiliar o processo de *screening*, algo que também é visado no presente projeto.

Mesmo não existindo informação suficiente sobre os potenciais efeitos negativos do *screening*, as características dos instrumentos existentes, mais especificamente a baixa eficácia e longa aplicação, são, por si só, suficientes para sugerir muita prudência na adoção de procedimentos de *screening*. Dada a falta de conhecimento sobre possíveis efeitos adversos do *screening* e dadas as características dos instrumentos disponíveis, a aplicação massificada desta estratégia não pode ser recomendada, uma conclusão já anteriormente mencionada na literatura (Wang *et al.*, 2015). Fazendo um balanço de possíveis riscos, benefícios e limitações dos instrumentos, é provável que o *screening* seletivo a grupos de risco, uma estratégia alternativa ao *screening* em massa (Speechley *et al.*, 2017), seja mais vantajoso, apesar de, mesmo nesse caso, a evidência não ser conclusiva (Wang *et al.*, 2015). Em contextos de cuidados de saúde, o *screening* poderá ser direcionado a pessoas com maior risco de experienciar maus-tratos. Existe investigação extensiva sobre fatores de risco e grupos em elevado risco de maus-tratos. Mesmo a adoção de *screening* seletivo não está livre de desafios. Os critérios de inclusão no processo de *screening* devem ser determinados com base em evidência científica e precisos, por forma e evitar gerar estigmatização de determinados grupos e evitar acrescer ao risco já

existente. Os critérios podem ser mais amplos ou mais restritos, dependendo da disponibilidade de recursos (por exemplo, profissionais treinados, tempo). Ainda assim, é importante lembrar que o processo de *screening* não é um processo de diagnóstico, sendo que a confirmação dos casos requer uma avaliação adicional e mais detalhada.

Por fim, é importante notar que os instrumentos de *screening* são particularmente úteis para a formação de profissionais, promovendo nestes a consciencialização sobre a necessidade de adotar uma metodologia organizada e sistematizada de questionamento. Mais importante do que os instrumentos é desenvolver as competências subjacentes a um processo de *screening*, nomeadamente, competências de escuta ativa e de resolução de problemas, bem como promover uma visão mais abrangente das circunstâncias e fatores contextuais e intrínsecos à pessoa idosa que atuam ao nível do risco de maus-tratos.

Referências

Action on Elder Abuse (1995) “New definition of abuse.” London: Action on Elder Abuse Bulletin.

American Psychological Association (2012) “Elder Abuse and Neglect: In Search of Solutions.” Washington D.C.: APA.

Anetzberger, G. J. (1998) “Psychological abuse and neglect: A cross-cultural concern to older Americans,” in Prevratil, J. F. and Tatara, T. (eds.) *Understanding and Combating Elder Abuse in Minority Communities*. Long Beach, CA: Archstone Foundation, pp. 141–151.

Anetzberger, G. J. G. J. (2001) “Elder abuse identification and referral: The importance of *screening* tools and referral protocols,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(2), pp. 3–22. doi: 10.1300/Jo84v13n02_02.

Anthony, E. K. E. K. *et al.* (2009) “Assessing elder mistreatment: Instrument development and implications for adult protective services,” *Journal of Gerontological Social Work*, 52(8), pp. 815–836. doi: 10.1080/01634370902918597.

Aravanis, S. C. *et al.* (1993) “Diagnostic and Treatment Guidelines on Elder Abuse and Neglect,” *Archives of Family Medicine*, 2(4), pp. 371–388. doi: 10.1001/archfami.2.4.371.

Aslan, H. and Erci, B. (2020) “The incidence and influencing factors of elder abuse and neglect,” *Journal of Public Health (Germany)*, 28(5), pp. 525–533. doi: 10.1007/s10389-019-01071-7.

Badenes-Ribera, L., Fabris, M. A. and Longobardi, C. (2021) “Elder Mistreatment in an Italian Population: Prevalence and Correlates,” *The International Journal of Aging and Human Development*, 92(1), pp. 83–99. doi: 10.1177/0091415019875454.

Baig, M. A. *et al.* (2015) “Community emergency medicine: Benefits and challenges of *screening* for elder abuse in the emergency department of a developing country,” *World Journal of Emergency Medicine*, 6(4), pp. 261–264.

Baker, A. (1975) “Granny-battered,” *Modern Geriatrics*, 5, p. 2024.

Bandura, A. (1978) “Social Learning Theory of Aggression,” *Journal of Communication*, 28(3), pp. 12–29. doi: 10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x.

Blau, P. M. (1964) *Exchange and Power in Social Life*. New York: John Wiley & Sons.

- Blundell, B., Warren, A. and Moir, E. (2020) "Elder abuse protocols: identifying key features and establishing evidence for their use and effectiveness," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), pp. 134–151. doi: 10.1080/08946566.2020.1736225.
- Brandl, B. and Raymond, J. (2012) "Policy implications of recognizing that caregiver stress is not the primary cause of elder abuse," *Generations*, 36(3), pp. 32–39.
- Burnett, J. *et al.* (2014) "Four Subtypes of Self-Neglect in Older Adults: Results of a Latent Class Analysis.," *J Am Geriatr Soc*, 62(6), pp. 1127–1132. doi: 10.1111/jgs.12832.
- Burston, G. R. (1975) "Letter: Granny-battering.," *British medical journal*, 3(5983), p. 592. doi: 10.1136/bmj.3.5983.592-a.
- Caldwell, H. K., Gilden, G. and Muelle, M. (2013) "Elder abuse screening instruments in primary care: An integrative review, 2004 to 2011," *Clinical Geriatrics*, 21(1), pp. 20–25.
- Campbell, R. J. and Lichtenberg, P. A. (2020) "A Short Form of the Financial Exploitation Vulnerability Scale," *Clinical Gerontologist*. doi: 10.1080/07317115.2020.1836108.
- Choi, Y. J. *et al.* (2018) "Associations among elder abuse, depression and PTSD in South Korean older adults," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9). doi: 10.3390/ijerph15091948.
- Cohen, M. *et al.* (2006) "Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers," *Journal of Aging and Health*, 18(5), pp. 660–685. doi: 10.1177/0898264306293257.
- Cohen, M. *et al.* (2007) "Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse," *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(8), pp. 1224–1230. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01269.x.
- Cohen, M. (2008) "Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting," *Internal Medicine Journal*, 38(9), pp. 704–707. doi: 10.1111/j.1445-5994.2008.01630.x.
- Cohen, M. (2011) "Screening tools for the identification of elder abuse," *Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6), pp. 261–270.

- Conrad, K. J. *et al.* (2010) "Self-report measure of financial exploitation of older adults," *Gerontologist*, 50(6), pp. 758–773. doi: 10.1093/geront/gnq054.
- Conrad, K. J. *et al.* (2011) "Self-report measure of psychological abuse of older adults," *Gerontologist*, 51(3), pp. 354–366. doi: 10.1093/geront/gnq103.
- Curry, S. J. S. J. *et al.* (2018) "Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement," *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 320(16), pp. 1678–1687. doi: 10.1001/jama.2018.14741.
- Department of Justice Canada (2009) *Abuse of Older Adults: Department of Justice Canada Overview Paper*. Ottawa.
- de Donder, L. *et al.* (2011) "European map of prevalence rates of elder abuse and its impact for future research," *European Journal of Ageing*, 8(2), pp. 129–143. doi: 10.1007/s10433-011-0187-3.
- De Donder, L. *et al.* (2011) "Perpetrators of abuse against older women: A multi-national study in Europe," *Journal of Adult Protection*, 13(6), pp. 302–314. doi: 10.1108/14668201111194212.
- De Donder, L. *et al.* (2018) "Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation," *Educational Gerontology*, 44(2–3), pp. 108–118. doi: 10.1080/03601277.2017.1417810.
- Dong, X. (2005) "Medical implications of elder abuse and neglect," *Clinics in Geriatric Medicine*, 21(2), pp. 293–313. doi: 10.1016/j.cger.2004.10.006.
- Dong, X. (2015) "Screening for Elder Abuse in Healthcare Settings: Why Should We Care, and Is It a Missed Quality Indicator?," *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), pp. 1686–1688. doi: 10.1111/jgs.13538.
- Dowd, J. J. (1975) "Aging as exchange: a preface to theory," *Journals of Gerontology*, 30(5), pp. 584–594. doi: 10.1093/geronj/30.5.584.
- Ejaz, F. K. *et al.* (2001) "Evaluating the Ohio elder abuse and domestic violence in late life screening tools and referral protocol," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13(2), pp. 39–57. doi: 10.1300/Jo84v13n02_04.
- Filipska, K. *et al.* (2019) "Prevalence of elder abuse and neglect: screening in Poland families," *European Geriatric Medicine*, 10(5), pp. 817–825. doi: 10.1007/s41999-019-00224-x.

- Fulmer, T. *et al.* (2000) “Elder neglect assessment in the emergency department,” *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), pp. 436–443. doi: <https://doi.org/10.1067/men.2000.110621>.
- Fulmer, T. *et al.* (2012) “Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics,” *Gerodontology*, 29(2), pp. 96–105. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00405.x.
- Fundinho, J. F. and Ferreira-Alves, J. (2019) “Conhecer o fenómeno: Tópicos para a formação básica de profissionais,” in Paulino, M. and Costa, D. (eds.) *Maus tratos a pessoas idosas*. 1st ed. Lisboa: PACTOR, pp. 191–209.
- Fundinho, J. F., Pereira, D. C. and Ferreira-Alves, J. (2021) “Theoretical approaches to elder abuse: a systematic review of the empirical evidence,” *The Journal of Adult Protection*, ahead-of-p(ahead-of-print). doi: 10.1108/JAP-04-2021-0014.
- Gallione, C. *et al.* (2017) “Screening tools for identification of elder abuse: a systematic review,” *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), pp. 2154–2176. doi: 10.1111/jocn.13721.
- Gil, A. P. M. *et al.* (2014) “Elder Abuse in Portugal: Findings From the First National Prevalence Study,” *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 6566(August), pp. 1–22. doi: 10.1080/08946566.2014.953659.
- Giraldo-Rodríguez, L. and Rosas-Carrasco, O. (2013) “Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale,” *Geriatrics and Gerontology International*, 13(2), pp. 466–474. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x.
- Grenier, F. *et al.* (2016) “Evaluation of French version of the Vulnerability to abuse screen scale (VASS), a elder abuse screening tool | Évaluation du Vulnerability to abuse screen scale (VASS), version française d’un test de dépistage de la maltraitance du sujet âgé,” *Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 14(2), pp. 142–150. doi: 10.1684/pnv.2016.0595.
- Homans, G. C. (1961) *Social Behaviour: Its Elementary Forms*. New York: Harcourt, Brace & World, Inc.
- Hoover, R. M. and Polson, M. (2014) “Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention,” *American Family Physician*, 89(6), pp. 453–460.

- Hwalek, M. A. and Sengstock, M. C. (1986) "Assessing the Probability of Abuse of the Elderly: Toward Development of a Clinical *Screening* Instrument," *Journal of Applied Gerontology*, 5(2), pp. 153–173. doi: 10.1177/073346488600500205.
- Kelly, P. A. *et al.* (2008) "Exploring self-neglect in older adults: Preliminary findings of the self-neglect severity scale and next steps," *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(SUPPL. 2), pp. S253–S260. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01977.x.
- Lachs, M. S. and Pillemer, K. (2004) "Elder abuse," *The Lancet*, 364(9441), pp. 1263–1272. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17144-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17144-4).
- Mathew, A. and Nair, S. B. (2017) "Theoretical Perspectives on Elder Abuse : A Framework Analysis for Abused Elderly in Kerala," *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 22(9), pp. 29–33. doi: 10.9790/0837-2209042933.
- McCarthy, L., Campbell, S. and Penhale, B. (2017) "Elder abuse screening tools: A systematic review," *Journal of Adult Protection*, 19(6), pp. 368–379. doi: 10.1108/JAP-10-2016-0026.
- Mussi, C., Pinelli, G., & Annoni, G. (2008). L'anziano e il Pronto Soccorso: il Triage. *G Gerontol*, 56, 109-17.
- Mysyuk, Y., Westendorp, R. G. J. and Lindenberg, J. (2013) "Added value of elder abuse definitions: A review," *Ageing Research Reviews*, 12(1), pp. 50–57. doi: 10.1016/j.arr.2012.04.001.
- NCEA (no date) *Types of Abuse*. Available at: http://www.ncea.aoa.gov/FAQ/Type_Abuse/index.aspx (Accessed: June 15, 2016).
- Neale, A. V *et al.* (1991) "Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test," *The Journal of Applied Gerontology*, 10(4), pp. 406–418. doi: 10.1177/073346489101000403.
- Özçakar, N. *et al.* (2017) "Adaptation, reliability, and validity study of the hwalek–sengstock elder abuse screening test (H-S/EAST): A Turkish version," *Turkish Journal of Medical Sciences*, 47(6), pp. 1894–1902. doi: 10.3906/sag-1606-166.
- Phillips, Linda R., Morrison, E. F. and Chae, Y. M. (1990) "The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care," *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), pp. 61–75. doi: [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(90\)90024-D](https://doi.org/10.1016/0020-7489(90)90024-D).

- Phillips, Linda R, Morrison, E. F. and Chae, Y. M. (1990) “The QUALCARE Scale: testing of a measurement instrument for clinical practice,” *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), pp. 77–91. doi: [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(90\)90025-E](https://doi.org/10.1016/0020-7489(90)90025-E).
- Pickering, C. E. Z. *et al.* (2017) “Identifying elder abuse & neglect among family caregiving dyads: A cross sectional study of psychometric properties of the QualCare scale,” *International Journal of Nursing Studies*, 69, pp. 41–46. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2017.01.012](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.012).
- Platts-Mills, T. F. *et al.* (2018) “Development of the Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) tool,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 30(4), pp. 247–270. doi: [10.1080/08946566.2018.1460285](https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1460285).
- Power, M., Fell, G. and Wright, M. (2013) “Principles for high-quality , high-value testing,” *BMJ Evidence-Based Medicine*, 18(1), pp. 5–10.
- Reis, M. and Nahmiash, D. (1995) “Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE),” *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 14(S2), pp. 45–60. doi: [10.1017/S0714980800005584](https://doi.org/10.1017/S0714980800005584).
- Reis, M. and Nahmiash, D. (1998) “Validation of the indicators of abuse (IOA) screen,” *Gerontologist*, 38(4), pp. 471–480. doi: [10.1093/geront/38.4.471](https://doi.org/10.1093/geront/38.4.471).
- Ruelas-González, M. G. *et al.* (2018) “Development and validation of a Screening Questionnaire of Family Mistreatment against Older Adults for use in primary care settings in Mexico,” *Health and Social Care in the Community*, 26(1), pp. 102–112. doi: [10.1111/hsc.12466](https://doi.org/10.1111/hsc.12466).
- Santos, E. J. and King, D. A. (2010) “The Assessment of Elder Abuse,” in *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology*, pp. 229–242. doi: [10.1016/B978-0-12-374961-1.10009-0](https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374961-1.10009-0).
- Schmeidel, A. N. *et al.* (2012) “Health Care Professionals’ Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(1), pp. 17–36. doi: [10.1080/08946566.2011.608044](https://doi.org/10.1080/08946566.2011.608044).
- Schofield, M. J. and Mishra, G. D. (2003) “Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women’s health Australia study,” *Gerontologist*, 43(1), pp. 110–120. doi: [10.1093/geront/43.1.110](https://doi.org/10.1093/geront/43.1.110).
- Simmons, J. *et al.* (2020a) “Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in

- hospitalized older adults,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), pp. 173–195. doi: 10.1080/08946566.2020.1737614.
- Simmons, J. *et al.* (2020b) “Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in hospitalized older adults,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), pp. 173–195. doi: 10.1080/08946566.2020.1737614.
- Speechley, M. *et al.* (2017) “Screening in Public Health and Clinical Care: Similarities and Differences in Definitions, Types, and Aims - A Systematic Review,” *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*. 2017/03/01, 11(3), pp. LE01–LE04. doi: 10.7860/JCDR/2017/24811.9419.
- Swagerty, D. (2003) “Elder mistreatment identification and assessment,” *Clinics in Family Practice*, 5(1), pp. 195–211. doi: 10.1016/S1522-5720(02)00086-7.
- Teresi, J. A. *et al.* (2019) “Methodological approaches to the analyses of elder abuse screening measures: Application of latent variable measurement modeling to the WC-RAPS,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 31(1), pp. 1–24. doi: 10.1080/08946566.2018.1523766.
- Touza, C., Martínez-Arias, R. and Prado, C. (2018) “Psychometric Properties of the Spanish Adaptation of the Indicators of Abuse (IOA) Screen,” *Spanish Journal of Psychology*. doi: 10.1017/sjp.2018.38.
- Touza, C., Prado, C. and Segura, M. P. (2012) “Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA),” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), pp. 312–325. doi: 10.1080/08946566.2012.661682.
- Wang, B. *et al.* (2020) “A Vulnerability Risk Index of Self-Neglect in a Community-Dwelling Older Population,” *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), pp. 809–816. doi: 10.1111/jgs.16285.
- Wang, J.-J. J. J.-J., Tseng, H.-F. H.-F. F. and Chen, K. M. K.-M. K.-M. (2007) “Development and Testing of Screening Indicators for Psychological Abuse of Older People,” *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(1), pp. 40–47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.09.004>.
- Wang, J., Lin, J.-N. and Lee, F.-P. (2006) “Psychologically Abusive Behavior by Those Caring for the Elderly in a Domestic Context,” *Geriatric Nursing*, 27(5), pp. 284–291. doi: 10.1016/j.gerinurse.2006.08.016.

- Wang, X. M. *et al.* (2015) “Elder abuse: An approach to identification, assessment and intervention,” *CMAJ*, 187(8), pp. 575–582. doi: 10.1503/cmaj.141329.
- Wilber, K. H. and McNeilly, D. P. (2001) *Elder abuse and victimization*. 5th ed. Edited by J. Birren and K. Schaie. San Diego: Academic Press.
- World Health Organization (2002) “The Toronto Declaration: the Global Prevention of Elder Abuse,” *Geneva: WHO*.
- World Health Organization and International Network for the Prevention of Elder Abuse (2002) *Missing voices : views of older persons on elder abuse*. Geneva.
- Yaffe, M. J. *et al.* (2008) “Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3), pp. 276–300. doi: 10.1080/08946560801973168.
- Yaffe, M. J., Weiss, D. and Lithwick, M. (2012) “Seniors’ Self-Administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): A Feasibility Study,” *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), pp. 277–292. doi: 10.1080/08946566.2011.652930.
- Yon, Y. *et al.* (2017) “Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis,” *The Lancet Global Health*, 5(2), pp. e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
- Zawisza, K. *et al.* (2020) “Validity of a self-reported neglect scale among older adults in Poland,” *Gerontologist*, 60(3), pp. E117–E126. doi: 10.1093/geront/gnz014.

Anexo I

Lista de instrumentos de *screening* de maus-tratos a pessoas idosas

Hwalek-Sengstock Elder Abuse *Screening* Test (H-S/EAST) - (Hwalek and Sengstock, 1985)

Elder Abuse Suspicion Index (EASI) - (Yaffe *et al.*, 2008)

Vulnerability to Abuse *Screening* Scale (VASS) - (Schofield and Mishra, 2003)

Emergency Department Senior Abuse Identification (ED Senior AID) - (Platts-Mills *et al.*, 2020)

Responding to Elder Abuse in GERiAtric care-Self-administered (REAGERA-S) - (Simmons *et al.*, 2020)

Geriatric Mistreatment Scale (GMS) - (Giraldo-Rodríguez and Rosas-Carrasco, 2013)

Korean Elder Abuse Scale - (Oh *et al.*, 2006)

Weinberg Center Risk and Abuse Prevention Screen (WC-RAPS) - (Teresi *et al.*, 2019)

Client Assessment and Risk Evaluation (CARE) - (Burnett *et al.*, 2014)

Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA) - (Touza, Prado and Segura, 2012)

Elder Assessment Instrument - Reviewed (EAI - R) - (Fulmer *et al.*, 2012)

Elder Assessment Instrument (EAI) - (Fulmer *et al.*, 2000)

Expanded Indicators of Abuse (E-IOA) - (Cohen *et al.*, 2006)

Indicators of Abuse (IOA) - (Reis and Nahmiash, 1998)

QUALCARE - (Phillips, Morrison and Chae, 1990)

Risk on Elder Abuse and Mistreatment Instrument (REAMI) - (De Donder *et al.*, 2018)

Signs of abuse inventory - (Cohen *et al.*, 2007)

Caregiver Abuse Screen (CASE) - (Reis and Nahmiash, 1995)

Family Members Mistreatment of Older Adults *Screening* Questionnaire (FAMOASQ) - (Ruelas-González *et al.*, 2018)

Caregiver Psychological Elder Abuse Behavior Scale (CPEAB) - (Wang, Lin and Lee, 2006)

Elders' Psychological Abuse Scale (EPAS) - (Wang, Lin and Lee, 2006)
Older Adult Psychological Abuse Measure (OAPAM) - (Conrad *et al.*, 2011)
Perceived Emotional Abuse Scale for Adults (PEASA) - (Aslan and Erci, 2020)
Financial Exploitation Vulnerability Scale (FEVS) - (Campbell and Lichtenberg, 2020)
Older Adult Financial Exploitation Measure (OAFEM) - (Conrad *et al.*, 2010)
Signs of neglect inventory - (Cohen, 2008)
Self-Reported Neglect Scale (SRNS) - (Zawisza *et al.*, 2020)
Self-Neglect Severity Scale (SSS) - (Kelly *et al.*, 2008)
Vulnerability Risk Index of Self-Neglect - (Wang *et al.*, 2020)

Referências

- Aslan, H. and Erci, B. (2020) “The incidence and influencing factors of elder abuse and neglect,” *Journal of Public Health (Germany)*, 28(5), pp. 525–533. doi: 10.1007/s10389-019-01071-7.
- Burnett, J. *et al.* (2014) “Community-based risk assessment of elder mistreatment and self-neglect: Evidence of construct validity and measurement invariance across gender and ethnicity,” *Journal of the Society for Social Work and Research*, 5(3), pp. 291–319. doi: 10.1086/677654.
- Campbell, R. J. and Lichtenberg, P. A. (2020) “A Short Form of the Financial Exploitation Vulnerability Scale,” *Clinical Gerontologist*. doi: 10.1080/07317115.2020.1836108.
- Cohen, M. *et al.* (2006) “Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers,” *Journal of Aging and Health*, 18(5), pp. 660–685. doi: 10.1177/0898264306293257.
- Cohen, M. *et al.* (2007) “Elder abuse: Disparities between older people’s disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse,” *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(8), pp. 1224–1230. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01269.x.
- Cohen, M. (2008) “Research assessment of elder neglect and its risk factors in a hospital setting,” *Internal Medicine Journal*, 38(9), pp. 704–707. doi: 10.1111/j.1445-5994.2008.01630.x.
- Conrad, K. J. *et al.* (2010) “Self-report measure of financial exploitation of older adults,” *Gerontologist*, 50(6), pp. 758–773. doi: 10.1093/geront/gnq054.
- Conrad, K. J. *et al.* (2011) “Self-report measure of psychological abuse of older adults,” *Gerontologist*, 51(3), pp. 354–366. doi: 10.1093/geront/gnq103.
- De Donder, L. *et al.* (2018) “Risk on Elder Abuse and Mistreatment - Instrument: Development, psychometric properties and qualitative user-evaluation,” *Educational Gerontology*, 44(2–3), pp. 108–118. doi: 10.1080/03601277.2017.1417810.
- Fulmer, T. *et al.* (2000) “Elder neglect assessment in the emergency department,” *Journal of Emergency Nursing*, 26(5), pp. 436–443. doi: <https://doi.org/10.1067/men.2000.110621>.

- Fulmer, T. *et al.* (2012) "Screening for elder mistreatment in dental and medical clinics," *Gerodontology*, 29(2), pp. 96–105. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00405.x.
- Giraldo-Rodríguez, L. and Rosas-Carrasco, O. (2013) "Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scale," *Geriatrics and Gerontology International*, 13(2), pp. 466–474. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x.
- Hwalek, M. A. and Sengstock, M. C. (1985) "A Screening Instrument for Identifying Elderly at Risk of Abuse and Neglect."
- Kelly, P. A. *et al.* (2008) "Exploring self-neglect in older adults: Preliminary findings of the self-neglect severity scale and next steps," *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(SUPPL. 2), pp. S253–S260. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01977.x.
- Oh, J. *et al.* (2006) "A study of elder abuse in Korea," *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), pp. 203–214. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.03.005>.
- Phillips, L. R., Morrison, E. F. and Chae, Y. M. (1990) "The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care," *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), pp. 61–75. doi: [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(90\)90024-D](https://doi.org/10.1016/0020-7489(90)90024-D).
- Platts-Mills, T. F. *et al.* (2020) "Multicenter Validation of an Emergency Department–Based Screening Tool to Identify Elder Abuse," *Annals of Emergency Medicine*, 76(3), pp. 280–290. doi: 10.1016/j.annemergmed.2020.07.005.
- Reis, M. and Nahmiash, D. (1995) "Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE)," *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. 2010/11/29, 14(S2), pp. 45–60. doi: DOI: 10.1017/S0714980800005584.
- Reis, M. and Nahmiash, D. (1998) "Validation of the indicators of abuse (IOA) screen," *Gerontologist*, 38(4), pp. 471–480. doi: 10.1093/geront/38.4.471.
- Ruelas-González, M. G. *et al.* (2018) "Development and validation of a Screening Questionnaire of Family Mistreatment against Older Adults for use in primary care settings in Mexico," *Health and Social Care in the Community*, 26(1), pp. 102–112. doi: 10.1111/hsc.12466.

- Schofield, M. J. and Mishra, G. D. (2003) "Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's health Australia study," *Gerontologist*, 43(1), pp. 110–120. doi: 10.1093/geront/43.1.110.
- Simmons, J. *et al.* (2020) "Validation of REAGERA-S: a new self-administered instrument to identify elder abuse and lifetime experiences of abuse in hospitalized older adults," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 32(2), pp. 173–195. doi: 10.1080/08946566.2020.1737614.
- Teresi, J. A. *et al.* (2019) "Methodological approaches to the analyses of elder abuse screening measures: Application of latent variable measurement modeling to the WC-RAPS," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 31(1), pp. 1–24. doi: 10.1080/08946566.2018.1523766.
- Touza, C., Prado, C. and Segura, M. P. (2012) "Detection Scales for the Risk of Domestic Abuse and Self-Negligent Behavior in Elderly Persons (EDMA)," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 24(4), pp. 312–325. doi: 10.1080/08946566.2012.661682.
- Wang, B. *et al.* (2020) "A Vulnerability Risk Index of Self-Neglect in a Community-Dwelling Older Population," *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), pp. 809–816. doi: 10.1111/jgs.16285.
- Wang, J. J., Lin, J. N. and Lee, F. P. (2006) "Psychologically Abusive Behavior by Those Caring for the Elderly in a Domestic Context," *Geriatric Nursing*, 27(5), pp. 284–291. doi: 10.1016/j.gerinurse.2006.08.016.
- Yaffe, M. J. *et al.* (2008) "Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©," *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(3), pp. 276–300. doi: 10.1080/08946560801973168.
- Zawisza, K. *et al.* (2020) "Validity of a self-reported neglect scale among older adults in Poland," *Gerontologist*, 60(3), pp. E117–E126. doi: 10.1093/geront/gnz014.

