

SCREENING DE MAUS-TRATOS A PESSOAS IDOSAS UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO



SAVE

2020-1-PL01-KA202-081643



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

WWW.PROJECTSAVE.EU

**Disclaimer:**

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

.

Autores:

Este documento foi desenvolvido pela parceria do projeto SAVE

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

Coordenado por Anziani e non solo e Voiva

Índice

Índice	2
Introdução	3
O projeto SAVE	3
O programa de formação	3
Como utilizar o programa de formação	5
MÓDULO 1 - Introdução aos maus-tratos a pessoas idosas, prevalência, sinais e sintomas	1
Estrutura do Módulo	1
Enquadramento teórico	2
Atividades de aprendizagem ativa	3
Referências	10
MÓDULO 2 – Screening de maus-tratos	12
Estrutura do módulo	12
Enquadramento teórico	14
Atividades de aprendizagem ativa	29
Referências	5
Module 3 - Como fazer o screening- questões éticas e privacidade	9
Estrutura do módulo	9
Enquadramento teórico	10
Atividades de aprendizagem ativa	20
Referências	24
MÓDULO 4 - Desafios no trabalho com pessoas idosas vítimas de maus-tratos	25
Estrutura do módulo	25
Enquadramento teórico	26
Atividades de aprendizagem ativas	41
Referências	43
Avaliação da aprendizagem	46



Introdução

O projeto SAVE

O SAVE é um projeto Europeu financiado pelo programa Erasmus+.

Os objetivos específicos do projeto são:

- aumentar o conhecimento sobre os instrumentos de screening e sua adequação na identificação de maus tratos a pessoas idosas nos serviços sociais e de saúde
- melhorar a capacidade dos profissionais de saúde e de serviço social para identificar, intervir, apoiar e encaminhar os casos de maus tratos a pessoas idosas para os serviços de referência
- desenvolver as competências dos educadores para ensinar os profissionais a lidar com os maus tratos a pessoas idosas e apoiá-los e orientá-los
- produzir um programa de treino interativo para melhorar a aprendizagem ativa e inovadora de professores, formadores e profissionais da área social e da saúde na identificação e intervenção em caso de maus tratos a pessoas idosas.

Os grupos alvo do SAVE são:

- profissionais de saúde e de serviço social que trabalham em assistência domiciliar, estruturas residenciais para pessoas idosas, centros de saúde e hospitais
- professores e formadores da área social e de saúde
- decisores locais / regionais na área da saúde e social, na comunidade

Este documento é o output número 2 do projeto: um currículo de formação/treino e material sobre identificação e intervenção nos maus tratos a pessoas idosas, a ser implementado presencialmente.

O programa de Formação

Público alvo

O público-alvo deste programa de formação/treino são profissionais da área social e de saúde que trabalham em assistência domiciliar, estruturas residenciais para pessoas idosas, centros de saúde e hospitais, nomeadamente: médicos, enfermeiros, terapeutas, psicólogos, assistentes sociais e educadores sociais, entre outros.

Objetivos de aprendizagem

No final do programa de formação/treino, os participantes devem saber:

- o que são maus tratos
- como reconhecer os maus tratos a pessoas idosas aplicando métodos e ferramentas de *screening*
- como intervir em caso de deteção de maus tratos a pessoas idosas

Duração e conteúdos

O programa tem a duração de 12 horas e está organizado em quatro módulos de três horas cada.

Conteúdo dos módulos:

Módulo 1: Introdução ao tema: Definição de maus tratos à pessoa idosa Tipos de maus tratos Contextos onde ocorrem os maus tratos Prevalência de maus tratos Como reconhecer os maus tratos à pessoa idosa: sinais e sintomas Avaliação dos sinais e sintomas de maus tratos à pessoa idosa	Módulo 2: Porque fazer screening: instrumentos de screening Screening/Questionamento de rotina: definições Benefícios do screening / causas de subnotificação dos maus tratos à pessoa idosa Screening de pessoas idosas / screening de cuidadores Instrumentos de screening mais utilizados: características e uso
--	---

	Contexto onde os instrumentos de screening podem ser aplicados
<p>Módulo 3:</p> <p>Como fazer screening: questões éticas e privacidade</p> <p>Possíveis questões éticas relacionadas com o screening (limites de confidencialidade; obrigação de denunciar; autodeterminação; pessoas idosas com limitações cognitivas).</p> <p>Questões de privacidade relacionadas com o screening: com quem as informações podem / devem ser compartilhadas; como lidar com os resultados do screening</p>	<p>Módulo 4:</p> <p>Desafios de trabalhar com vítimas de maus tratos/violência</p> <p>Motivos para a pessoa não denunciar</p> <p>Gestão da denúncia</p> <p>Planeamento de segurança</p>

Metodologia do programa


O programa adota uma combinação de sessões teóricas e exercícios práticos / atividades de aprendizagem ativa para envolver os profissionais na aplicação prática dos conceitos teóricos aprendidos.

- Sessão teórica de introdução: é uma sessão curta (10 a 20 min.) na qual o formador transmite algumas informações importantes de que os participantes precisam para contextualizar o tópico. É uma sessão expositiva com base nos conteúdos teóricos descritos nos módulos
- Exercícios de aprendizagem ativa: a aprendizagem ativa é uma abordagem que pretende envolver ativamente os participantes no programa de formação e treino através de discussão de casos, resolução de problemas, estudos de caso, dramatizações e outros métodos. Após as sessões teóricas, os participantes serão envolvidos num ou mais exercícios para aplicar os conhecimentos adquiridos.

Avaliação do programa

No final do programa de formação/treino, os participantes deverão responder a um questionário para avaliação dos conhecimentos adquiridos.

Como usar este programa de Formação



O programa pode ser ministrado por profissionais das áreas de saúde, assistência social e jurídica que possuam conhecimentos sólidos sobre maus tratos. Competências de formação de formadores também são necessárias.

O programa é distribuído sob uma licença criativa comum (CC BY-NC-ND). Esta licença permite o download e partilha do documento com outras pessoas, fazendo referência aos autores. Não permite que o documento seja alterado ou utilizado para fins comerciais.

[View License Deed](#) | [View Legal Code](#)

MÓDULO 1 - Introdução ao fenómeno dos maus-tratos a pessoas idosas, prevalência, sinais e sintomas


Estrutura do Módulo

Título	Introdução ao fenómeno dos maus tratos à pessoa idosa: prevalência, sinais e sintomas
Objectivos	<p>Melhorar o conhecimento dos profissionais de saúde e de serviço social sobre o problema dos maus tratos a pessoas idosas.</p> <p>Aumentar a consciencialização dos profissionais de saúde e de serviço social sobre a importância do reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de todos os tipos de maus tratos a pessoas idosas.</p> <p>Melhorar as aptidões e competências dos profissionais de saúde e de serviço social, na avaliação de sinais e sintomas de maus-tratos a pessoas idosas para poder intervir, apoiar e encaminhar os casos de violência para os serviços competentes.</p>
Resultados de aprendizagem	<p>No final do módulo os participantes devem ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Definir maus tratos à pessoa idosa▪ Distinguir os vários tipos de maus tratos▪ Perceber que os maus tratos à pessoa idosa podem ocorrer em diferentes contextos▪ Tomar consciência da prevalência dos maus tratos e da violência contra as pessoas idosas na Europa e no mundo▪ Reconhecer os sinais e sintomas dos vários tipos de maus tratos à pessoa idosa▪ Avaliar sinais e sintomas de maus tratos e ser capaz de os distinguir das mudanças normais relacionadas com a idade e/ou doenças crónicas
Duração:	<p>3 horas:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 45min-1h introdução teórica▪ 20 min (2x10 minutes) intervalos▪ 1h and ½ exercícios

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 minutos de tempo extra (acolhimento, aguardar a chegada de participantes, responder a questões)
Recursos necessários:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesas com 4-6 cadeiras em cada uma de acordo com o tamanho do grupo ▪ Computador ▪ Projetor ▪ Quadro em cada mesa e um para o formador ▪ Marcadores de cores diferentes em cada mesa ▪ Folhetos com cenários/casos
Mensagens Chave	<p>O maltrato à pessoa idosa é um problema mundial de saúde pública</p> <p>O maltrato à pessoa idosa é subnotificado</p> <p>Há um aumento da prevalência de maus-tratos a pessoas idosas devido ao envelhecimento da população</p> <p>O maltrato à pessoa é uma violação dos direitos humanos</p> <p>O maltrato à pessoa é um fenómeno com graves consequências de saúde e sociais</p> <p>Melhorar a identificação e intervenção nos maus-tratos a pessoas idosas melhora a sua saúde e a segurança</p>
Fichas de trabalho	Casos/cenários

Enquadramento Teórico

O envelhecimento populacional é um fenómeno que afeta quase todos os países desenvolvidos do mundo. A Europa enfrenta um processo de envelhecimento acelerado, que aumentará nas próximas quatro décadas. A percentagem estimada de pessoas com mais de 65 anos deverá atingir 28,5% em 2050 e 29,5% em 2060 (EUROSTAT, 2019). Com o envelhecimento da população prevê-se que aumente o número de idosos dependentes, frágeis e vulneráveis a maus-tratos. O aumento do número de idosos implica um aumento do número de pessoas com deficiência cognitiva e doença de Alzheimer que são considerados fatores de risco para os maus-tratos (WHO, 2016). As alterações demográficas também devem ser consideradas, uma vez que as mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões. Hoje 58% das mulheres idosas vivem no mundo em desenvolvimento e em 2025 a percentagem aumentará para 75% (OMS / INPEA, 2002). Em



alguns países, as mulheres idosas enfrentam um risco maior de violência física do que os homens devido à discriminação, atitudes sociais e falta de proteção de seus direitos humanos (Perttu e Laurola, 2020). Além disso, as mulheres tendem a viver mais do que os homens, resultando no fato de as mulheres serem maioria nos grupos mais velhos, tornando-as mais vulneráveis a maus tratos devido à combinação de preconceitos relacionados com a idade e sexismo. No contexto dos maus-tratos à pessoa idosa, o gênero tem sido considerado um fator de risco potencial (Pillemer et al, 2016). Esforços importantes têm sido feitos para lidar com a violência contra as mulheres. Muitas pesquisas focaram-se nos maus-tratos a pessoas idosas em geral ou na violência contra mulheres mais jovens. O problema das mulheres idosas vítimas de maus-tratos e violência não é totalmente abordado e há uma falta de programas de intervenção que abordem as questões específicas do envelhecimento (Yon, Mikton, et al., 2019).

O maltrato à pessoa idosa em geral é uma violação dos direitos humanos, legais e de saúde (OMS, 2008), é considerado um evento de vida estressante, com impacto negativo na saúde física e mental das pessoas idosas (Dong, Chang e Simon, 2013). Também está associado a alto risco de mortalidade e aumento das taxas de internamento hospitalar (Wang et al., 2015). Tem impacto negativo em todos os níveis da sociedade, afetando a saúde pública, os recursos sociais e a participação cívica (Pillemer et al., 2016; Ageless Alliance, 2017; Yon, Mikton, et al., 2019).

1. DEFINIÇÃO DE MAUS-TRATOS À PESSOA IDOSA

Elder abuse também aparece na literatura como "maus-tratos aos idosos" ou "cuidado inadequado dos idosos". Nos últimos anos não houve consenso sobre as definições de maus-tratos, pois o fenómeno é multidimensional e tem muitas configurações, inclui um conjunto diversificado de comportamentos abusivos, vítimas, perpetradores e contextos (Dean, 2019; Santos et al., 2019).

Atualmente, a definição mais frequentemente usada e amplamente aceite é a que foi desenvolvida pela Ação sobre Abuso de Idosos do Reino Unido em 1995. Foi adotada por institutos internacionais como a Rede Internacional para a Prevenção do Abuso de Idosos e a Organização Mundial da Saúde. Define os maus-tratos a pessoas idosas como: **"um ato único ou repetido ou falta de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento onde há uma expectativa de confiança e que causa dano ou angústia à pessoa idosa"** (Ação sobre o abuso de idosos, 1995).

Similarly the U.S. National Academy of Sciences defines elder abuse as: "(a) intentional actions that cause harm or create a serious risk of harm (whether or not harm is intended)

to a vulnerable elder by a caregiver or other person who stands in a trust relationship, or (b) failure by a caregiver to satisfy the elder's basic needs or to protect the elder from harm" (Wallace & Bonnie, 2003).

These two definitions share common features such as: actions and omissions on the side of the perpetrator that cause harm or create a serious risk of harm to a vulnerable frail elder. The perpetrator can be a caregiver or other person of trust to the elder (Perel-Levin, 2008; Pillemer *et al.*, 2016).

2. TIPOS DE MAUS-TRATOS

Os seguintes tipos de maus-tratos foram reconhecidos (WHO / INPEA, 2002; Wang *et al.*, 2015; Pillemer *et al.*, 2016; Yon *et al.*, 2017; Yon, Ramiro-Gonzalez, *et al.*, 2019):

- a) **Físico / verbal** - causando dor ou lesão como resultado de bater, pontapear, empurrar, esmurrar, queimar, coerção física, contenção física ou induzida por drogas, insultos e palavras ofensivas, difamação, intimidação, falsas acusações, ataques verbais, ameaças, rejeição.
- b) **Psicológico / emocional** - comportamentos que prejudicam a autoestima ou o bem-estar, que causam ou podem causar dor mental, dor e angústia psicológica / emocional, ansiedade, angústia, humilhação ou stress à pessoa idosa.
- c) **Sexual** - contato sexual não consensual (incluindo exposição não consensual a conteúdo sexual) de qualquer tipo com a pessoa idosa.
- d) **Financeiro/económico** - a exploração ilegal ou imprópria ou uso de dinheiro / fundos de uma pessoa idosa, extorsão e controle de dinheiro de pensão, roubo de propriedade, exploração de pessoas idosas para forçá-las a cuidar dos netos.
- e) **Negligência** - a recusa ou não cumprimento de uma obrigação de cuidar, como medicamentos, roupas, alimentação ou alojamento adequado para a pessoa idosa.

Alguns autores também incluem uma sexta forma de maus-tratos, o **mau trato institucional** - inclui negligência e práticas de cuidado inadequadas num ambiente de cuidado específico. Pode ser um hospital ou uma estrutura residencial para pessoas idosas. A equipe pode não maltratar as pessoas idosas de forma deliberada. Pode ser apenas a forma como a equipe está habituada a fazer as coisas. As formas de maus-tratos observadas são: abuso psicológico, abuso físico, abuso financeiro, retribuição contra residentes fisicamente agressivos ou ignorar as suas escolhas. Em ambientes institucionais, o abuso de residente para residente também é observado. (WHO/INPEA, 2002; Wang *et al.*, 2015; NCEA, 2015; Pillemer *et al.*, 2016; Yon *et al.*, 2017; Yon, Ramiro-gonzalez, *et al.*, 2018).

3. CONTEXTOS DE MAUS-TRATOS À PESSOA IDOSA

Os maus-tratos podem ocorrer em diversos contextos:

- Domestic settings, perpetrated by adult caregivers, family members, or other persons
- Residential or other institutional settings such as long-term care facilities, nursing homes, or hospice (resident-to-resident abuse or staff-to-resident abuse)
- Hospitals
- Day care facilities
- Community

(WHO/INPEA, 2002; Hoover and Polson, 2014; Yon, Ramiro-gonzalez, *et al.*, 2018; World Health Organization., 2021)

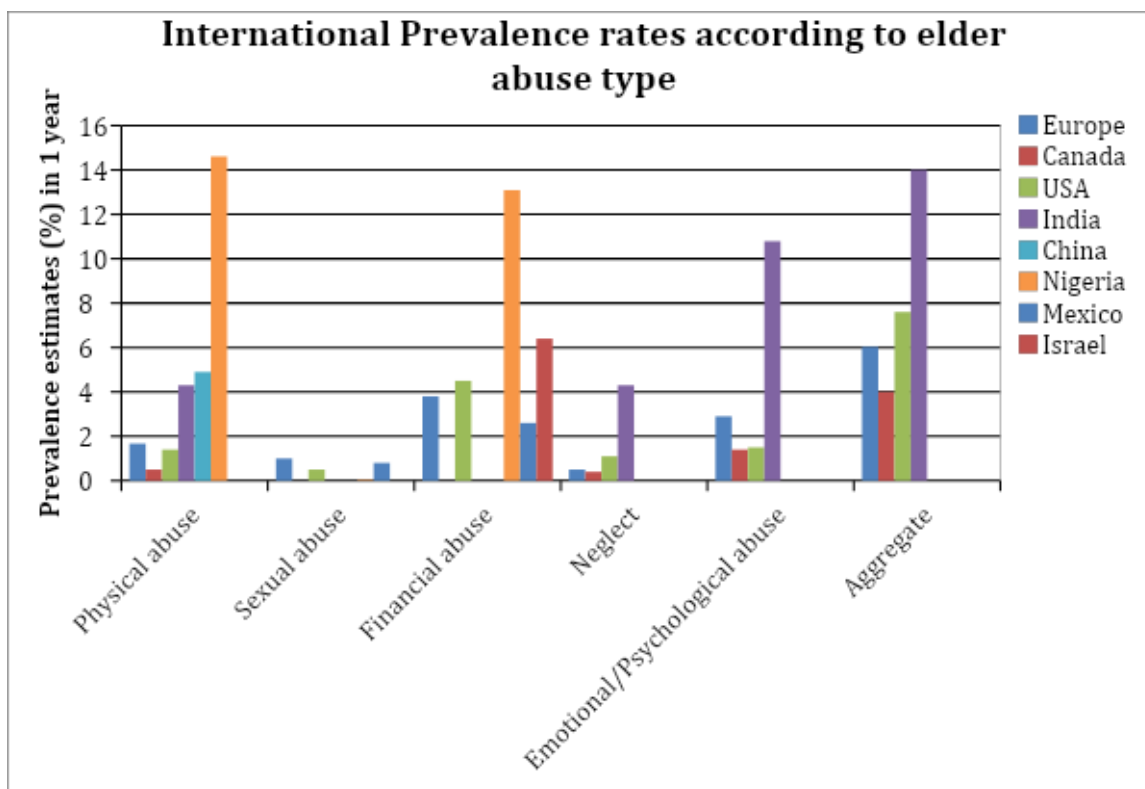
4. PREVALÊNCIA DOS MAUS-TRATOS A PESSOAS IDOSAS

Nos estudos de prevalência sobre maus-tratos a pessoas idosas, as taxas variam entre 1% - 35%. Esta enorme diferença pode ser atribuída à inconsistência de abordagens metodológicas, como o tamanho da amostra dos estudos, variação nas definições usadas, diferentes classificações de rendimentos e normas sociais dos países (Yon, Mikton, *et al.*, 2019).

Vários estudos para avaliar o problema e explicar as variações, realizaram análises de subgrupos e modelos de meta regressão. A magnitude das estimativas de prevalência combinadas, sugerem que os maus-tratos a pessoas idosas são um problema global, que pode representar apenas a ponta do iceberg. Alguns especialistas acreditam que o problema é subnotificado em cerca de 80%. Existem muitas razões para a subnotificação, incluindo: o isolamento das pessoas idosas, medo das consequências, não reconhecimento de ser uma vítima, a falta de leis uniformes de notificação e a resistência geral das pessoas - incluindo profissionais - em relatar casos suspeitos de maus tratos e negligência de idosos. Falta de treino dos profissionais de saúde e sociais sobre como reconhecer sinais de abuso e como apoiar vítimas mais velhas, diretrizes nacionais de saúde desenvolvidas de forma inadequada e necessidade de melhores práticas para lidar com vítimas mais velhas (Organização Mundial da Saúde, 2008). E ainda, o facto de os idosos com défice cognitivo serem excluídos em muitos estudos, pois trata-se de um grupo mais vulnerável a maus-tratos (Pillemer *et al.*, 2016). Estas razões podem levar à conclusão enganosa de que a violência e maus-tratos a pessoas idosas ou não existem ou é pouco frequente.

Uma revisão de literatura de Pillemer e colaboradores (2016) que incluiu estudos com base populacional sobre a prevalência de maus-tratos a pessoas idosas, conduzidos até 2014, verificou que as taxas de prevalência de maus-tratos no período de 1 ano variam entre 0,04% e 14,6% (**tabela 1**).

Tabela 1.




(Pillemer *et al.*, 2016)

Os maus-tratos físicos foram a forma de maus-tratos medida de forma mais consistente. Na Europa, as taxas de prevalência de maus-tratos percebidas pela pessoa idosa como um problema pouco ou muito sério, variaram entre 0,5% e 6,03%. Em detalhe:

- Maus-tratos físicos 1,67%
- Maus-tratos sexuais 1,0%
- Maus-tratos emocionais / psicológicos 2,9%
- Negligencia 0,5%
- Total de maus-tratos 6,03%

Enquanto isso, a Índia apresenta as taxas mais altas do total de maus-tratos (14,0%) e de maus-tratos emocionais (10,8%), enquanto a Nigéria apresenta as maiores taxas de maus-tratos físicos (14,6%) e financeiros (13,1%).

Os resultados acima sugerem que a extensão dos maus-tratos a pessoas idosas é suficientemente grande para que os profissionais de saúde e de serviço social que trabalham com esta população encontrem casos de maus-tratos diariamente. Por exemplo, usando as taxas de prevalência que acabamos de descrever, um médico que atende 20 pessoas idosas por dia pode encontrar uma vítima de maus-tratos todos os dias (Pillemer *et al.*, 2016).



Neste mesmo sentido, as estimativas de prevalência de maus-tratos, no período de um ano, a adultos com 60 anos ou mais anos, calculadas a partir de 52 publicações (referentes a 28 países), na revisão sistemática e, meta-análise de Yon e colaboradores (2017) indicam prevalências de:

Maus-tratos em geral: 15,7%, ou seja, 1 em cada 6 adultos idosos, o que corresponde a 141 milhões de vítimas anualmente em todo o mundo. (maus-tratos em geral, pode consistir em qualquer combinação dos subtipos de maus-tratos)

- Maus-tratos psicológicos: 11,6%
- Maus-tratos financeiros: 6,8%
- Negligência 4,2%
- Maus-tratos físicos 2,6%
- Maus-tratos sexuais 0,9%

São também verificadas variações regionais nas taxas de prevalência de maus-tratos em geral:

- Ásia 20.2%,
- Europa 15.4%,
- América 11.7%.

O maior estudo multinacional de prevalência de maus-tratos a pessoas idosas, o estudo ABUEL (Abuso de Idosos na Região Europeia), foi realizado em 7 países europeus e incluiu 4.467 indivíduos com idades compreendidas entre os 60 e os 84 anos. Os dados obtidos de janeiro a julho de 2009, em todos os países, mostram que (**Tabela 2**): 19,4% das pessoas idosas experienciaram maus-tratos psicológicos, 2,7% experienciaram maus-tratos físicos, 0,7% sexuais, 3,8% financeiros e 0,7% relataram lesões.

Além disso, os maus-tratos psicológicos foram encontrados com mais frequência na Suécia (29,7%) e Alemanha (27,1%), os físicos foram mais prevalentes na Suécia (4%) e Lituânia (3,8%), os sexuais na Grécia (1,5%) e em Portugal (1,3%) e os financeiros em Portugal (7,8%) e Espanha (4,8%). Quanto ao relato de lesões, este foi mais frequente na Lituânia (1,5%) e na Grécia (1,1%) (Soares et al., 2010).

Table 2. ABUEL study. Prevalence of Abuse and injury in seven European countries.

Country	Psychological %	Physical %	Sexual %	Financial %	Injury %
Germany (n=648)	27.1	3.3	0.9	3.6	0.4
Greece (n=643)	13.2	3.4	1.5	4.0	1.1
Italy (n=628)	10.4	1.0	0.5	2.7	0.0
Lithuania (n=630)	24.6	3.8	0.3	2.8	1.5
Portugal (n=656)	21.9	2.1	1.3	7.8	0.7
Spain (n=636)	11.5	1.4	0.3	4.8	0.5
Sweden (n=626)	29.7	4.0	0.5	1.8	0.6
Total (n=4467)	19.4	2.7	0.7	3.8	0.7

(Soares *et al.*, 2010)

5. COMO RECONHECER OS MAUS-TRATOS A PESSOAS IDOSAS: SINAIS E SINTOMAS

Maus tratos físicos

- Queixas de agressão física
- O cuidador ou familiar parece super-protetor, conta histórias que não batem certo, não deixa o idoso desacompanhado
- Quedas e lesões inexplicáveis, fraturas de causas indeterminadas
- Queimaduras e hematomas em lugares incomuns ou de um tipo incomum
- Cortes, marcas de dedos ou outras evidências de contenção física, sinais de que a pessoa pode ter sido imobilizada ou presa
- A pessoa procura atenção de médicos ou hospitais diferentes

Negligência

- Desnutrição ou desidratação sem causa relacionada com doença
- Evidência de cuidados inadequados ou padrões deficientes de higiene corporal e do vestuário, más condições de vida
- Feridas não tratadas

- Aumento dos pedidos de receitas ou aumento excessivo do stock de medicamentos em casa por omissões na administração. Sinais de intoxicação por excesso de medicação

Maus tratos psicológicos/emocionais

- Mudança no padrão alimentar ou problemas de sono
- Medo, confusão, resignação
- Passividade, retraimento ou depressão
- Desamparo, desesperança ou ansiedade

- Declarações contraditórias ou outra ambiguidade não resultante do estado cognitivo
- Relutância em falar abertamente
- Evitar contato físico, visual ou verbal com o cuidador
- A pessoa idosa é isolado pelos outros

Maus tratos sexuais

- Queixas de ter sido sexualmente agredido
- Comportamento sexual em desacordo com os relacionamentos habituais e anteriores padrões de funcionamento da pessoa idosa
- Mudanças inexplicáveis de comportamento, como agressão, abstinência ou automutilação

- Queixas frequentes de dor abdominal ou sangramento vaginal ou anal inexplicável
- Infecções genitais recorrentes ou hematomas ao redor dos seios ou área genital
- Roupa interior rasgada, manchada ou ensanguentada

Maus-tratos financeiros /económicos e exploração

- Levantamentos que não correspondem às necessidades habituais da pessoa idosa
- Alterações no testamento ou título de propriedade para deixar a casa ou bens a "novos amigos ou parentes"
- Perda de propriedades

- Perda de joias ou pertences pessoais
- Atividade suspeita no cartão de crédito ou outras contas bancárias
- Falta de serviços que a pessoa idosa habitualmente conseguia pagar
- Problemas médicos ou de saúde mental não tratados

- O nível dos cuidados não é compatível com o aquele que a pessoa idosa poderia pagar

(WHO/INPEA, 2002; World Health Organization., 2008, 2021; Hoover and Polson, 2014)

Maus tratos institucionais

- Não oferecer poder de escolha ou não promover a independência
- Deliberadamente restringir totalmente a flexibilidade nos horários de dormir, levantar ou acordar alguém
- Confinamento, contenção ou restrição
- Falta de roupas ou pertences pessoais
- Ambiente inseguro ou anti-higiênico
- Desenvolvimento de úlceras por pressão e feridas sem causa relacionada à doença
- Não oferecer possibilidade de escolha da ementa ou alimentos ou falta de planejamento das ementas
- Envolvimento desnecessário nas finanças pessoais por parte da equipa ou da gerência
- Uso inadequado de procedimentos médicos ou de enfermagem
- Uso inadequado de poder ou controle pela equipa.
- Desencorajar as visitas ou o envolvimento de parentes ou amigos
- Estabelecimento superlotado
- Falta de planejamento de cuidados centrados nas necessidades da pessoa
- Gestão autoritária ou regimes rígidos
- Falta de liderança e supervisão da equipa
- Pessoal insuficiente, resultando em cuidados de baixa qualidade
- Atitudes abusivas e desrespeitosas em relação a adultos mais velhos
- Falta de respeito pela dignidade e privacidade
- Falha na gestão dos casos de residentes com comportamento abusivo
- Não fornecer comida e bebida adequada, ou assistência para comer
- Uso indevido de medicação
- Falha em fornecer cuidados com dentaduras, óculos ou aparelhos auditivos
- Não ter em consideração as necessidades culturais, religiosas ou étnicas das pessoas idosas

- Interferir na correspondência ou comunicação pessoal

- Falhar em responder a queixas das pessoas idosas

(WHO/INPEA, 2002; World Health Organization., 2008, 2021)

6. FATORES DE RISCO DE MAUS-TRATOS

Em todos os países, os principais fatores de risco podem ser identificados ao nível individual (quer da vítima, quer do agressor), do relacionamento, da comunidade e social. A compreensão desses fatores pode ajudar a identificar várias oportunidades de prevenção (Pillemer *et al.*, 2016; CDC, 2020).

Nível Individual (Vítima)

- Dependência física, deficiência
- Fraca saúde física
- Déficit cognitivo, demência
- Problemas comportamentais
- Problemas de saúde mental
- Baixo rendimento ou pobreza
- Género, as mulheres são mais frequentemente vítimas do que os homens
- Idade, os maus-tratos são mais prevalentes em idades mais avançadas
- Dependência financeira
- Raça / etnia, discriminação

Nível Individual (perpetrador)

- Problemas psicológicos, doença mental
- Abuso de substâncias ou álcool
- Dependência financeira
- Stress, esgotamento, sobrecarga de cuidados
- Exaustão emocional

Relacionais

- História de maus-tratos
- Conflitos familiares e más relações
- Dependência financeira / emocional do agressor em relação à pessoa idosa ou vice-versa

- Falta de apoio de outros membros da família

Comunidade

- Perda de amigos
- Isolamento social das pessoas idosas e cuidadores, acesso limitado ao apoio social
- Falta de serviços de apoio/formação para cuidadores
- Falta de acesso a recursos
- Localização geográfica

Sociedade

- Normas culturais que incentivam comportamentos discriminatórios e a marginalização das pessoas idosas
- Serviços sociais e de saúde inadequados para pessoas idosas
- Equipas de saúde e assistência social inadequadamente preparadas, sobrecarregadas e “esgotadas”

(Gorbien and Eisenstein, 2005; Wang *et al.*, 2015; Pillemer *et al.*, 2016; Dean, 2019)

Pessoas idosas mais frágeis que vivem em residências ou outros ambientes institucionais têm, geralmente, algumas limitações (mental, cognitiva, física) ou deficiências. Essas limitações ou deficiências, e a dependência dos cuidados de outros, torna-os mais vulneráveis aos maus-tratos e negligência (Yon, Ramiro-Gonzalez, et al., 2019).

6. AVALIAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS DE MAUS TRATOS A PESSOAS IDOSAS

Foi observado em vários estudos que os profissionais de saúde e serviço social não dispõem de treino suficiente para reconhecer sinais de maus-tratos em pessoas idosas. Como resultado, alguns casos de maus-tratos passam despercebidos e não são reportados (OMS / INPEA, 2002; Perel-Levin, 2008; Schmeidel et al., 2012; Hoover e Polson, 2014; Organização Mundial da Saúde, 2021).

A formação dos profissionais de saúde e serviço social é considerada vital, pois devem ser capazes de distinguir na sua avaliação os sinais de maus-tratos das alterações normais relacionadas com a idade e com doenças crónicas. Os médicos precisam de ter conhecimento sobre como iniciar a investigação e a intervenção de forma adequada (Perttu, 2018).

Alterações relacionadas à idade

- Os ossos dos idosos são mais finos e menos densos, tornando-os mais suscetíveis a fraturas como resultado de doenças ósseas ou lesões.

- A pele envelhecida normal tem fluxo sanguíneo relativamente bem preservado. No envelhecimento, a pele afina e a força elástica diminui. Os idosos são mais suscetíveis ao decúbito por causa dos estados de doença e não apenas com base na idade.
- Fotoenvelhecimento significa fotodano que ocorre por longos períodos de tempo devido à exposição aos raios UV prejudiciais. A radiação UV afeta as fibras de colágeno na pele. Danos ao colágeno resultam em perda de elasticidade da pele, o que resulta no aparecimento precoce de rugas e outros marcadores de idade. Os sinais podem incluir: rugas, inelasticidade da pele, manchas escuras ("manchas da idade"), ruptura de vasos sanguíneos, um tom amarelado na pele, textura de couro na pele, pigmentação manchada e hematomas fáceis.
- Os hematomas geralmente ocorrem com mais frequência e resolvem-se muito mais lentamente em pessoas mais velhas do que em pessoas mais jovens e podem durar meses, em vez das habituais uma a duas semanas.
- Há uma diminuição do olfato e do paladar, que pode levar a diminuição do apetite, perda de peso e desnutrição.
- A abertura do esfíncter pode ser difícil (dificuldades de deglutição/disfagia). Alimentos sólidos ou comprimidos podem ser difíceis de engolir e podem ficar presos no esôfago. Alimentos ou bebidas podem entrar no trato respiratório ou nos pulmões (aspiração), podendo causar pneumonias de aspiração.
- Os idosos são muito mais propensos à desidratação do que os mais jovens. Têm reservas de água corporal e sensação de sede, diminuídas; podem não sentir sede após 12-24 horas de falta de água. Isso pode levar à desidratação e confusão.
- Os idosos têm absorção gastrointestinal diminuída e os seus corpos, devido a mudanças relacionadas à idade na água corporal, gordura e massa muscular magra, distribuem os medicamentos de maneira diferente. Em geral, há mais gordura e menos água, levando a maior tempo de ação dos fármacos lipossolúveis e maiores concentrações abruptas de fármacos hidrossolúveis.
- Ocasionalmente, a visão prejudicada pode tornar mais difícil manter a casa ou as roupas limpas; se a capacidade cognitiva permanecer normal, os idosos são capazes de realizar as atividades da vida diária e manter a higiene adequada.
- As mulheres experimentam várias mudanças fisiológicas no trato genital à medida que envelhecem. Os níveis de progesterona e estrogênio diminuem com o envelhecimento. A diminuição dos níveis de estrogênio resulta em mudanças na forma da vagina, aumento da secura vaginal e afinamento das paredes vaginais. Essas alterações podem causar dor e sangramento durante a relação sexual. Mudanças relacionadas à idade, como acidez alterada das secreções vaginais e níveis reduzidos de estrogênio, tornam as mulheres mais velhas mais propensas a infecções vaginais e da bexiga, espontâneas. (Dyer et al., 2003)
- A pele envelhecida fica mais fina e a sua capacidade de funcionamento deteriora-se. A quantidade de gorduras naturais na pele diminui e a pele seca com mais facilidade. Quando seca, a pele pode encolher e ficar inflamada. A erupção geralmente é

- acompanhada de prurido. A superfície da pele fica avermelhada, descama e racha. A maioria dos idosos sofre de pele seca (Sherman V. e Creamer D, 2009).
- As mudanças na velhice afetam o funcionamento de vários órgãos, o humor, a atitude em relação ao meio ambiente, a condição física e a atividade social, determinando a posição do idoso na família e na sociedade. Isso pode levar à perda de papéis sociais e redução das relações interpessoais. Estes podem ser acompanhados por depressão, satisfação reduzida com a vida, isolamento, interesse reduzido e aumento de sentimentos de solidão e perigo (Dziechciaż M e Filip R., 2014).
 - A idade avançada e a calcificação dos vasos sanguíneos podem predispor a rutura dos vasos sanguíneos sob o muco nasal (Epistaxis) (Pope L. E. R e Hobbs C. G. L, 2005).
 - A multimorbilidade é mais comum na população idosa. O termo “multimorbilidade” refere-se a pelo menos duas doenças, lesões ou deficiências concomitantes de longo prazo que afetam o estado de saúde, de acordo com a definição internacional. A multimorbilidade pode levar à polimedicação, que pode alterar a manifestação de doenças individuais e dos efeitos colaterais de medicamentos. O termo “polimedicação” significa que a pessoa toma pelo menos cinco medicamentos de longa duração. Nesse caso, os efeitos combinados dos medicamentos devem ser levados em consideração na avaliação dos sintomas. A polimedicação por si só não aumenta a multimorbilidade, mas aumenta o risco de hospitalização por danos dos efeitos combinados de medicamentos, por exemplo. (Masnoon et al., 2017).

Os profissionais de saúde podem ter dificuldade em distinguir sinais de violência de mudanças normais relacionadas ao envelhecimento e lesões físicas. Problemas de saúde e doenças numa idade mais avançada podem imitar e sobrepor-se aos sintomas da violência. (Collins, 2006; Palmer et al., 2013). A **Tabela 3** mostra exemplos de marcas físicas e lesões em idosos que dificultam a interpretação dos sinais de violência.

Tabela 3. Interpretação de marcas físicas e lesões

Marca/Lesão	Avaliação
Purpura senil (Ceilley R.I, 2017)	As púrpuras são sangramentos benignos na pele. O principal sintoma da púrpura senil são hematomas grandes e roxos, mais comuns nas costas ou nos antebraços. Eles ficam acastanhados quando rompem. Essas contusões geralmente duram de uma a três semanas antes de desaparecer. Na maioria dos casos, a purpura senil desenvolve-se de um pequeno trauma. O fator mais comum que afeta diretamente o desenvolvimento da púrpura senil é a pele fina e facilmente danificada.

<p>Hematomas (Wiglesworth A. et al. 2009)</p>	<p>Os hematomas são mais frequentes no abuso físico, mas podem ser resultado de negligência do cuidador. A ter em conta na avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mudanças relacionadas à idade • Efeito de medicamentos (e.g. antiagregantes plaquetários, Anti-inflamatórios não esteróides, NSAIDs) • A extensão do hematoma: suspeitar de violência se o diâmetro dos hematomas exceder 5 cm. • Determinar a idade pela cor: em idosos, a cor do hematoma pode não ajudar a determinar o seu início.
<p>Fraturas (Gibbs LM 2014)</p>	<p>Há poucos dados forenses sobre fraturas em pessoas idosas. Os ossos dos idosos são mais finos e menos densos, tornando-os mais propensos a fraturas. As quedas que são a causa mais comum de lesão em pessoas idosas.</p> <p>A ter em conta na avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Má nutrição, deficiência de vitamina D, alcoolismo, deficiências de hormonas sexuais relacionadas à idade, osteoporose, uso crónico de corticosteróides, cancro.
<p>Queimaduras (Dyer et al. 2003)</p>	<p>Queimaduras em idosos podem resultar de abuso ou negligência. O tamanho, localização, forma, padrão e história da queimadura devem ser avaliados.</p> <p>A causa pode ser o uso de água muito quente no banho.</p> <p>Tenha em consideração qualquer área de tecido mole que não deva entrar em contato acidental com qualquer objeto quente, etc., como as costas da mão, as solas dos pés, as nádegas ou as costas.</p> <p>Em forma de objeto: ferro, tabaco.</p>

<p>Úlceras de pressão (Dyer et al. 2003)</p>	<p>por Existem visões divergentes sobre se os decúbitos são por doença, ou por negligência ou mesmo violência</p> <p>Em geral, grandes úlceras infectadas/necróticas, múltiplas úlceras, especialmente profundas e com cheiro de tecido morto podem ser indicativos de negligência.</p> <p>As úlceras são mais frequentes no sacro, quadril ou calcanhares. Podem ser causadas por diversos fatores: doença aguda, distúrbios circulatórios, má nutrição, condição de mobilidade deficiente (amarrado numa posição) ou falta de cuidados de posicionamento.</p> <p>Diabetes predispõe a úlceras de pressão.</p>
--	---

Actividades de aprendizagem ativa

Uma série de exercícios que permitem a aplicação prática dos conteúdos teóricos lecionados no módulo.

ATIVIDADE DE APRENDIZAGEM 1- O EXERCÍCIO DA GALERIA

Método: Discussão em grupo. As discussões em grupo são usadas para promover a troca de ideias e a aprendizagem ativa. Uma forma de facilitar a discussão em grupo é conhecida como o “Exercício da Galeria”.

Neste exercício, os participantes trabalham em grupos pequenos e discutem questões relacionadas a um determinado tópico ou assunto. A sala é organizada em áreas separadas, com um tópico ou assunto diferente a ser discutido em cada área. Cada área tem 4 a 6 cadeiras, uma mesa e um flipchart. Cada grupo começa numa área diferente e discute o tópico dessa área, escrevendo as suas conclusões no flipchart antes de passar para a área seguinte. Durante o exercício os formadores devem visitar cada área para ajudar a manter o foco no tópico e esclarecer dúvidas.

Para saber mais sobre este método visite: [Gallery Group Discussion Exercise | Training Workshops \(ventureteambuilding.co.uk\)](http://ventureteambuilding.co.uk)

No final do exercício, os grupos apresentam as suas conclusões e os participantes têm algum tempo para percorrer as galerias para ver o contributo dos outros grupos.

Equipamentos e materiais:

- mesas redondas com 4 a 6 cadeiras, de acordo com o tamanho do grupo
- computador
- projetor
- tela
- um flipchart por mesa e um para o formador
- marcadores de cores diferentes em cada mesa (uma cor para cada grupo)
- Folhetos com cenários

Tempo necessário: 65-70 minutos


- 5 minutos para dar instruções e organizar
- 3 x 10 minutos para trabalhar em cada galeria/área (dependendo do número de participantes)
- 20 minutos para apresentação (preparar e entregar)
- 5 minutos para visitar as galerias
- 5-10 minutos para debriefing

Instruções para discussão em grupo de galeria: Divida os participantes em 3 grupos (não mais do que 6 elementos por grupo) e sente-os ao redor da mesa. É pedido que cada grupo trabalhe com um caso/cenário. Se houver mais de três mesas de pequenos grupos, podem ser usados casos/cenários duplicados, para as mesas adicionais. Cada mesa deve identificar um anotador e um porta-voz. Incentive os grupos a escolherem um anotador e porta-voz diferente em cada exercício, para que todos tenham a oportunidade de participar. Dê a cada grupo uma caneta de cor diferente para ajudar a identificar o seu contributo em cada flipchart.

Comece o exercício e dê a cada grupo dez minutos por galeria para discutir o tópico. No final dos dez minutos, o anotador nomeado deve começar a escrever os pontos principais discutidos. Pode ser útil organizá-los numa tabela:

Indicadores	Tipo de maus tratos	Vítima	Perpetrador

- Em seguida, mova cada grupo para a próxima galeria e peça que discutam o novo tópico e adicionem suas contribuições. Repita o procedimento em cada galeria. Uma vez que todos os grupos tenham contribuído para cada flipchart, faça-os voltar ao




ponto de partida e dê tempo para rever e discutir as contribuições adicionadas pelos outros grupos. Cada grupo apresentará agora sua peça de galeria e suas conclusões aos outros grupos. No final das apresentações, dê aos participantes cinco minutos para se deslocarem e ver todas as galerias em exibição.

- Finalmente, o formador pode fazer algumas perguntas:
- O que mais os surpreendeu?
- Acham que cada tópico foi adequadamente explorado?
- Acharam alguma coisa frustrante?
- O que gostaram mais?
- O que aprenderam com o exercício? Como podem usar o que aprenderam aqui?

Os casos/cenários forma adaptados de: National Adult Protective Services Association (2010) [ELDER ABUSE DYNAMICS FOR ADULT PROTECTIVE SERVICES \(sdsu.edu\)](http://www.sdsu.edu/elderservices/elderservices.html)

Ficha No 1 - CASO/CENÁRIO:1 - António e Josefina

António e Josefina estão casados há quase 60 anos. Ele tem 80 anos e ela 77. Há dois anos, Josefina foi diagnosticada com doença de Alzheimer. A doença progrediu muito rapidamente. O filho deles, Henrique, disse ao diretor da casa de repouso que o casamento de António e Josefina tem sido tumultuoso. Durante toda a sua vida de casado, António abusou verbal e fisicamente de Josefina. Durante anos, disse-lhe que era estúpida e feia, que nenhum outro homem a desejaria e que ela tinha sorte por ele a tolerar, embora pudesse deixá-la a qualquer momento. Ele atirava-lhe objetos, esbofeteava-a, ameaçou matá-la e, uma vez, empurrou-a pela escada abaixo. Em várias ocasiões, Josefina deixou António. Quando Henrique se ofereceu para que Josefina fosse morar com ele e com a sua família, ela recusou e voltou para o marido. Desde então, Henrique tentou conversar com a mãe sobre o relacionamento dela com António, mas ela sempre o afastou, dizendo que a esposa tinha os seus deveres e que não era da conta dele. Há três meses, António foi diagnosticado com cancro no fígado. O prognóstico não é bom. Recentemente, o cuidador que ajuda Josefina nos seus cuidados de higiene notou hematomas nos seios e na parte interna das coxas. Quando questionada sobre os hematomas, Josefina balançou a cabeça e chorou, mas não respondeu. O cuidador ficou com a suspeita de que António estava a ter relações sexuais com a esposa e que ela não conseguia resistir. Quando António foi confrontado, ele mostrou-se zangado, dizendo: "Não é da conta de ninguém, é um assunto só nosso! Ela é minha esposa e posso fazer



amor com ela sempre que quiser. Faço isto há 60 anos. Além disso, não tenho muito tempo de vida e mereço algum prazer antes de morrer.”

Identifique:

- Os tipos de maus-tratos
- Indicador(es) de cada tipo identificado
- A vítima
- O agressor

Tendo em mente a resposta do António “Ela é minha esposa e posso fazer amor com ela sempre que eu quiser ...”, acha que abuso sexual é amor? Acha que, neste cenário, o comportamento de António pode ser considerado violação? “

FICHA No 2 - CASO/CENÁRIO: 2 - Rosa e seus pais

Rosa é uma mulher de 47 anos com Síndrome de Down. Quando nasceu, os seus pais juraram nunca a colocar numa instituição, como era habitual naquela época. Como resultado, ela viveu toda a vida com o pai e a mãe e teve pouca exposição ao mundo exterior.

À medida que os seus pais envelheceram, Rosa foi assumindo progressivamente as tarefas domésticas e os cuidados aos pais. Embora Rosa funcione bem, ela esforça-se para ajudar o pai, Francisco, de 79 anos, que sofre de doença de Parkinson grave, e a mãe, Elisabete, de 72 anos, que é praticamente cega e encontra-se cada vez mais frágil. A família tem um rendimento limitado e mal consegue pagar as contas. A família tem ajuda de uma auxiliar de apoio domiciliário, duas vezes por semana, bem como o fornecimento das refeições e transporte. Devido à doença de Parkinson, Francisco não se consegue alimentar sozinho. Rosa tenta ajudá-lo, mas, muitas vezes, fica frustrada e enfia-lhe a colher na boca. Uma ocasião, partiu-lhe um dente da frente. Ela culpou Francisco pelo sucedido, dizendo que "Ele mexe-se demais". Após um fim-de-semana prolongado, a auxiliar de apoio domiciliário encontrou Elisabete sem responder e deitada no chão entre a cama e a porta da casa de banho. Tinha várias úlceras de pressão na anca e na perna esquerda, aparentemente devido a ter ficado deitada sobre aquele lado por um longo período de tempo. A auxiliar de apoio domiciliário chamou uma ambulância e os paramédicos relataram que o tapete sob o corpo de Elisabete estava muito sujo.

Rosa e Francisco disseram que encontraram Elisabete deitada no chão no local onde se encontrava, uns dias antes. Rosa disse que tentou ajudá-la a levantar-se, mas a mãe gritou de dor e disse-lhe para a deixar em paz. Depois disso, deixaram-na deitada no chão, levaram-lhe comida e água e deram-lhe os medicamentos. Francisco disse que Rosa colocou uma almofada sob a cabeça da mãe e tentou cuidar dela. Quando questionado por que não ligou para obter assistência médica, Francisco disse aos paramédicos que a sua esposa lhe disse para não ligar a ninguém. Os paramédicos reportaram o caso à polícia.

Identifique:

- Os tipos de maus-tratos
- Indicador(es) de cada tipo identificado
- A vítima
- O agressor

Porque acha que os paramédicos reportaram o caso à polícia e não levaram simplesmente a Elisabete ao hospital?

FICHA No 3 - CASO/CENÁRIO: 3 - JAIME E REGINA

Há anos que Jaime, de 56 anos, luta para ganhar a vida como artista, mas com pouco sucesso. Às vezes trabalha como pintor na construção civil, mas como é alcoólico, não consegue manter um emprego por muito tempo. Por isso, pede ajuda financeira à mãe, Regina. No início, Jaime alegava que o dinheiro que Regina lhe dava eram empréstimos e que ele pagaria assim que “se conseguir recompor”. Mas os empréstimos nunca foram pagos. Agora Jaime diz que se pudesse fazer um curso de arte, as suas pinturas finalmente começariam a vender. Ele quer que Regina faça uma hipoteca da casa, para que ele possa ter € 10.000 para pagar o curso de arte. Regina, de 75 anos, tem degeneração macular avançada (doença da retina que afeta a capacidade visual) e conta com uma empregada privada para ajudá-la nas tarefas domésticas e para a levar às consultas. Ela está relutante em hipotecar a sua casa. Como uma mulher imigrante, ela tem muito orgulho em ter a sua própria casa, independente e limpa. Além disso, a sua mãe viveu até os 101 anos, e Regina está preocupada que, se hipotecar a sua casa agora, sobreviverá à renda fornecida pela hipoteca. Ela também está preocupada por não poder continuar a pagar a assistência crescente de que precisará para lidar com a sua perda de visão. Ao mesmo tempo também quer apoiar o sonho de Jaime de ser pintor. Ele vendeu quadros ocasionalmente e ela acredita que ele tem talento real. Jaime está a ficar impaciente com a sua mãe. Ele afirma que ela o ajudaria se realmente o amasse. Ontem invadiu a casa dela e deu um pontapé ao Patolas, o cachorrinho de Regina. Regina começou a chorar e implorou a Jaime que não magoasse o cão. Ela prometeu-lhe que arranjaria o dinheiro “de alguma maneira”. Jaime respondeu: “É melhor que o arranje.” Antes de sair, Jaime tirou o cartão de multibanco da carteira de Regina sem que ela soubesse. Ele tinha-a ajudado a usá-lo anteriormente, pois a sua visão estava a piorar e sabia o PIN. Naquele dia e no seguinte, fez dois levantamentos, totalizando € 1.000.

Identifique:

- Os tipos de maus-tratos
- Indicador(es) de cada tipo identificado
- A vítima
- O agressor

O que acha que a Regina estava a pensar e sentir quando prometeu a Jaime que arranjaria o dinheiro?

O Jaime cometeu um crime?

Cada grupo assiste a um dos seguintes vídeos:

ATIVIDADE DE APRENDIZAGEM 2 – TRABALHO DE GRUPO BASEADO EM VÍDEOS

Material: vídeos, canetas, papel

Tempo: 45min

Descrição do exercício/instruções

- Organize os participantes em 4 grupos de 4 a 5 membros (dependendo do número de participantes)
- Peça-lhes para nomear alguém para fazer anotações e um porta-voz
- Each group watches one of the following videos:
 - Governo de Alberta, em parceria com a Alberta Elder Abuse Awareness Network - “Maus-tratos a idosos - aprenda os sinais e quebre o silêncio”
<https://www.youtube.com/watch?v=OEGhbbpel3o>
 - Centro de excelência em maus-tratos e negligência de idosos - Universidade da Califórnia, Irvine "Tenho uma receita para levantar" - Sr. Stepania
<https://www.youtube.com/watch?v=uaOVhxRE3Nk&t=47s>
 - Centro de excelência em maus-tratos e negligência de idosos - Universidade da Califórnia, Irvine "Tenho uma receita para levantar" - Sra Appelby
<https://www.youtube.com/watch?v=nmb9vKsvNys&t=2s>
- Em cada pequeno grupo, peça aos elementos que escrevam as suas respostas às perguntas abaixo – no princípio, individualmente. Quando termina de escrever, cada elemento dobra o papel e passa-o para a próxima pessoa do grupo. Quando todos os elementos do grupo tiverem escrito uma resposta, desdobram o papel e, em pequeno grupo, podem discutir as respostas. Se houver tempo, cada grupo pode partilhar a sua melhor resposta e algumas ideias com o grande grupo:
 1. Neste vídeo, identifica situações de maus-tratos?
 2. Identifique e descreva as formas de maus-tratos observadas no vídeo.
 3. Que sinais e sintomas o alertaram para um potencial caso de maus-tratos?
 4. Que fatores de risco de maus-tratos ou negligência foram evidentes no vídeo, para os indivíduos apresentados?

6. Reflita e discuta uma situação em que suspeitou de maus-tratos a uma pessoa idosa, mas não soube ao certo como lidar com a situação.

Sugestões para o formador: pode ser útil sublinhar que, com base nas informações que obtemos dos vídeos, pode haver suspeita de maus-tratos, mas não há certeza, por isso é importante ter o cuidado de não tirar conclusões precipitadas.

Referencias

- Action on Elder Abuse (1995). *New Definition of Abuse*, London: Action on Elder Abuse Bulletin.
- Ageless Alliance (2017) *Impact of Elder Abuse*. Available at: <https://agelessalliance.org/impact-of-elder-abuse/>.
- CDC (2020) *Elder Abuse: Risk and protective factors*. Available at: www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/riskprotectivefactors.html (Accessed: 14 September 2021).
- Ceilley R.I, 2017. Treatment of Actinic Purpura. *Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*; 10(6):44–50.
- Collins, K. A. (2006) 'Elder Maltreatment', *Arch Pathol Lab Med*, 130, pp. 1290–1296. doi: 10.4135/9781412952484.n220.
- Dean, A. (2019) Elder abuse, Key issues and emerging evidence.
- Dong, X., Chang, E. and Simon, M. (2013) 'Elder Abuse and Psychological Well-Being: A Systematic Review and Implications for Research and Policy – A Mini Review', *Gerontology*, 59, pp. 132–142. doi: 10.1159/000341652.
- Dyer CB, Connolly MT, McFeeley P. 2003. *The Clinical and Medical Forensics of Elder Abuse and Neglect*. In the book: *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*, pages 1-72. National Academic Press (US).
- Brannon H. L. 2020. *Photoaging Causes and Treatment*. Verywell, New York.
- Dziechciaż M, Filip R. (2014). *Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging*. *Ann Agric Environ Med*; 21(4): 835–838. doi: 10.5604/12321966.1129943
- EUROSTAT (2019) *Ageing Europe*. European Union. doi: 10.1136/bmj.315.7115.1103.

- Gibbs LM 2014. Understanding the medical markers of elder abuse and neglect: physical examination findings. *Clinics in Geriatric Medicine* 2014, Nov;30(4):687-712.
- Gorbien, M. J. and Eisenstein, A. R. (2005) 'Elder Abuse and Neglect : An Overview', *Clinics in Geriatric Medicine*, 21, pp. 279–292. doi: 10.1016/j.cger.2004.12.001.
- Hoover, R. M. and Polson, M. (2014) 'Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention', *American Family Physician*, 89(6), pp. 453–460.
- Masnoon N, Sepehr Shakib S, Kalisch-Ellett L and Caughey G. E, 2017. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*, 17:230. DOI 10.1186/s12877-017-0621-2.
- National Adult Protective Services Association (2010). Available at: [ELDER ABUSE DYNAMICS FOR ADULT PROTECTIVE SERVICES \(sdsu.edu\)](http://www.sdsu.edu/elderservices/)
- NCEA (2015). *Conceptual Definitions and Operational Frameworks for Five Types of Perpetrated Elder Mistreatment*.
- Palmer, M., Brodell, R. T. and Mostow, E. N. (2013) 'Elder abuse: Dermatologic clues and critical solutions', *Journal of the American Academy of Dermatology*, 68(2), pp. 37–39. doi: 10.1016/j.jaad.2011.03.016.
- Perel-Levin, S. (2008) 'Discussing screening for elder abuse at primary health care level', *WHO*, p. 48. Available at: <http://www.who.int/ageing/en>.
- Perttu, S. (2018) WHOSEFVA: Working with Healthcare Organizations to Support Elderly Female Victims of Abuse: Training Materials. Tartu. Estonia. Available at: <http://whosefva-gbv.eu/>.
- Perttu, S. and Laurola, H. (2020) *How To Identify and Support Older Victims of Abuse (TISOVA)*. Edited by K. Blank, O. Solohub, and M. Frances. Tartu. Estonia.
- Pillemer, K. *et al.* (2016) 'Elder Abuse : Global Situation , Risk Factors , and Prevention Strategies', *The Gerontologist*, 56, pp. 194–205. doi: 10.1093/geront/gnw004.
- Pope L. E. R and Hobbs C. G. L, (2005). Epistaxis: an update on current management. *Postgraduate Medical Journals*; 81: 309-314. doi: 10.1136/pgmj.2004.025007.
- Priestley, D. (2016) 'How To Facilitate Group Discussions: The “Gallery” Exercise.' Available at: <https://ventureteambuilding.co.uk/how-to-facilitate-group-discussions-gallery-exercise/#.YVSqibgzagC>
- Santos, A. J. *et al.* (2019) 'Elder abuse victimization patterns : latent class analysis using perpetrators and abusive behaviours', *BMC geriatrics*. *BMC Geriatrics*, 19(117), pp. 1–11.
- Sherman V. and Creamer D, 2009. Recommended management of eczema in older patients. *Prescriber* 5, September 2009. www.prescriber.co.uk
- 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.

- Soares, J. J. F. *et al.* (2010) *Abuse and Health among elderly in Europe*. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.
- Wallace, R. B., & Bonnie, R. J. (Eds.). (2003). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington, DC: National Academies Press.
- 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/-/DC1.
- WHO/INPEA (2002) *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva.
- WHO (2016) *Elder Abuse: The health sector Role in Prevention and Responce*.
- World Health Organization. (2008) 'A global response to elder abuse and neglect : building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report'. Available at: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=PaOz1Bd_xBsC&oi=fnd&pg=PR3&dq=A+Global+Response+to+Elder+Abuse+and+Neglect+:+Building+Primary+Health+Care+Capacity+to+Deal+with+the+Problem+Worldwide+:+Main+Report&ots=4XU3JdajAC&sig=UXxr47C_lEk81DVeug19Pij1JBY.
- Wigglesworth A, Austin R, Corona M, Schneider D, Liao S, Gibbs L, Mosqueda L. 2009. Bruising as a marker of physical elder abuse. *Journal of American Geriatrics Society*, 2009 Jul; 57(7):1191-1196.
- World Health Organization. (2021) *ELDER ABUSE*. Available at: https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab_1.
- Yon, Y. *et al.* (2017) 'Elder abuse prevalence in community settings : a systematic review and meta-analysis', *The Lancet Global Health*. The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY license, 5(2), pp. e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
- Yon, Y., Ramiro-gonzalez, M., *et al.* (2018) 'The prevalence of elder abuse in institutional settings : a systematic review and meta-analysis', *The European journal of Public Health*, 29(1), pp. 58–67. doi: 10.1093/eurpub/cky093.
- Yon, Y., Mikton, C., *et al.* (2019) 'The Prevalence of Self-Reported Elder Abuse Among Older Women in Community Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Trauma, Violence, and Abuse*, 20(2), pp. 245–259. doi: 10.1177/1524838017697308.

MÓDULO 2 – Screening de maus-tratos

Estrutura do Módulo

Titulo	Screening de maus-tratos
Objectivos	Os objetivos deste módulo são aumentar: <ul style="list-style-type: none">▪ o conhecimento sobre screening de maus-tratos a idosos▪ a compreensão sobre a complexidade do screening▪ a compreensão dos motivos que levam a conduzir screening▪ o conhecimento sobre as ferramentas de screening usadas em diferentes contextos
Objetivos de aprendizagem	Os participantes deverão ser capazes de <ul style="list-style-type: none">▪ definir os conceitos, termos e objetivos do screening▪ compreender o amplo conjunto de critérios científicos estabelecidos para o screening▪ compreender os requisitos mínimos para fazer perguntas sobre violência▪ usar as perguntas de screening de forma natural ao interagir com pessoas mais velhas▪ entender o screening como um processo
Duração:	3 horas <ul style="list-style-type: none">▪ 45min-1h introdução▪ 20 min (2x10 minutos) intervalos▪ 1h e 1/2 atividades de aprendizagem ativa▪ 10 minutos de tempo extra (acolhimento, aguardar a chegada de participantes, apresentação, responder a questões)

Recursos necessários:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mesas redondas com 3 - 4 cadeiras em cada, de acordo com o tamanho do grupo ▪ Computador ▪ Projetor ▪ Tela ▪ Flipchart ▪ Folhetos com cenários
Mensagens chave	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O screening é complexo, pois os maus-tratos a pessoas idosas são um fenómeno multifacetado e multidimensional ▪ O screening é baseado em princípios éticos profissionais ▪ As perguntas de screening devem fazer parte do processo normal de interação com a pessoa idosa ▪ Perguntar sobre maus-tratos é apenas uma etapa do processo de screening
Fichas de trabalho	<p>Instruções para o formador</p> <p>Folhetos para os participantes</p>


1. O QUE É O SCREENING?

O Screening, conforme definido pelo Comité Nacional de Triagem do Reino Unido (NSC do Reino Unido), é **"um serviço de saúde pública no qual são colocadas questões ou realizados testes a membros de uma determinada população, que não sabem, necessariamente, que estão em risco de, ou já estão afetados por uma doença ou pelas suas complicações, para identificar aqueles indivíduos que poderão obter maiores benefícios do que prejuízos em participar em mais testes ou tratamentos para reduzir o risco de uma doença ou das suas complicações "** (Feder G. et al, 2009).

O screening tornou-se um foco central nos sistemas de saúde pública. Wilson e Jungner estabeleceram em 1968 a base para o screening atual e iniciaram o debate científico sobre os benefícios, danos, custos e ética do screening. Estes autores definiram screening como: "a identificação de uma presunção de doença não reconhecida ou insuficiência pela aplicação de testes, exames ou outros procedimentos que podem ser aplicados rapidamente. Os testes de screening separam pessoas aparentemente bem que provavelmente têm uma doença, daquelas que provavelmente não têm. Um teste de screening não se destina a diagnóstico. Pessoas com resultados positivos ou suspeitos devem ser encaminhadas para os seus médicos para diagnóstico e tratamento se necessário." Wilson e Jungner também estabeleceram em 1968 dez princípios para o screening (J.M.G. Wilson & G. Jungner, 1968).

O screening é para pessoas que não apresentam sintomas. O objetivo do screening é identificar pessoas numa população aparentemente saudável que correm maior risco de um problema ou condição de saúde, para que lhes possa ser oferecido tratamento ou intervenção precoce, o que, por sua vez, pode melhorar o tratamento/estado de saúde de alguns dos indivíduos avaliados. O screening não é um diagnóstico; não é o mesmo que diagnóstico precoce, mas aponta para a necessidade de um exame mais aprofundado. O diagnóstico precoce destina-se a detetar os casos o mais cedo possível entre pessoas com sintomas (WHO Regional Office for Europe; 2020).

Além do conceito de screening, existem termos como screening universal e screening seletivo. O screening universal diz respeito à avaliação em grande escala de grupos populacionais inteiros - avaliando todos, sem que seja feita nenhuma seleção de grupos populacionais. O screening seletivo é uma avaliação direcionada a um ou mais subgrupos de uma determinada população em risco de alguma doença ou condição (WHO, 2013).



O screening em saúde pública é um método bem definido e baseado em evidências. No campo da violência, o screening é geralmente referido como a ação pela qual os profissionais identificam e distinguem indivíduos que são alvo de violência de indivíduos que não são. O screening de violência pode ser definido como: “Avaliação do dano atual ou risco de dano proveniente de violência familiar ou em relações de intimidade em pessoas assintomáticas, num contexto de saúde” (Perel-Levin, 2008).

O Serviço de Aconselhamento sobre Violência Doméstica Familiar (1800RESPECT) define o screening da seguinte forma: “o screening é um processo informal que visa iniciar uma conversa sobre violência doméstica e violência familiar. É uma forma sistemática de dar espaço a uma pessoa para falar sobre violência doméstica e familiar. Geralmente envolve perguntar aos clientes sobre as suas experiências. Isso pode incluir perguntar se há violência doméstica ou familiar na sua vida ou se eles se sentem inseguros nas suas relações [familiares/íntimas]”. Questionar sobre violência deve ocorrer no processo normal de uma interação e ser um resultado da relação estabelecida entre o cliente e o profissional. O desafio de adaptar o questionamento a uma interação profissional habitual é que as perguntas de screening devem ser feitas usando as mesmas palavras e na mesma ordem porque aparecem no instrumento (Yaffe, 2015). O screening é mais eficaz quando é feito a todos os clientes de um serviço, em vez de pessoas ou grupos selecionados, com base nos dados sociodemográficos, ocupação, religião, cultura, deficiência ou idade. É designado “screening de rotina” (1800RESPECT).

2. CRITÉRIOS E PROGRAMAS DE SCREENING

Os princípios de screening de Wilson e Jungner estabelecidos em 1968 (Wilson & Jungner, 1968) ainda são usados em programas de extensão nacional para o screening de doenças e condições que frequentemente apresentam uma alta taxa de mortalidade. Estes critérios podem ser utilizados para determinar preliminarmente se um programa de screening pode ser eficaz num determinado país e sistema de saúde. No Reino Unido é utilizado um conjunto de 20 critérios precisos a ser considerados num programa de screening (UK NSC, 2014) e na Finlândia essa lista consiste em 14 critérios (STM, 2014).

Os critérios usados pela maioria dos países para avaliar um programa de screening são os seguintes (Perel-Levin S., 2008):

- A condição deve ser um problema de saúde importante, bem compreendido e com um fator de risco ou indicador conhecido;
- O teste deve ser simples, seguro e validado;
- O teste de screening deve ser aceitável para a população;

- Devem estar disponíveis intervenções eficazes para dar acompanhamento aos casos identificados;
- Deve haver evidências provenientes de ensaios clínicos de que o programa de screening reduz a mortalidade ou morbidade e é economicamente viável;
- Há profissionais/recursos humanos com qualificações adequados e disponíveis para a implementação;
- Deve haver evidências de que o programa completo (desde o teste até à intervenção) é “clínica, social e eticamente aceitável para os profissionais de saúde e para o público”.

Many countries have increased screening of individual diseases to ensure equality. Including a new screening test in the national screening programme demands a great deal of preparatory work as well as a wide discussion in society about the objectives and effects of screenings. Public debate and an efficient support for the implementation of a screening increase its acceptability and can also increase the participation of the target population. A screening should produce enough health benefits to be justified from the perspective of public health. Therefore, there must be a good understanding of the benefits, costs and societal impacts of a screening until a decision is made to stop or start a new screening programme. Screening is a valuable part of improving the well-being and health of the population. (STM 2014)

Many Member States are running or establishing population-based screening programmes for breast, cervical and colorectal cancer according to the Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC) (European Commission, 2008).

An effective screening programme can deliver significant public health benefits. Although good-quality evidence may show that screening can deliver benefits, these will only be delivered if the programme is run effectively. Screening can also lead to harm. Because screening tests are not 100% sensitive or specific, there will always be false positives and negatives. The challenge for policy-makers is to consider all the potential benefits and harm and decide in the context of their health system and their values or ethics whether the screening programme is expected to produce benefits at a reasonable cost. (WHO, 2020) Muitos países têm vindo a aumentar o screening de doenças individuais para garantir igualdade. Incluir um novo teste de screening num programa nacional de screening exige muito trabalho preparatório, bem como uma ampla discussão na sociedade sobre os objetivos e efeitos do mesmo. O debate público e o apoio eficiente na implementação do screening aumentam a sua aceitabilidade e podem também aumentar a participação da população-alvo. Um programa de screening deve produzir benefícios de saúde suficientes para ser justificado do ponto de vista da saúde pública. A decisão de interromper ou iniciar um novo programa de screening deve ser tomada a partir de uma boa compreensão dos benefícios, custos e impactos sociais do mesmo. O screening é um instrumento valioso para

melhorar o bem-estar e a saúde da população (STM - Ministério dos Assuntos Sociais da Finlândia, 2014).

Muitos Estados-Membros da União Europeia têm em curso programas de screening populacional para o cancro da mama, colo do útero e cancro do colo-retal, de acordo com a Recomendação do Conselho de 2 de dezembro de 2003 sobre rastreio do cancro (2003/878 / CE) (Comissão Europeia, 2008).


Um programa de screening eficaz pode trazer benefícios significativos à saúde pública. No entanto, esses benefícios só podem ser colhidos se o programa for executado de forma eficaz. O screening também pode causar danos. Como os testes não são 100% fiáveis, haverá sempre falsos-positivos e falsos-negativos. O desafio para os decisores políticos é considerar todos os potenciais benefícios e danos e decidir, no contexto do seu sistema de saúde e dos seus valores e ética, se o programa de screening poderá trazer benefícios a um custo razoável (OMS, 2020).

3. SCREENING OU INQUÉRITO DE ROTINA?

A palavra “screening” é um termo técnico usado na saúde pública e pode, por vezes, ser confundido quando incluído em outras áreas, como o serviço social. A linguagem é um elemento-chave que precisa ser esclarecido para promover a cooperação e a comunicação entre todos os profissionais envolvidos na busca conjunta por soluções. O significado das palavras não deve ser considerado levemente. Embora o termo “screening” possa ter um significado específico em saúde pública, também se refere a um processo complexo que envolve o seguimento/encaminhamento dos casos. O termo “inquérito” pode ser interpretado como uma forma mais simples de avaliação, implicando apenas o questionar e não necessariamente o acompanhamento dos casos. O ponto essencial a reter sobre o screening é que este processo consiste num primeiro passo de um processo de avaliação e não num fim em si mesmo. (Perel-Levin S., 2008). É importante enfatizar o mesmo aspeto quando se fala em “inquirir”, o que deve ser compreendido por todos os profissionais envolvidos.

O termo “inquérito de rotina”, no contexto da violência doméstica, refere-se à investigação da violência praticada por parceiro íntimo sem usar os critérios de saúde pública de um programa de screening completo. De acordo com a OMS, também pode ser uma forma de questionar as mulheres, rotineiramente, sobre a violência nos contextos de saúde, mas não necessariamente todas as mulheres (OMS, 2013).

O screening, conforme definido pelo Comité Nacional de Screening do Reino Unido, refere-se à aplicação de uma pergunta ou teste padronizado, de acordo com um procedimento que não varia de um lugar para outro. Os inquéritos de rotina não são necessariamente



padronizados, mas as perguntas são feitas rotineiramente em determinados contextos ou consoante a existência de indicadores de violência doméstica. Segundo alguns autores, o inquérito de rotina é a abordagem mais adequada para a violência doméstica (Taket A. et al., 2003), porém não há estudos sobre a sua utilização no que se refere aos maus-tratos a pessoas idosas.

Um manual do Departamento de Saúde do Reino Unido recomenda a realização de inquéritos de rotina; “Todas as instituições (do Serviço Nacional de Saúde) devem realizar inquéritos de rotina fornecendo a todas as mulheres informações sobre os serviços de apoio às vítimas de “violência doméstica”. “Rotina” refere-se a uma postura proativa de questionar todas as mulheres, evitando estigmas e julgamentos inadequados. (Departamento de Saúde, 2005).


4. INSTRUMENTOS DE SCREENING E A SUA UTILIZAÇÃO

A função fundamental de qualquer instrumento de avaliação é orientar os profissionais através de um processo de screening padronizado e garantir que os sinais de maus-tratos não passam despercebidos.

Os instrumentos de screening devem ser capazes de detetar corretamente os casos em que estão presentes maus-tratos ou negligência e casos em que não estão. A ideia é levantar a suspeita do profissional que realiza o screening sobre a possibilidade de maus-tratos e depois fazer o acompanhamento do caso. A eficácia de um instrumento de screening é determinada pela sua capacidade de identificar corretamente as pessoas que experienciam maus-tratos (verdadeiros positivos) e as que não experienciam maus-tratos (verdadeiros negativos). Um falso-positivo ocorre quando uma pessoa é identificada como sendo vítima de maus-tratos, quando na verdade não o é. O falso-negativo ocorre quando uma pessoa é identificada como não sendo vítima de maus-tratos, quando na verdade o é. (OMS, 2020; McCarthy L. e al., 2017)

Os instrumentos de screening têm sido classificados de diferentes formas. Cohen (2013) classificou os instrumentos de screening em três grupos com base no método e na intenção do instrumento: i) instrumentos de questionamento direto sobre a experiência de maus-tratos à pessoa idosa, onde se inclui o autorrelato de situações de maus-tratos; ii) instrumentos que avaliam sinais de maus-tratos; iii) e instrumentos de avaliação do risco de maus-tratos. A maioria dos instrumentos de screening inclui o método de questionamento direto e a avaliação do risco de maus-tratos.

O autorrelato tem a vantagem de ser mais económico e permitir o screening em massa. Quando utilizado com as condições de confidencialidade adequadas pode facilitar a obtenção de respostas mais honestas. As desvantagens incluem que pode ser inadequado



para pessoas com déficit cognitivo, que não têm competências linguísticas ou de leitura adequadas, ou que não têm tempo ou motivação para concluir o questionário. (Schofield M. J., 2017).


O questionamento direto conduzido pelos profissionais permite a observação do aspecto física da pessoa. A evidência também sugere que a maioria das vítimas não terá a iniciativa de denunciar, mas poderá, quando questionada diretamente, admitir a experiência de maus-tratos (Cohen M., 2011). As desvantagens incluem a falta de tempo dos profissionais, a potencial falta de treino e à vontade para fazer perguntas altamente sensíveis, a potencial imprecisão na atribuição da pontuação e interpretação das respostas e também o desconhecimento sobre a rede de referência e as opções de intervenção disponíveis (Schofield M. J., 2017).

O screening com base em indicadores de risco é uma alternativa para quando é difícil obter respostas confiáveis no questionamento direto. Está demonstrado que as ferramentas baseadas em fatores de risco distinguem com segurança os casos de abuso e não abuso (Cohen M et al., 2006).

Cada um destes métodos tem pontos fortes e limitações. Cohen refere que para otimizar a identificação de casos de maus-tratos seriam necessárias estas três formas de screening - questionamento direto, screening com base em sinais e indicadores de risco de maus-tratos, construindo um modelo de screening abrangente. A maioria dos instrumentos de screening incorpora o método de questionamento direto e avaliação do risco (Cohen M., 2013).

Outra forma de classificar os instrumentos de screening é de acordo com o contexto onde a pessoa idosa se encontra e a finalidade do instrumento. Existem conjuntos de instrumentos desenvolvidos para screening a pessoas idosas e/ou cuidadores em contexto comunitário ou domiciliário e instrumentos de screening direcionados a pessoas idosas institucionalizadas em serviços de saúde ou sociais (Schofield M. J., 2017).

A identificação dos maus-tratos a pessoas idosas é complexa. Portanto, um instrumento de screening eficaz deve tentar avaliar os sinais de maus-tratos (contusões suspeitas, transferência de propriedades, etc.), bem como fatores de risco de maus-tratos (histórico de violência, problemas na relação entre a pessoa idosa e o possível perpetrador). O instrumento não pode ser muito longo. Os serviços sociais e de saúde frequentemente precisam de instrumentos curtos, fáceis de usar e multidisciplinares que possam ser aplicados em ambientes com elevada carga de trabalho. Além disso, alguns instrumentos de screening só podem ser aplicados por profissionais com qualificações específicas. O instrumento útil é aquele que pode ser aplicado por uma ampla variedade de profissionais e em vários contextos. Há instrumentos que se focam apenas numa teoria de maus-tratos a pessoas idosas, como o modelo do stress do cuidador. Este tipo de instrumento não será tão adequado para pessoas idosas não dependentes. Os instrumentos também devem ter em conta que é possível haver diferentes tipos de perpetrador (De Donder et al., 2015).



O instrumento ideal deve incluir: (1) fatores de risco de maus tratos e sinais precoces; (2) ser breve e metucioso, permitindo que avaliações precisas sejam realizadas em contextos com pouca disponibilidade de tempo; (3) ser usado por cuidadores informais, por cuidadores formais (médicos e não médicos) ou por serviços sociais e de saúde; (4) ter em atenção diferentes tipos de agressores; (5) referir-se ao ambiente físico, psicológico e social da pessoa idosa e (6) ser testado quanto à confiabilidade e validade. Um instrumento com estas características proporcionará a possibilidade de uma deteção precoce de maus-tratos a pessoas idosas necessária para fornecer apoio e cuidados e prevenir o agravamento dos casos (De Donder et al., 2015).

Finalmente, Nelson e colaboradores (2012) apontam, numa ampla revisão da literatura, que a prevalência de maus-tratos e a sensibilidade e especificidade dos instrumentos de screening dependem das definições de maus-tratos (físico, sexual, emocional e combinações dos vários tipos) e acuidade (atual, passado ou qualquer outro). Estas definições não estão estandardizadas entre os instrumentos.

Os instrumentos de screening não são testes de diagnóstico e são usados para identificar a necessidade de encaminhamento ou avaliação adicional. Embora não proporcionem conclusões definitivas, estes instrumentos podem ajudar os profissionais de saúde e de serviço social, fornecendo-lhes uma metodologia sistemática e objetiva que facilita o processo de tomada de decisão. São necessários treino, supervisão e suporte das equipas para que, como se pretende, abordar as questões dos maus-tratos de maneira sensível e eficaz (McCarthy et al., 2017).

5. O SCREENING É UM PROCESSO

Um programa de screening é um processo que começa com a identificação pessoas elegíveis para screening e termina quando os resultados são relatados. O programa só será eficaz se todos os componentes do processo forem assegurados (OMS, 2020).

Passos essenciais num processo de screening simplificado:

- Identificar a população a quem vai ser aplicado o screening com base na melhor evidência
- Convidar à participação, fornecendo informações adequadas e adaptadas a diferentes grupos para permitir uma escolha informada
- Conduzir o(s) teste(s) de screening usando os métodos acordados
- Encaminhar todos os resultados positivos para os serviços apropriados e garantir que os resultados negativos serão comunicados aos indivíduos

- **Intervenção, tratamento e acompanhamento:** intervir ou tratar os casos de forma adequada. Em algumas situações, a vigilância ou acompanhamento poderão ser necessários.
- **Comunicação de resultados:** recolha, análise e comunique as conclusões dos encaminhamentos para identificar falsos-negativos e melhorar a eficácia e viabilidade do programa de screening.

(Adaptado de: OMS, 2020)

Como conclusões gerais, Perel-Levin (2008) afirma: “O screening é um primeiro passo. Quando há suspeita de maus-tratos a uma pessoa idosa, deve ser realizada uma avaliação adicional e o encaminhamento apropriado. O encaminhamento e contato contínuo com o setor do voluntariado, devem fazer parte do processo. Procedimentos e mecanismos formais e claros, discussão de casos regular, desenvolvimento das equipas por pares e reflexão regular sobre a prática, são condições essenciais para sustentar a implementação de um programa de screening bem-sucedido”.

6. PORQUÊ FAZER SCREENING DE MAUS-TRATOS A PESSOAS IDOSAS?

Os estudos mostram que as taxas de maus-tratos identificados pelos profissionais através de instrumentos estruturados são superiores às encontradas em estudos de prevalência (Cohen M., 2011). Existem razões convincentes para rastrear os maus-tratos a idosos. A evidência disponível na literatura científica mostra que os maus-tratos na fase mais tardia da vida adulta tem impactos adversos na saúde.

Pessoas idosas vítimas de maus-tratos:

- estão em maior risco de mortalidade (Lachs M. S. et al, 2018; Mouton C.P, 2003; Dong XinQi et al. 2009; Dong X.Q. et al 2011; Schofield M.J. et al, 2013)
- têm maior probabilidade de incapacidade (Cooper C. et al 2006; Schofield M.J. et al. 2013)
- têm maior risco de hospitalização (Dong & Simon, 2013)
- têm maior risco de institucionalização (Lachs et al. 2002)
- têm mais frequentemente pensamentos suicidas e tentativas de suicídio (Barron, 2007; Lazenbatt A. et al. 2010; Olofsson et al. 2012)

- têm mais frequentemente dor crônica, problemas pulmonares, ósseos ou articulares, síndrome metabólica, sintomas gastrointestinais e stress, depressão ou ansiedade (Bitondo–Dyer C. et al. 2000; Fisher & Regan, 2006; Lazenbatt et al., 2010; Fisher et al., 2010; Fisher et al. al., 2011; Dong et al. 2013)
- têm mais frequentemente lesões traumáticas óbvias e dor. Uma revisão de Murphy et al (2013), identificou diferentes lesões, por exemplo, dentárias, do pescoço e crânio e lesões cerebrais.


Os serviços de saúde e assistência social podem ser, em alguns casos, os únicos contextos onde as pessoas idosas são observadas e têm contato com outras pessoas. Esta pode ser uma oportunidade valiosa para detetar os maus-tratos e uma oportunidade para as vítimas o denunciarem e receberem apoio e assistência. Se detetado precocemente, as vítimas de maus-tratos podem ter a oportunidade de uma intervenção que ajude a reduzir os riscos aos quais podem estar expostas. Isto pode evitar a ocorrência de danos mais graves, ou mesmo, salvar vidas. Incidentes que podem parecer sem importância podem ter um efeito debilitante e duradouro nas pessoas idosas. Pode não ser possível para uma pessoa idosa recuperar e “ultrapassar” a situação da mesma forma que uma pessoa mais jovem o faria. (McCarthy et al. 2017).

Os casos de maus-tratos a pessoas idosas muitas vezes não são identificados e reportados pelos profissionais de saúde (Cooper et al. 2009). Razões comuns para subnotificação incluem: diferentes níveis de compreensão sobre fenómeno pelos profissionais de saúde; formação e treino inadequado na identificação de sinais maus-tratos, particularmente maus-tratos financeiros; acesso limitado a instrumentos de screening e avaliação; e suporte organizacional inadequado para auxiliar na denúncia de casos identificados de maus-tratos a pessoas idosas (Brijnath et al. 2020).

7. BARREIRAS AO SCREENING

A preocupação com os maus-tratos a pessoas idosas pode criar trabalho adicional significativo e impulsionar o profissional de saúde para um mundo com o qual ele provavelmente não está familiarizado (estatutos de denúncia obrigatória, serviços de proteção de adultos e sistema de justiça criminal).

Os profissionais podem ser céticos sobre a possibilidade de fazerem a diferença se identificarem e denunciarem os maus-tratos. Vários obstáculos são identificados,



nomeadamente: falta de tempo, falta de conhecimento, falta de confiança de que existem recursos e sistemas adequados para lidar com os potenciais maus-tratos, falta de privacidade suficiente para fazer perguntas delicadas sobre maus-tratos e falta de competências para levar a pessoa a revelar maus-tratos ou situações abusivas (Rosen et al. 2016). Os instrumentos de screening que levam mais de uma hora a administrar apresentam maior resistência, o que diminui a qualidade do screening (Yaffe et al. 2008).

Schmeidel e colaboradores (2012) estudaram as barreiras para a deteção e denúncia dos maus-tratos a pessoas idosas, analisando os motivos apresentados pelos participantes e encontraram cinco categorias principais nas quais a maioria dos motivos podem ser agrupados:

Orientações Profissionais:

Enfermeiros, médicos e assistentes sociais, cada um aborda os maus-tratos a pessoas idosas com valores diferentes que desenvolveram ao longo de anos de prática. Os enfermeiros expressaram paixão em cuidar dos seus doentes, prevenir e detetar os maus-tratos. Os enfermeiros relataram querer procurar outras explicações além dos maus-tratos para explicar porque é que os seus pacientes não estão bem, atribuindo ao médico o dever de investigar e reportar os maus-tratos.

As maiores barreiras à identificação dos maus-tratos para os médicos são o conjunto de prioridades com as quais eles se preocupam. Devido aos horários limitados, os médicos priorizam aquilo que os preocupa mais e com que se sentem mais confortáveis a lidar. Ao observar situações de maus-tratos, remetem aos assistentes sociais a tarefa de investigar e lidar com o problema, já que eles são os "especialistas". Para fazer uma denúncia, os médicos preocupam-se com fatores como a "alta suspeita" e a obtenção de "informações suficientes".

Avaliação

A avaliação dos maus-tratos a pessoas idosas foi a grande barreira prática que muitos profissionais acharam difícil de superar com os recursos disponíveis. A falta de tempo foi um dos problemas mais mencionados. Médicos e enfermeiros referiram que tinham de priorizar o que era mais importante no tempo limitado de que dispunham e, na maioria das vezes, os maus-tratos não se encontram no topo dessa lista de prioridades. Se houver suspeita de maus-tratos, estes profissionais indicam que não têm tempo suficiente para reunir evidências para apoiar uma denúncia. A privacidade foi um problema referido: os assistentes sociais pareciam mais à vontade para pedir aos cuidadores e familiares que saíssem da sala, mas os enfermeiros e médicos referiram que era difícil manter a privacidade em todas as visitas. Várias enfermeiras pensavam que era quase impossível detetar maus-tratos num contacto único.

Interpretação:

Interpretar e implementar a lei na prática clínica mostrou-se difícil para a maioria dos enfermeiros, médicos e assistentes sociais. Uma das questões apontadas como difíceis para os médicos e assistentes sociais era perceber se o doente que estava a ser vítima de maus-tratos ou negligência era um adulto dependente. É importante perceber se a capacidade de tomar decisões da pessoa idosa está, ou não, comprometida. A dependência é uma questão importante no momento da denúncia.

Sistemas:

Havia um sistema interno de responsabilidade da clínica ou hospital, e um sistema externo de referência. A existência de protocolos precisos para reportar os maus-tratos no sistema interno foram apontados como cruciais. Em geral, os enfermeiros pareciam não saber da existência dos protocolos no hospital. Os enfermeiros preferiram encaminhar os casos suspeitos de maus-tratos para o médico e/ou assistente social e os médicos para a assistente social. Houve também experiências e resultados frustrantes com a referência, porque o sistema externo parecia estar sobrecarregado e ter recursos insuficientes.

Conhecimento e formação:

Enfermeiros e médicos sentiam-se menos confortáveis com seu conhecimento sobre os maus-tratos do que os assistentes sociais. Os assistentes sociais achavam que a formação e a conscientização dos médicos, sobre os maus-tratos a pessoas idosas poderiam ser melhoradas. Os profissionais referiram que a formação que receberam não era prática nem adequada para abordar uma pessoa idosa com suspeita de maus-tratos. Muitos gostariam de ter mais treino baseado em casos. Alguns médicos e enfermeiros apresentaram conhecimentos imprecisos sobre maus-tratos a pessoas idosas. A maioria dos médicos achava que o abuso a pessoas idosas era raro. A maioria dos enfermeiros desconhecia muitas das leis sobre a confidencialidade, o anonimato e a responsabilidade pessoal de denúncia, bem como quem deveria ser especificamente o responsável pela denúncia. Havia incerteza sobre o que a denúncia obrigatória inclui.

Os maus-tratos raramente são relatados pelas próprias pessoas idosas. A identificação dos maus-tratos pode ser feita com base em indicadores que indiquem suspeita. Os indicadores podem ser sintomas ou sinais observados no comportamento da pessoa idosa ou do cuidador e/ou com base em lesões físicas (marcadores físicos). Identificar os fatores de risco associados aos maus-tratos pode permitir que os profissionais intervenham numa fase inicial e evitem que os maus-tratos continuem. Embora existam fatores de risco estabelecidos para os maus-tratos a idosos, a avaliação não deve ser orientada apenas pelos fatores de risco. A violência pode acontecer e afetar pessoas em quaisquer circunstâncias. Portanto, a avaliação rotineira dos maus-tratos é recomendada para todos os doentes (Pickering et al., 2016).

8. REQUISITOS MÍNIMOS PARA QUESTIONAR SOBRE MAUS-TRATOS

Os profissionais devem ser treinados para fazer questões da maneira certa, ou seja:

- de forma segura, respeitosa, sensível, tomando a iniciativa e usando linguagem não ameaçadora
- promovendo o desenvolvimento de uma boa relação de comunicação entre o profissional e a pessoa entrevistada
- adotando uma atitude empática e sem julgamento
- Introduzindo o tema de forma suave e não ameaçadora: “Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre eventos que podem acontecer na vida de pessoas idosas.”

Os profissionais são treinados para

- usar um instrumento de screening
- conhecer os aspectos fenomenológicos dos maus-tratos a pessoas idosas, as dinâmicas subjacentes, estratégias de apoio, avaliação de risco e planejamento de segurança


Os profissionais devem conhecer os procedimentos práticos

- diretrizes escritas sobre como usar um determinado instrumento de screening
- diretrizes escritas sobre o que fazer após o processo de screening
- práticas acordadas no próprio local de trabalho
- modelos de trabalho multiprofissional e multi-agência
- possibilidades de apoio e consultoria para os profissionais
- Supervisão eficaz da equipa de trabalho

9. COMPLEXIDADES DO SCREENING DE MAUS-TRATOS A PESSOAS IDOSAS

O screening de maus-tratos a idosos é definido como o processo de obter informações sobre experiências de maus-tratos num relacionamento familiar ou de cuidados a adultos mais velhos ou vulneráveis que não apresentam sinais óbvios de abuso, tais como lesões físicas. A justificação para fazer o screening de violência de parceiro íntimo, maus-tratos ou negligência de adultos vulneráveis e idosos a indivíduos assintomáticos é a possível identificação de casos que não seriam conhecidos de outra forma, de modo a prevenir a ocorrência de violência e maus-tratos futuros e reduzir a morbidade e mortalidade.

A pedra angular de um screening eficaz é o desenvolvimento de instrumentos de screening válidos e confiáveis, com baixo erro de medição. A criação destes instrumentos tem-se



mostrado uma tarefa desafiadora, não apenas por questões metodológicas (por exemplo a ausência de um gold standard para a criação/validação destes instrumentos), mas porque os maus-tratos a pessoas idosas, como outras formas de violência familiar e interpessoal, são um fenómeno pautado pelo secretismo, ocorrendo em casa ou em instituições, geralmente sem testemunhas. Por causa do medo, intimidação e falta de apoio, muitos indivíduos não revelam os maus-tratos a menos que sejam diretamente questionados, e, mesmo muitos dos que são questionados diretamente, acabam por não revelar as situações de maus-tratos. As vítimas costumam mostrar-se relutantes em revelar os maus-tratos por terem vergonha ou medo de serem julgadas, por não conseguirem identificar o comportamento como abusivo, por dependerem do agressor ou por acharem que o abuso é culpa sua (Schofield Margot J. 2017). Em alguns casos, pode haver barreiras culturais e linguísticas a impedir a divulgação dos maus-tratos (Lachs e Pillemer, 2015).


A prevenção, identificação e fim dos maus-tratos são importantes para evitar resultados graves para a saúde da pessoa idosa a curto e longo prazo. (Nelson et al. 2012). O screening é considerado particularmente importante para problemas com graves implicações na saúde e onde as taxas gerais de identificação são consideradas baixas. Este é certamente o caso dos maus-tratos e negligência contra pessoas idosas (Schofield, 2017).

Existem muitas complexidades na questão do screening de maus-tratos a pessoas idosas. Os maus-tratos em si são um tema complexo e o screening é um processo multifacetado. Não é realista simplesmente categorizar as pessoas como vítimas de maus-tratos ou não. Na prática clínica, os seres humanos não se enquadram perfeitamente com eficácia, sensibilidade e especificidade, num conceito (Cohen, 2011).

As múltiplas formas de maus-tratos a pessoas idosas aumentam a complexidade da identificação. Embora as formas de maus-tratos físicos, sexuais e, até certo ponto, financeiros sejam mais facilmente medidas e verificadas, outras formas, como os maus-tratos psicológicos, a negligência e o abandono são muito mais difíceis de verificar, ou mesmo ser entendidos como uma forma de maus-tratos pela própria pessoa idosa. No entanto, essas são as formas mais comuns de maus-tratos. Há uma necessidade clara de melhores instrumentos para identificar as representações mais invisíveis de maus-tratos, uma vez que os estudos indicam que estas têm um impacto considerável na saúde (Schofield, 2017).

Os maus-tratos e a negligência a pessoas idosas são muito heterogéneos; os indicadores clínicos devem ser vistos no contexto do domicílio, família, prestadores de cuidados, capacidade de tomada de decisão e ambientes institucionais (National Institute of Justice, 2000).

A identificação dos maus-tratos não é linear. O diagnóstico é quase sempre incerto, o que aumenta o medo dos médicos de que possam causar mais danos ao realizar qualquer ação (Wiglesworth A. et al 2009). O screening e o uso de instrumentos de screening para auxiliar na identificação dos casos podem ajudar na deteção de maus-tratos e negligência, mas tal




requer sensibilidade do profissional envolvido. Sem uma abordagem sensível e aceitável, as pessoas idosas têm menos probabilidade de divulgar os maus-tratos. Os profissionais devem não apenas identificar os maus-tratos, mas também ser capazes realizar todos os passos do screening, incluindo o acompanhamento ou encaminhamento para outros serviços, bem como intervenção e apoio à pessoa idosa (McCarthy et al. 2017).

Não parece haver evidência que suporte que o screening e a detecção precoce de maus-tratos e negligência reduzam a exposição aos maus-tratos ou os danos físicos e mentais decorrentes dos maus-tratos. Não é claro se o uso de protocolos de screening específicos diminui a incidência ou o impacto dos maus-tratos (Hoover & Polson M, 2014). A Task Force dos Serviços Preventivos dos Estados Unidos (2018) afirma que “a evidência atual é insuficiente para avaliar o equilíbrio entre os benefícios e riscos do screening de todas as pessoas idosas ou adultos vulneráveis (física ou mentalmente dependentes) para maus-tratos e negligência”. Esta afirmação é baseada na revisão da evidência sobre screening e intervenções no âmbito da violência doméstica, maus-tratos a pessoas idosas e adultos vulneráveis de Feltner e colaboradores (2018). Os autores definem cinco questões-chave para a avaliação: 1) Benefícios do screening; 2) Precisão do screening; 3) Danos do screening; 4) Eficácia das intervenções; 5) Danos das intervenções. Nesse trabalho concluiu-se que o screening e as intervenções para a população idosa são provavelmente diferentes das utilizadas no contexto de violência doméstica devido à natureza da violência, por exemplo, relações diferentes com o perpetrador. Além disso, alguns adultos mais velhos e vulneráveis podem não ter capacidade física, mental ou financeira, que lhes permitam realizar o screening. Outros desafios podem incluir requisitos legais relacionados com a revelação, condições médicas subjacentes (por exemplo, déficit cognitivo) e dependência do perpetrador para prestação de cuidados e acesso a cuidados de saúde. Nessas situações, os instrumentos de screening devem ser aplicados aos cuidadores.

As organizações profissionais podem ter diferentes orientações e recomendar screening ou inquérito de rotina. Por exemplo, nos EUA, a Joint Commission, o National Center on Elder Abuse, a National Academy of Sciences e a American Academy of Neurology recomendam screening. A American Medical Association recomenda o inquérito de rotina. A identificação e a intervenção nos maus-tratos são consideradas por muitos uma responsabilidade profissional dos médicos e pode ser um requisito para a acreditação dos hospitais. O Centro de Envelhecimento da Universidade do Maine, Maine Partners for Elder Protection, recomenda o screening uma a duas vezes por ano (Hoover & Polson, 2014).

Conforme mencionado no Módulo 1, vários problemas de saúde e a sua complexidade na idade avançada podem imitar e sobrepor-se aos sintomas de maus-tratos, resultando em alguma relutância dos profissionais em se envolverem neste assunto, por temerem possíveis erros de julgamento ao determinar se os maus-tratos ocorreram ou não, ou que uma intervenção possa fazer mais mal do que bem (Cohen, 2011). O elevado número de doenças crônicas em pessoas mais velhas pode levar à rejeição incorreta de casos (por exemplo, fraturas atribuídas incorretamente à osteoporose) ou à incorreta atribuição/classificação de



sintomas de outras condições como indicadores de maus-tratos (por exemplo, hematomas espontâneos atribuídos incorretamente a abuso físico) durante a avaliação (Lachs e Pillemer, 2015).

Também existem dificuldades em distinguir maus-tratos e negligência de outras condições. Algumas pessoas idosas podem sofrer de várias doenças crônicas. Devido à complexidade dos problemas de saúde na idade avançada, os sinais de maus-tratos podem sobrepor-se a sintomas resultantes dos efeitos secundários dos medicamentos. Por exemplo, hematomas podem ser causados por altas doses de anticoagulantes (Wiglesworth et al. 2009). A desnutrição, que pode ser devida à negligência, também pode ser causada por uma variedade de alterações físicas e psicológicas e relacionadas com a idade, muitas delas não identificáveis (Pickering, 2014). Distinguir as condições causadas por maus-tratos ou negligência de condições causadas por outros fatores pode ser complexo. Frequentemente, os sinais de maus-tratos e negligência assemelham-se com - ou são mascarados pelos - de doenças crônicas (Instituto Nacional de Justiça, 2000). A diferenciação entre lesões não intencionais e intencionais e entre doenças que ocorrem apesar dos cuidados adequados ou como resultado de negligência é uma tarefa de investigação que consome tempo (Gibbs, 2014).

As práticas de screening são consideradas úteis apenas se levarem a um encaminhamento e tratamento eficazes. Muito pouca investigação aborda esta questão. A maioria dos estudos sobre screening de maus-tratos a pessoas idosas não informa sobre o acompanhamento daqueles identificados como encontrando-se em risco, exceto entre os estudos de casos suspeitos reportados às autoridades, como Serviços de Proteção de Adultos. As ações implementadas para reduzir a exposição aos maus-tratos ou negligência são reportadas, mas os resultados que essas ações têm na saúde não são medidos de forma adequada (Schofield, 2017). Não há evidência suficiente para apoiar qualquer intervenção específica para os maus-tratos. Além disso, na maioria dos estudos realizados, as intervenções não tiveram efeito sobre os maus-tratos podendo até aumentar os maus-tratos no futuro. Isto sugere que a avaliação da eficácia de estratégias de identificação de maus-tratos está repleta de dificuldades e exigirá abordagens inovadoras. Há uma necessidade clara de programas de intervenção, uma vez que o enquadramento legal por si só é insuficiente para resolver este problema social complexo e tem potencial para causar quer danos quer benefícios (Ibid).

10. BENEFÍCIOS DO SCREENING

A investigação indica que a identificação de maus-tratos levada a cabo por profissionais usando instrumentos estruturados encontra taxas de maus-tratos superiores às encontradas



nos estudos de prevalência (Yaffe 2008; Cohen et al. 2007), embora seja importante estar ciente de que alguns destes casos podem incluir falsos-positivos.

Tem sido sugerido que o screening produz efeitos, independentemente de ser fornecido tratamento ou qualquer outra intervenção. Receber validação e apoio de um prestador de cuidados da área social ou da saúde em relação aos maus-tratos pode alterar a forma como a pessoa idosa vê a sua situação. Há evidência de estudos experimentais de que o screening por si mesmo tem um efeito terapêutico (assim como outras intervenções). No entanto, não se deve presumir que, se o screening tiver algum efeito, esse efeito é invariavelmente positivo (Spangaro et al. 2009).

Uma comunicação clara pode ajudar a pessoa idosa a compreender o processo de denúncia e os eventos que daí podem decorrer. É importante notar que não há dados de investigação sobre os riscos de segurança para as vítimas que denunciam maus-tratos, portanto, não é aconselhável informar a família e/ou o alegado agressor de que foi feita uma denúncia (Pickering et al. 2014). Há um número cada vez maior de pessoas idosas que recorrem a serviços de apoio domiciliário, pelo que os prestadores desse serviço desempenham um papel essencial no que diz respeito à identificação de vítimas. A avaliação dos maus-tratos, de forma sistemática, usando um instrumento válido, confiável e baseado na evidência pode aumentar as taxas de identificação e denúncia obrigatória (Ibid.).


11. LIMITAÇÕES DO SCREENING

Atualmente, não existe um gold standard para o screening de maus-tratos a pessoas idosas. Um resultado de screening positivo não significa que os maus-tratos estejam mesmo a acontecer, mas indica que devem ser recolhidas mais informações (National Center on Elder Abuse 2016). O screening não é 100% fiável; não dá certezas, apenas indica a possibilidade de a pessoa estar em risco (ou livre de risco) em relação à situação avaliada (OMS, 2020).

Os maus-tratos a pessoas idosas são um fenómeno complexo e com múltiplas dimensões. Estas incluem o tipo de maus-tratos, os sinais, o nível de risco, a natureza da relação entre a vítima e o agressor e a presença ou ausência de fatores de risco. Como resultado, as necessidades das pessoas idosas vítimas de maus-tratos variam, pois, cada conjunto de circunstâncias invoca um conjunto diferente de respostas. É particularmente improvável que um tipo único de intervenção seja apropriado para todas as pessoas idosas com screening positivo para maus-tratos (Spangaro et al. 2009).

Os estudos sobre violência familiar alertam para os possíveis efeitos adversos do screening, incluindo vingança por revelar os maus-tratos, sofrimento psicológico, desorganização familiar e risco de institucionalização das pessoas mais velhas (MacMillan et al. 2009).

Uma vez que a relação cuidado-cuidador é tipicamente pautada por dependência, é possível que o screening coloque a pessoa idosa em maior risco. Por exemplo, questionários de autorrelato enviados por correio podem ser abertos por cuidadores abusivos. A presença de



cuidadores também pode dificultar a realização do screening em casa ou num contexto de saúde. Embora nenhum estudo tenha procurado especificamente examinar esta questão, há muito pouca evidência disponível sobre danos reais causados pelo screening (Schofield M. J., 2017).


As revisões sistemáticas de Nelson e colaboradores (2004 e 2012) sugerem que o potencial de dano é pequeno, mas pode incluir sentimentos de vergonha, culpa, medo de retaliação ou abandono por parte dos perpetradores e sofrimento causado por resultados falso-positivos. São necessários mais estudos para responder a esta questão importante.

Van Royen e colaboradores (2020) observaram numa revisão sobre instrumentos e intervenções para avaliar os maus-tratos que a maioria dos estudos não aborda os potenciais efeitos indesejados de abordar e prevenir os maus-tratos (prevenção quaternária). Os possíveis efeitos indesejados podem incluir, por exemplo, avaliação de risco inadequada, quebra de sigilo, invasão de privacidade, danos no relacionamento entre a vítima e o agressor e falha no plano de segurança. Falta levar em consideração a perspectiva das próprias pessoas idosas (vítimas de maus-tratos) e dos cuidadores no desenvolvimento de instrumentos de avaliação e protocolos de intervenção. Cimino-Fiallos e Rosen (2021) apontam, como um dos efeitos colaterais do screening, a possibilidade de um cuidador injustamente acusado de maus-tratos ficar relutante em procurar, no futuro, os cuidados médicos adequados.

12. DÉFICE COGNITIVO E SCREENING

A deteção dos maus-tratos em pessoas idosas com demência é ainda mais desafiadora devido à presença de alterações no funcionamento cognitivo que podem tornar mais difícil à pessoa idosa expressar o que lhes está a acontecer. Em geral, os instrumentos de screening não são apropriados para pessoas com demência pois baseiam-se na capacidade da pessoa idosa para responder de forma completa às perguntas que lhe são colocadas. Devido ao estado de funcionamento cognitivo há uma confiabilidade limitada nos dados de autorrelato fornecidos pela pessoa idosa com demência. Questionar o cuidador está sempre sujeito a um potencial viés decorrente de pedir que relatem os comportamentos abusivos cometidos por si próprios. Esta é uma área onde métodos alternativos de avaliação precisam de ser explorados. Existem várias abordagens e técnicas que os profissionais de saúde e de serviço social podem usar com pessoas idosas com demência e com os seus cuidadores (Downes et al. 2013).

É difícil para os profissionais de saúde questionar os cuidadores sobre os maus-tratos, pois podem piorar a situação ou fazer com que o cuidador isole a vítima. Técnicas de entrevista,



tais como perguntar ao cuidador sobre as exigências e dificuldades de cuidar de uma pessoa idosa com demência e sobre os sentimentos e frustrações que experiencia no exercício do papel de cuidador, seriam úteis antes de prosseguir com o questionamento sobre os maus-tratos. Os cuidadores que apresentam sinais de ansiedade ou depressão ou que referem comportamentos difíceis da pessoa cuidada devem alertar os profissionais para a possibilidade de maus-tratos. Os sintomas secundários da demência, como a agressividade, são particularmente desafiadores para os cuidadores e os profissionais devem manter-se atentos a estes casos pois estes fatores estão tipicamente associados aos maus-tratos físicos ou psicológicos (Wiglesworth et al. 2019).

Acredita-se que os instrumentos de screening de maus-tratos que dependem de uma avaliação/julgamento de profissionais de saúde podem, nestes casos, ser mais úteis do que métodos de questionamento direto. Com esta abordagem, uma avaliação multidisciplinar e multifacetada pode ser realizada em casos de suspeita de maus-tratos, a fim de avaliar os sinais de alerta para determinar se eles são indicativos de maus-tratos ou devidos ao curso natural de uma doença. No decorrer da avaliação, o profissional de saúde ou de serviço social pode observar as interações entre a pessoa idosa e o cuidador, conversar com outros membros da família e tentar compreender os padrões de cuidado. Os profissionais de saúde precisam de estar equipados com o conhecimento e as ferramentas necessárias para reconhecer os sinais de alerta de maus-tratos neste grupo específico de pessoas idosas (Downes et al. 2013).

Os profissionais de saúde que sistematicamente contactam com pessoas idosas e os seus cuidadores têm um papel fundamental na deteção dos maus-tratos. Embora, nenhum instrumento de screening tenha sido desenvolvido ou validado para pessoas idosas com demência, recomenda-se que, com esta população, o screening seja rotineiro e sensível. A combinação de perguntas não estruturadas sobre maus-tratos com avaliações sistemáticas às pessoas idosas com demência e aos seus cuidadores pode fornecer oportunidades para os perpetradores e as vítimas denunciarem os maus-tratos. Existem várias abordagens e técnicas que os profissionais de saúde e de serviço social podem usar com as pessoas idosas com demência e os seus cuidadores (Downes et al. 2013).

Van Royen e colaboradores (2020) observaram na sua revisão da literatura, que é necessário um instrumento de screening específico para pessoas com demência. Este instrumento deve conter as características específicas que envolvem os maus-tratos a pessoas idosas nos diferentes estádios da demência. Os profissionais de saúde e sociais devem ter formação sobre a natureza e o prognóstico da demência e estar alerta para os riscos que lhes estão associados. Além disso, os instrumentos de avaliação devem incluir orientações de referenciação e procedimentos claros sobre o que fazer quando o abuso potencial for encontrado - quando denunciar, quem contactar e como envolver a pessoa idosa no processo de referenciação. Estes autores indicam que um fluxograma de referenciação claro é um requisito importante para futuros instrumentos de avaliação.

13. DESENVOLVIMENTOS NO SCREENING DE MAUS-TRATOS A PESSOAS IDOSAS

Grande parte dos maus-tratos a pessoas idosas ocorrem na forma de maus-tratos psicológicos e negligência, envolvendo relações familiares importantes. Assim, há uma grande necessidade de desenvolvimento de abordagens psicológicas e terapêuticas para mudar dinâmicas relacionais potencialmente prejudiciais. A carga de cuidar pode exacerbar as dinâmicas relacionais de longa data, bem como gerar novos problemas, algo que deve ser distinguido. Embora tenha havido um desenvolvimento considerável de abordagens terapêuticas no âmbito da violência doméstica, há pouco desenvolvimento de abordagens para os maus-tratos a pessoas idosas que possam ajudar a preservar os aspectos positivos da relação do cuidador com a vítima. As abordagens até o momento têm sido majoritariamente intervenções estruturais, como institucionalização da vítima ou fornecer serviços de enfermagem e de assistência domiciliária (Schofield, 2017).

Foram identificados tipos de intervenções para vítimas de violência doméstica que podem ajudar a reduzir o risco e melhorar os resultados, e vale a pena considerar como essas abordagens podem ser aplicadas aos maus-tratos a pessoas idosas. A intervenção mais comum é o encaminhamento para serviços comunitários, como aconselhamento, serviços jurídicos, acomodação alternativa e serviços de bem-estar social, e estratégias de capacitação, como grupos de apoio, educação e defensores voluntários podem ser úteis. O equivalente a serviços dedicados à violência doméstica não está atualmente disponível para as pessoas idosas que sofrem maus-tratos e a maior dependência torna mais difícil a procura de serviços de apoio (Ibid.).

Visitas domiciliárias por uma equipe de profissionais podem ser alargadas para fornecer intervenções preventivas e de suporte às pessoas que residem juntas. O apoio social é um elemento crítico de qualquer cuidado de suporte e precisa ser fornecido de forma contínua para ser eficaz. Uma abordagem para a intervenção é oferecer programas sobre os fatores de risco de maus-tratos do cuidador. Isso pode incluir aconselhamento, programas em grupo, prestação de cuidados temporários, programas terapêuticos para abuso de substâncias e serviços de suporte telefônico. O aconselhamento e apoio individual pode ser útil para reduzir a ansiedade, stress e depressão no cuidador e métodos educativos podem ser usados para elucidar o cuidador sobre as razões do comportamento de uma pessoa dependente, suas necessidades e limitações de desenvolvimento (Ibid.).


14. CONTEXTOS ONDE OS INSTRUMENTOS DE SCREENING SERÃO APLICADOS, NO ÂMBITO DO PROJETO SAVE

Já foram utilizados vários instrumentos de screening em diferentes contextos de cuidados de saúde. As justificações principais para fazer screening em determinados contextos e as conclusões desses estudos são apresentadas a seguir. Esta lista não é exaustiva. Outros profissionais de saúde, como cirurgiões ortopédicos, optometristas, cirurgiões plásticos e dermatologistas também podem ser eficazes a fazer screening de maus-tratos a pessoas idosas (National Center on Elder abuse 2016).

As pessoas idosas frequentam os contextos de cuidados de saúde primários para receber acompanhamento relativo a condições comuns associadas ao envelhecimento. Portanto, os contextos de cuidados primários podem constituir uma oportunidade valiosa para o screening de maus-tratos a pessoas idosas. Pickering e colaboradores (2016) sugerem que os profissionais que atuam nos cuidados domiciliários têm uma posição vantajosa para identificar e reportar maus-tratos e negligência à pessoa idosa, pois observam diretamente a maioria dos critérios de avaliação. Além disso, este é um ambiente importante para a avaliação dos maus-tratos, pois englobam vários serviços de apoio domiciliário.

As pessoas idosas que sofrem maus-tratos têm maior probabilidade de recorrer aos serviços de urgência (SU), serem hospitalizados e colocados em estruturas residenciais para pessoas idosas. A investigação disponível sugere que as vítimas de maus-tratos têm menor probabilidade de recorrer em ambulatório dos cuidados de saúde primários do que as outras pessoas idosas, mas recorrem aos SU com mais frequência (Rosen T et al. 2020). Os serviços de urgência desempenham um papel importante na interface entre as pessoas idosas e os serviços de saúde, e os enfermeiros dos SU devem ser capazes de reconhecer e identificar os maus-tratos (Phelan, 2012; Rosen et al. 2016; Rosen et al. 2020).

Os SU são um contexto particularmente significativo nesta área pois as consequências dos maus-tratos podem ser um motivo para recorrer aos cuidados de saúde e os SU são muitas vezes o primeiro ponto de contato com os serviços formais. A equipa dos SU parece reconhecer as preocupações com a proteção das crianças com mais frequência do que com os maus-tratos a pessoas idosas. Isto pode dever-se à relutância da sociedade em interferir na vida privada das famílias quando não há um imperativo legislativo, como existe com as crianças. Portanto, uma avaliação cuidadosa é importante quando as pessoas idosas frequentam os SU, com particular atenção à avaliação de dados objetivos e subjetivos em termos de manifestações e indicadores potenciais de maus-tratos. Alguns instrumentos de screening não adequados aos SU devido ao tempo necessário para a sua aplicação, à falta de suporte psicométrico e ao facto de se tratar de um contexto de cuidados muito movimentado, onde a equipa está sob pressão de tempo para avaliar, tratar e despachar clientes (Phelan 2012).



Os contextos de cuidados de longo prazo, incluindo estruturas residenciais para pessoas idosas e unidades de cuidados continuados representam oportunidades para o screening e detecção de maus-tratos. Cohen (2011) indica que há falta de dados sobre a prevalência de maus-tratos ou negligência em instituições de longa permanência, em parte, devido a procedimentos inadequados para a sua avaliação e identificação. Embora muitos instrumentos tenham sido sugeridos e testados para uso em contextos de cuidados de longo prazo, estes instrumentos precisam de ser validados para abranger possíveis comportamentos abusivos que podem ser característicos desses contextos.

Muitas das fontes referidas neste módulo são para o screening de violência doméstica vivida por mulheres. As mesmas instruções podem ser usadas tanto para homens como para mulheres. No projeto SAVE, usamos os instrumentos selecionados quer com mulheres quer com homens. A razão é que na população idosa também existem homens vítimas de maus-tratos, embora a maioria das vítimas possam ser mulheres. Não está claro se as mulheres são mais propensas a sofrer maus-tratos e negligência devido a dinâmicas de género, muitas vezes subjacentes à violência, pelas alterações sociodemográficas em que as mulheres vivem mais tempo que os homens, ou uma combinação de ambos (Pickering et al, 2016.) Pillemer e colaboradores (2016) concluíram na sua revisão da literatura que o género é um potencial fator de risco para os maus-tratos.

No projeto SAVE, testamos dois instrumentos screening para maus-tratos a pessoas idosas. O Elder Abuse Suspicion Index (EASI) (Yaffe et al. 2008) foi desenvolvido ao longo de 2002–2003 a partir da revisão da literatura sobre instrumentos e taxonomias de maus-tratos a pessoas idosas e baseou-se na definição de maus-tratos e violência familiar da Organização Mundial de Saúde (OMS). É composto por uma entrevista com cinco questões, para os médicos fazerem aos pacientes e um item para preenchimento pelo médico sobre os indicadores de maus-tratos observados. A validação foi realizada com uma amostra de 663 pacientes recrutados por médicos em dois centros de medicina familiar de Montreal e um centro público de serviços sociais e de saúde na comunidade. Uma das principais vantagens do instrumento é a sua dimensão reduzida e rapidez de administração, tendo os médicos que o utilizaram levado cerca de dois minutos em cada aplicação. Foi classificado como tendo validade de conteúdo em pelo menos sete países diferentes pela OMS (Organização Mundial da Saúde, 2008). Também existe uma versão de autoadministração para pacientes, o EASI-sa (Yaffe et al., 2012) e o EASI-ltc para cuidados de longa duração (Ballard et al., 2018).

O Teste de Screening de Abuso de Idosos de Hwalek-Sengstock (HS / EAST) (Neale et al., 1991) é um questionário de 15 itens que mede três formas de maus-tratos: violação de direitos pessoais ou abuso direto, características de vulnerabilidade e situações potencialmente abusivas. Foi desenvolvido a partir de um pool de mais de 100 itens provenientes de vários instrumentos de screening de maus-tratos, dos quais foram escolhidos os melhores 15 itens. Este instrumento foi projetado para ser administrado por meio de entrevista com uma pessoa idosa por profissionais de saúde em contextos clínicos e



por meio da revisão das anotações que constam de cada processo. Este instrumento foi usado em vários estudos e em diferentes populações.

Atividades de aprendizagem ativa

Exercícios para aplicação prática dos conteúdos teóricos lecionados no módulo.

EXERCÍCIO 1 - QUESTÕES DE SCREENING INTEGRADAS NA CONVERSA COM A PESSOA IDOSA

Instruções para o formador

Método do exercício: Role play em pequenos grupos, baseado no estudo de caso

Objetivos de aprendizagem

- ser capaz de criar um ambiente seguro para discussão sobre possíveis maus-tratos
- aprender a usar os instrumentos de screening como parte de uma conversa segura
- compreender as complexidades da avaliação de sinais de possíveis maus-tratos a pessoas idosas

Duração: 40 minutos

Material necessário


Cada pequeno grupo:

- 2 voluntários: um desempenha o papel de pessoa idosa, o outro o papel de profissional. Os outros participantes serão observadores.
- folheto com o caso/cenário
- cadeiras
- papel e canetas para todos os participantes.

Instruções para o formador:

Antes do exercício, tenha uma sessão teórica sobre o que é screening, as complexidades e desafios do mesmo. É apenas fazer perguntas? Como conseguir a confiança de uma pessoa mais velha? O que é que os profissionais precisam de saber para pedir a colaboração da pessoa idosa, ao apresentar o questionário e colocar perguntas de screening numa conversa normal e segura? Como avaliar os sinais de possíveis maus-tratos?

- Explique o exercício.
- Prepare o espaço para a dramatização com três cadeiras.
- O caso 1 é o cenário base para a dramatização. Distribua um caso com as perguntas para cada pequeno grupo em papel, ou pode apresentar as perguntas num powerpoint.

- 
- Dê a cada pequeno grupo pelo menos 20 minutos para discussão sobre screening.
 - Peça a um observador para escrever os seus comentários e perguntas: o que foi útil e não tão útil na discussão?
 - Depois de cada encenação em pequeno grupo, peça aos participantes que partilhem as suas reflexões com o grande grupo de acordo com as questões gerais para discussão.

Notas para o formador

Informe os participantes sobre regras de segurança: não é permitida nenhuma acusação ou crítica ao trabalho dos atores.

Questões gerais para a discussão

- O que pensa da tarefa de introduzir perguntas de screening num processo normal de conversação?
- Quais são os princípios da conversação para ganhar a confiança de uma pessoa idosa?
- Que sinais podem imitar os maus-tratos?
- No caso da Sofia, que dificuldades existem em distinguir entre maus-tratos e negligência e outras condições?
- Que tipo de consequências pode ter o screening para a Sofia e para a sua família?

FICHA No 1 – Caso/cenário: 1 – SOFIA

Sofia é uma mulher de 85 anos que vive numa residência para pessoas idosas (não é o mesmo que um lar), há mais de 20 anos porque tem muitas doenças crónicas e alguns problemas de saúde mental. Ela toma muitos tipos de medicamentos. Tem osteoporose e deve, por exemplo, evitar cair para prevenir fraturas. Sofia é magra, não tem muito apetite e necessita de ser incentivada a beber água com frequência. Aposentou-se antecipadamente devido aos problemas de saúde. O marido tinha um problema com o álcool e morreu há seis meses. Sofia tem sentimentos mistos - de alguma forma, a morte do marido foi um alívio, mas também se sente solitária. Sofia tem apoio domiciliário duas vezes por semana para a medicação. Ela tem dificuldade física para caminhar e, portanto, precisa de ajuda para as suas atividades diárias. Os profissionais do apoio domiciliário também acompanham a sua situação de saúde mental. Ultimamente ela também tem tido dificuldades de memória. Ela tem dois filhos adultos, que visitam a mãe de vez em quando, sendo o filho quem a visita com mais frequência e ajuda a mãe com as compras.


Um dia, quando a funcionária do serviço domiciliário chega para verificar o estado e a medicação de Sofia, encontra-a a deitada no sofá. Sofia parece cansada e ausente. O filho dela está a lavar a loiça na cozinha. A funcionária pergunta a Sofia, como está. Sofia tenta sentar-se, mas está com dificuldade. Ao ajudar Sofia, a funcionária repara que ela apresenta hematomas no cotovelo e escoriações nas pernas. O filho explica que a mãe estava estranha ao sair da cama e a ajudou a descansar no sofá. A funcionária ajuda Sofia a tomar banho e nota úlceras na parte inferior das costas.

A funcionária relata as suas observações a uma assistente social que em breve irá fazer uma visita a Sofia.

A assistente social e Sofia sentam-se no sofá e a profissional inicia uma conversa sobre o estado de Sofia. Ela usa perguntas do formulário de screening para ajudar na conversação. Sofia responde depois de pensar muito sobre todas as perguntas. A assistente social vai embora e decide que a situação de Sofia precisa ser acompanhada com mais frequência.

Na visita seguinte da funcionária do apoio domiciliário, o filho estava com Sofia. Ele começa a perguntar com raiva se é suspeito de abusar da própria mãe. Sofia falou-lhe das perguntas que lhe fizeram. A funcionária explicou que as perguntas são feitas rotineiramente a cada cliente. Isso não significa que ele seja suspeito. Os trabalhadores são responsáveis pelo bem-estar e segurança dos seus clientes, portanto, têm que fazer essas perguntas. O filho acalma-se e a funcionária também nota a expressão aliviada de Sofia.

O exercício em pequenos grupos: A assistente social entra na casa de Sofia e explica o motivo da visita. Sofia está um pouco surpresa por a assistente social a ter vindo visitar tão cedo. A Assistente Social e Sofia sentam-se no sofá e a profissional inicia a conversa sobre o estado de Sofia. Sofia diz-lhe que disse ao filho que uma assistente social iria visitá-la por causa da situação em que se encontrava aquando da última visita da funcionária do apoio domiciliário. A assistente social explica que eles são responsáveis pelo bem-estar e



segurança dos seus clientes, portanto, têm que lhe fazer algumas perguntas sobre a relação entre ela e o filho e o quão segura ela se sente em casa. Sofia conta que o filho ficou zangado ao saber da visita e perguntou se era suspeito de abusar da própria mãe. A assistente social explica que as perguntas são feitas rotineiramente a cada cliente. Isso não significa que o filho seja suspeito de alguma coisa. Durante a conversa, ela usa perguntas do formulário de screening para ajudar na discussão. Sofia responde depois de pensar muito sobre todas as perguntas. Ela responde à primeira pergunta com "sim". Ela precisa da ajuda dos filhos para fazer compras, fazer transações bancárias e, às vezes, para as refeições. Às outras perguntas ela eventualmente respondeu "não". De vez em quando, a assistente social faz perguntas mais específicas. A assistente social vai embora e decide que a situação de Sofia precisa ser acompanhada com mais frequência.

ÍNDICE DE SUSPEITA DE ABUSO A PESSOAS IDOSAS – ISAPI

(Versão Portuguesa da “EASI” (Yaffe, Wolfson, Lithwick, & Weiss, 2008))

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

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

Versão Portuguesa (Portuguese version in process of validation):

[José Ferreira-Alves](#), Ph.D. University of Minho, School of Psychology, Braga Portugal
[Tiago Sousa Veloso](#), M.D., MSc, Ph.D student, Primary Health Care Center – West Porto; Faculty of Medicine – University of Porto, Portugal
[Randolph Grace](#), University of Canterbury, University of Minho, School of Psychology, Braga, Portugal
[Mark J. Yaffe](#), MDMCISc. Departments of Family Medicine, McGill University and St. Mary's Hospital Centre, Montreal, Quebec, Canada

exercício 2 - Screening como um processo

Método do Exercício: Role play em pequenos grupos

Objetivos de aprendizagem:

- Compreender o processo de screening
- Compreender a complexidade do screening
- Compreender as consequências do screening

Duração: 40 minutos

Material necessário


Cada pequeno grupo:

- 2 voluntários; um faz o papel de pessoa idosa e o outro faz o papel do profissional
- cenário descrito numa folha de papel em papel ou apresentação PowerPoint
- 2 cadeiras/cada pequeno grupo
- papel e canetas para todos os participantes.

Instruções para o formador:

- Antes do exercício, deve ocorrer a sessão teórica sobre o screening como um processo, complexidades do screening de maus-tratos a pessoas idosas, benefícios e limitações do screening e screening em pessoas com compromisso cognitivo.
- Explique o exercício: o exercício simula o pelo processo de screening do início ao fim. Os cenários 1, 2 e 3 são estudos de caso diferentes, todos com seus próprios desafios. O cenário 4 reúne todos os casos para discussão e avaliação pela equipe de trabalho.
- Pode optar pelo Role play /dramatização de todos os cenários 1, 2 e 3, ou pode escolher um ou dois deles, por exemplo, de acordo com as profissões/locais de trabalho ou interesses dos formandos. Dê a cada pequeno grupo 10-15 minutos para discussão sobre o caso. Após cada discussão em pequenos grupos, peça aos participantes que partilhem as suas reflexões com todo o grupo.
- O cenário 4 será a última dramatização/role play. Depois disso, faça a discussão geral de acordo com as perguntas.
- Prepare o palco para a dramatização com duas cadeiras. Assegure-se que os formandos possam ver e ouvir os “atores”.
- Distribua um cenário com as perguntas para cada pequeno grupo em papel, ou pode mostrar as perguntas num powerpoint.
- Peça aos profissionais em pequenos grupos e a todo o grupo (observadores) que escrevam as suas possíveis perguntas:
 - Como é que a equipe deve recolher os dados, nestes casos?
 - Quais são as lições aprendidas com estes casos?

Notas para o formador

- 
- Informe os participantes sobre as regras de segurança: nenhum julgamento, acusação ou crítica é permitida ao trabalho dos atores.
 - Enfatize como o trabalho multidisciplinar e multi-agência pode ajudar a resolver os casos e superar os desafios.
 - Além disso, tenha em mente que não é realista simplesmente categorizar as pessoas como abusadas ou não abusadas. Na prática clínica, os seres humanos não se encaixam perfeitamente num conceito específico de sensibilidade e efetividade. Portanto, o acompanhamento de cada caso ainda é necessário.
 - Enquanto as formas maus-tratos físicos, sexuais e, até certo ponto, financeiros são mais facilmente mensuradas e verificadas, outras formas, como a psicológica e negligência são muito mais difíceis de verificar, ou mesmo de entender, pela pessoa idosa. Estas são formas mais ocultas de maus-tratos. Portanto, peça aos participantes que pensem especialmente nessas formas de maus-tratos ao discutir os casos.
 - Observe que este exercício também pode ser feito na conclusão do programa, para praticar e resumir todas as questões discutidas nos quatro módulos.
 - Note que este exercício é baseado na ferramenta de screening EASI e as respostas “sim”, “não” ou “não respondeu” são relativas à utilização desta ferramenta. Outros instrumentos podem ter outras opções de respostas e as conclusões podem ser diferentes.

FICHA No 2 – Caso/Cenário: MARTA

Uma mulher de 85 anos, Marta, com dor na anca vai ao serviço de urgência acompanhada pelo seu filho de 55 anos. De acordo com o RX, não apresentava fratura pelo que poderia ir para casa com prescrição de analgésicos. A enfermeira responsável pela alta foi conversar com ela, começando por perguntar se ela recebe algum tipo de assistência domiciliária. O filho de Marta responde que ela não precisa porque ele é o seu cuidador informal. Marta parece não estar a prestar atenção à conversa da enfermeira e do filho, mas olha em volta um pouco assustada.

A enfermeira quer falar com Marta a sós e pede-lhe que vá para uma sala de exames separada. O filho de Marta resiste e diz que a mãe não consegue responder por causa de um distúrbio de memória. No entanto, a enfermeira conduz Marta até à sala de exames e faz-lhe perguntas sobre as condições da casa, como é que Marta se sente em casa e se ela está preocupada com alguma coisa. Marta acha bom estar em casa e o filho cuida bem dela. No entanto, Marta entende que é difícil para o filho porque ele não pode sair com os amigos se quiser. Felizmente alguns colegas de escola vêm ter com ele e eles podem jogar juntos. Claro que eles são barulhentos, como os rapazes dessa idade podem ser.

A enfermeira questiona-se sobre as respostas de Marta e pergunta-lhe a idade dos rapazes. Oh, eles estão em idade escolar! A enfermeira fica confusa com as palavras de Marta sem saber a quem é que ela se está a referir e se é um sinal de compromisso cognitivo. Por isso, ela começa a fazer mais perguntas sobre as condições da casa de Marta usando algumas perguntas de screening. Para a maioria das perguntas, Marta responde “não sei” ou de forma a ser avaliada como negativa para maus-tratos. Neste ponto, a enfermeira decide terminar a conversa e acompanha Marta de volta para junto do filho.

FICHA No 3 – CASO/ CENÁRIO: Manuel

Um homem de 72 anos, Manuel, veio ao hospital para uma consulta de controlo da medicação, pois toma vários medicamentos. Manuel move-se de forma independente e parece competente no discurso. O hospital está envolvido num projeto de screening de maus-tratos a pessoas idosas. A ideia é identificar pessoas que precisam de ajuda. A assistente social do hospital vai ao encontro de Manuel e pergunta-lhe se pode fazer algumas perguntas sobre as condições da sua casa, como é que ele passa os seus dias, se se sente solitário ou algo assim. Manuel concorda e a assistente social faz as perguntas de screening.

A assistente social inicia a conversa. Manuel diz que vive sozinho porque a esposa faleceu há dois anos. No entanto, ele não se sente sozinho porque os filhos adultos costumam vir ter com ele com frequência. Todos os filhos têm uma vida boa, embora a esposa de um dos filhos esteja desempregada há vários anos. Isso tem trazido alguns problemas económicos à família e, às vezes, Manuel auxilia-os financeiramente. O resultado do screening de Manuel é negativo, no entanto, ele por vezes parece hesitante.

A assistente social interpreta a hesitação de Manuel como sendo por pensar cuidadosamente nas respostas. Então, agradece a Manuel por ter conversado com ela e despede-se dele.

FICHA Nº 4 – CASO/CENÁRIO: LEILA

Uma funcionária do apoio domiciliário trouxe uma senhora idosa, Leila, ao hospital porque ela estava a sentir tonturas. Leila tinha caído e magoou a testa no canto da mesa. Apresenta um grande “galo”. A funcionária quer que Leila seja examinada. Refere que Leila está a viver com o marido que apresenta sintomas graves de demência. A funcionária não sabe se o marido de Leila está envolvido na queda, porém, acha que o homem está sempre de bom humor e não parece agressivo. Ainda assim, a funcionária diz estar preocupada com a situação de Leila e da forma como ela está a gerir a sua vida familiar. Cuidar de um homem com demência é um trabalho pesado e limita a vida de Leila. Uma vez examinada a lesão de Leila, a funcionária entra em contato com a assistente social do hospital e pede –lhe que converse com Leila.

Leila é encaminhada para uma assistente social que inicia a conversa com ela pedindo-lhe permissão para lhe fazer algumas perguntas, através do instrumento de screening. Leila concorda. Com base nas suas respostas, o screening de Leila é negativo. Ela enfatiza que o marido sempre foi bom para ela e que os sintomas de demência não alteraram a sua forma de ser. No entanto, a assistente social partilha as suas preocupações com Leila e pergunta-lhe se uma assistente social do serviço de apoio domiciliário poderia ir fazer-lhe uma visita a casa, por segurança. Leila concorda.

FICHA No 5 – CASO/ CENÁRIO: Grupo de discussão

O hospital tem um grupo de trabalho sobre violência doméstica que se reúne para discutir os casos encontrados.

A enfermeira que conversou com Marta apresenta o seu caso e diz que Marta não conseguiu responder de forma confiável às perguntas do instrumento de screening, não sendo elegível para o mesmo.

Os membros do grupo perguntam à enfermeira como Marta reagiu a cada pergunta? Como é que o filho se comportou? O grupo está a tentar perceber se durante a conversa, houve algum indício de possíveis maus-tratos.

A avaliação sobre a capacidade/competência de Marta para tomar decisões foi a correta, significando que ela não era elegível para o screening?

Foi dada a Marta a oportunidade de fazer uma escolha informada para participar na entrevista?

Como podemos ter a certeza de que a interpretação do caso da Marta está correta?

+++

O grupo continua a discutir a situação de Manuel. A assistente social que conversou com Manuel relata a conversa e refere que o resultado do screening foi negativo. O grupo analisa as respostas de Manuel, pergunta por pergunta, e questiona-se se foi razoável decidir que ele não sofre maus-tratos.

O caso de Manuel foi um falso negativo (mesmo experienciando abuso/maus-tratos)?

Que consequências pode ter o questionamento numa situação como a do Manuel?

E se ele sofrer maus-tratos mas não conseguir ajuda porque o resultado do screening foi negativo?

Como podemos ter a certeza de que a interpretação do caso do Manuel está correta?

+++

Por fim, o grupo discute o caso de Leila. A assistente social tinha concluído que ela estava a sofrer maus-tratos do marido (screening positivo). O caso de Leila é o único que foi acompanhado de informações sobre como as perguntas a afetaram. A assistente social do serviço de apoio domiciliário informou o grupo que Leila ficou muito chateada depois da entrevista. Referiu ter sentido que o seu marido foi injustamente acusado de abuso.

O caso de Leila foi um falso positivo (ela na verdade não sofreu maus-tratos)?

Que consequências o questionamento pode ter numa situação como a da Leila?


E se a Leila realmente não sofrer maus-tratos e lhe forem fornecidos serviços que ela considera que não precisa?


Como podemos ter a certeza de que a interpretação do caso da Leila está correta?


References

1. 1800RESPECT. National Sexual Assault, Domestic Family Violence Counselling Service. [Understanding screening | 1800RESPECT](#)
2. Ballard S.A, Yaffe M.J, August L, Cetin-Sahin D, Wilchesky M. Adapting the Elder Abuse Suspicion Index © for use in long term care: A mixed methods approach. *J. Applied Gerontology* 2018. 733464817732443 doi 10:1177/0733464817732443.
3. Barron J. (2007). Older women and domestic violence, An Overview. Women's Aid; https://www.womensaid.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/DAME_Project_Final_Report_August_2012.pdf
4. Brijnath, B., Gahan, L., Gaffy, E., & Dow, B. (2020). "Build rapport, otherwise no screening tools in the world are going to help": frontline service providers' views on current screening tools for elder abuse. *The Gerontologist*, 60(3), 472-482.
5. Cimino-Fiallos N. and Rosen T., 2021. Elder Abuse - A Guide to Diagnosis and Management in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 39/2, 405-417.
6. Cohen, M., Halevi-Levin, S., Gagin, R., & Friedman, G. (2006). Development of a screening tool for identifying elderly people at risk of abuse by their caregivers. *Journal of Aging and Health*, 18(5), 660-685.
7. Cohen, M., Levin, S. H., Gagin, R., & Friedman, G. (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), 1224-1230.
8. Cohen, M. (2011). CLINICAL REVIEWS-Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *JCOM-Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6), 261.
9. Cohen, M. (2013). The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), 243-249.
10. Cooper, C., Katona, C., Finne-Soveri, H., Topinková, E., Carpenter, G. I., & Livingston, G. (2006). Indicators of elder abuse: a crossnational comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *The American journal of geriatric psychiatry*, 14(6), 489-497.
11. Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2009). Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(10), 826-838.
12. De Donder, L. 2014. Evidence-informed programs to reduce violence: preventing elder abuse. In P. Donnelly & C. Ward (Eds.). *Oxford Textbook of Violence Prevention: Epidemiology, Evidence, and Policy*. (pp. 207-212). Oxford: Oxford University Press.
13. De Donder L, De Witte N, Brosens D, Dierckx E and Verté D (2015). Learning to Detect and Prevent Elder Abuse: The Need for a Valid Risk Assessment Instrument. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* Vol. 191: 1483 – 1488.

14. Department of Health, (2005), Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals. London
15. Dong, X., Simon, M., De Leon, C. M., Fulmer, T., Beck, T., Hebert, L., ... & Evans, D. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *Jama*, 302(5), 517-526.
16. Dong, X. Q., Simon, M. A., Beck, T. T., Farran, C., McCann, J. J., De Leon, C. M., ... & Evans, D. A. (2011). Elder abuse and mortality: The role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*, 57(6), 549-558.
17. Dong, X., & Simon, M. A. (2013). Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA internal medicine*, 173(10), 911-917.
18. Dong, X., Chen, R., Chang, E. S., & Simon, M. (2013). Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-A mini review. *Gerontology*, 59(2), 132-142.
19. Downes, C., Fealy, G., Phelan, A., Donnelly, N. A., & Lafferty, A. (2013). Abuse of older people with dementia: A review.
20. Dyer, C. B., Pavlik, V. N., Murphy, K. P., & Hyman, D. J. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(2), 205-208.
21. European Commission (2008). Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report. [imp report 2008 04 30 d \(europa.eu\)](http://imp.report.2008.04.30.d.europa.eu).
22. Feltner, C., Wallace, I., Berkman, N., Kistler, C. E., Middleton, J. C., Barclay, C., ... & Jonas, D. E. (2018). Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 320(16), 1688-1701.
23. Fisher, B. S., & Regan, S. L. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46(2), 200-209.
24. Fisher, B. S., Zink, T., & Regan, S. L. (2011). Abuses against older women: Prevalence and health effects. *Journal of interpersonal violence*, 26(2), 254-268.
25. Gibbs, L. M. (2014). Understanding the medical markers of elder abuse and neglect: physical examination findings. *Clinics in geriatric medicine*, 30(4), 687-712.
26. Hoover, R. M., & Polson, M. (2014). Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *American Family Physician*, 89(6), 453-460.
27. Lachs, M. S., Williams, C. S., O'brien, S., Pillemer, K. A., & Charlson, M. E. (1998). The mortality of elder mistreatment. *Jama*, 280(5), 428-432.
28. Lazenbatt A, Devaney J and Gildea A (2010). Older women's lifelong experience of domestic violence in Northern Ireland. Queen's University Belfast. <https://www.womensaidni.org/assets/uploads/2012/04/older-women-and-domestic-violence-in-northern-ireland-executive-summary.pdf>;
29. McCarthy, L., Campbell, S., & Penhale, B. (2017). Elder abuse screening tools: A systematic review. *The Journal of Adult Protection*.

- 
30. MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L. A., Worster, A., ... & Webb, M. (2006). McMaster Violence Against Women Research Group: Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*, 296(5), 530-536.
 31. Ministry of Social Affairs and Health, (2014), Screenings in Finland 2014. The present state of health care screenings and future prospects. [URN ISBN 978-952-00-3534-1.pdf \(valtioneuvosto.fi\)](#)
 32. Mouton, C. P. (2003). Intimate partner violence and health status among older women. *Violence Against Women*, 9(12), 1465-1477.
 33. [Murphy, K., Waa, S., Jaffer, H., Sauter, A., & Chan, A. \(2013\). A literature review of findings in physical elder abuse. Canadian Association of Radiologists Journal, 64\(1\), 10-14.](#)
 34. National Center on Elder abuse, Research to Practice: Elder Abuse Screening Tools for Healthcare Professionals, 2016.
 35. National Institute of Justice (2000). Elder Justice Roundtable: Medical Forensic Issues Concerning Abuse and Neglect October 18, 2000. U.S. Department of Justice.
 36. Neale A. V, Hwalek M.A, Scott R.O, and Stahl C. 1991. Validation of the HwalekSengstock elder abuse screening test. *Journal of Applied Gerontology*, 10(4), 406-415.
 37. Nelson, H. D., Bougatsos, C., & Blazina, I. (2012). Screening women for intimate partner violence and elderly and vulnerable adults for abuse: systematic review to update the 2004 US Preventive Services Task Force recommendation.
 38. Olofsson, N., Lindqvist, K., & Danielsson, I. (2012). Fear of crime and psychological and physical abuse associated with ill health in a Swedish population aged 65–84 years. *Public health*, 126(4), 358-364.
 39. Perel-Levin, S., & World Health Organization. (2008). Discussing screening for elder abuse at primary health care level by Silvia Perel-Levin.
 40. Phelan, A. (2012). Elder abuse in the emergency department. *International emergency nursing*, 20(4), 214-220.
 41. Pickering C., (2014), Indicators of elder abuse among older patients Webinar. Michigan State University, College of nursing
 42. Pickering, C. E., Ridenour, K., & Salaysay, Z. (2016). Best practices for the identification of elder abuse and neglect in home health. *Home healthcare now*, 34(4), 182-188.
 43. Pillemer K, Burnes D, Riffin C and Lachs M.S 2016. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist* 2016 April; (Suppl2): S194-S205.
 44. Rosen, T., Hargarten, S., Flomenbaum, N. E., & Platts-Mills, T. F. (2016). Identifying elder abuse in the emergency department: toward a multidisciplinary team-based approach. *Annals of emergency medicine*, 68(3), 378-382.

- 
45. Schmeidel, A. N., Daly, J. M., Rosenbaum, M. E., Schmuck, G. A., & Jogerst, G. J. (2012). Health care professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings. *Journal of elder abuse & neglect*, 24(1), 17-36.
 46. Schofield M. J, and Mishra G. D 2003. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *The Gerontologist*, 43(1), 110-120.
 47. Schofield, M. J., Powers, J. R., & Loxton, D. (2013). Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: A 12-year prospective investigation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 679-685.
 48. Schofield, M. J. (2017). Screening for elder abuse: tools and effectiveness. In *Elder abuse* (pp. 161-199). Springer, Cham.
 49. Spangaro, J., Zwi, A. B., & Poulos, R. (2009). The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(1), 55-68.
 50. Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J., Lavis, V., ... & Feder, G. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *Bmj*, 327(7416), 673-676.
 51. The United States Preventive Services Task Force, (2018). Final Recommendation Statement. [Recommendation: Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Screening | United States Preventive Services Taskforce \(uspreventiveservicestaskforce.org\)](https://www.uspreventiveservicestaskforce.org).
 52. US Preventive Services Task Force 2018. *JAMA* Oct 23;320(16): 1678-1687. doi: 10.1001/jama.2018.14741. [Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: US Preventive Services Task Force Final Recommendation Statement - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3201678/)
 53. UK National Screening Committee (2013) criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme. [Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme - GOV.UK \(www.gov.uk\)](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/242447/criteria_for_appraising_the_viability_effectiveness_and_appropriateness_of_a_screening_programme.pdf)
 54. Van Royen, K., Van Royen, P., De Donder, L., & Gobbens, R. J. (2020). Elder Abuse Assessment Tools and Interventions for use in the Home Environment: a Scoping Review. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 1793.
 55. World Health Organization 2008. A Global Response to Elder Abuse and Neglect Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main report.
 56. World Health Organization (2013), Responding to intimate partner violence and sexual violence against women WHO clinical and policy guidelines
 57. WHO Regional Office for Europe (2020), Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen. [9789289054782-eng.pdf \(who.int\)](https://www.euro.who.int/en/health-topics/prevention-and-control/publications-and-materials/screening-programmes-a-short-guide)

- 
58. Wiglesworth, A., Austin, R., Corona, M., Schneider, D., Liao, S., Gibbs, L., & Mosqueda, L. (2009). Bruising as a marker of physical elder abuse. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1191-1196.
 59. Wilson, J. M. G., Jungner, G., & World Health Organization. (1968). Principles and practice of screening for disease.
 60. Yaffe, M. J., Wolfson, C., Lithwick, M., & Weiss, D. (2008). Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. *Journal of elder abuse & neglect*, 20(3), 276-300.
 61. Yaffe M. J, Weiss D, Lithwick M. Seniors' Self-Administration of the Elder Abuse Suspicion Index (EASI): A Feasibility Study. *J Elder Abuse Negl.* 2012 ; 24(4) 277-292.
 62. Yaffe, M.J, 2015. Elder Abuse Suspicion Index Consideration for Using. Presentation in Maine Elder Abuse Summit, May 2015.

Módulo 3 - Como fazer o screening: Questões éticas e de privacidade

Estrutura do Módlo

Titulo	Como fazer o screening: Questões éticas e de privacidade
Objetivos	<p>Este módulo irá explorar:</p> <p>Possíveis questões éticas relacionadas com o screening (limites da confidencialidade; obrigação de denunciar; autodeterminação; idosos com limitações cognitivas)</p> <p>Questões de privacidade relacionadas com o screening: com quem podem/devem ser partilhadas as informações; como lidar com os resultados do screening</p>
Objetivos de aprendizagem	<p>No final do módulo os formandos deverão:</p> <p>Saber como obter o consentimento para o screening, de idosos competentes e legalmente incompetentes</p> <p>Saber como proteger a privacidade do idoso, durante e após o screening</p> <p>Saber como verificar a veracidade e autenticidade das informações colhidas</p> <p>Saber lidar com as informações colhidas no que se refere ao seu dever de denunciar</p>
Duração:	<p>3 horas</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 45min-1h introdução▪ 20 min (2x10 minutos) intervalos▪ 1h e ½ atividades de aprendizagem ativa▪ 10 minutos de tempo extra (boas vindas, aguardar por participantes, responder a perguntas)
Recursos necessários:	Flip chart
Fichas de trabalho	Ficha 1 e 2

Enquadramento Teórico

1. OBTER CONSENTIMENTO PARA O SCREENING

Neste módulo, discutiremos questões éticas relacionadas com o screening, bem como abusos que podem acontecer durante o mesmo.

Ausência de consentimento

O primeiro tipo de abuso que pode ser cometido durante um processo de screening/inquérito de rotina é a falta de consentimento da pessoa entrevistada. De fato, a questão não é tão simples quanto parece, considerando que:

- O consentimento pode ser fornecido de forma não verbal e que
- Pode haver falta de consentimento mesmo mediante um formulário de consentimento assinado

De fato, devemos considerar como se dá o consentimento e para que se dá o consentimento, quais são os seus limites em termos de tempo e domínio.

Como é que o consentimento pode ser obtido

Quando se fala em obter consentimento, em geral, ele pode ser obtido de diferentes formas:


- Implicitamente (por exemplo, se o entrevistado responde ao inquérito sem se opor)
 - Explicitamente (concordando em participar na entrevista/screening).
- Neste caso, o consentimento pode ser fornecido:

- Verbalmente
- De forma escrita, inclusive diante de testemunhas ou de um notário

De um modo geral, a não ser que haja legislação nacional específica, o consentimento para o screening/inquérito de rotina não necessita de um formato específico para ser considerado válido. Portanto, poderíamos dizer que a forma de obter o consentimento pretendido deve ser baseada na sua utilidade: o consentimento escrito pode ser útil para provar de forma inequívoca que a pessoa realmente concorda e é mais fácil de arquivar e guardar.

Limites do consentimento

Os limites do consentimento referem-se, por exemplo, ao facto de a pessoa dar consentimento ou concordar em responder a perguntas oralmente, mas não para as respostas serem escritas ou guardadas; ou à forma como devem ser guardadas ou geridas.



No entanto, deve ter-se em mente que as informações colhidas, ou mesmo apenas ouvidas, durante um inquérito de rotina ou procedimento de screening podem referir-se a situações ou crimes que o entrevistador, pela sua profissão, tem obrigação de notificar ou denunciar.

Portanto, se ao solicitar o consentimento do entrevistado, não explicarmos claramente as possíveis consequências das suas respostas, podemos estar a limitar a sua autonomia, autodeterminação e, em última análise, a sua dignidade como pessoa, na medida em que pode considerar que lhe foi negada a dignidade de decidir como agir de acordo com as possíveis consequências. Além disso, podemos argumentar que pode ser considerado um risco à sua integridade física e emocional, uma vez que a revelação do abuso pode levar a mais abusos, muitas vezes em escalada, como punição, retaliação ou vingança.

Quando e como o consentimento é obtido corretamente

Quem tem legitimidade para dar consentimento?

A pessoa entrevistada: normalmente, a pessoa que participa no screening/inquérito de rotina é quem dá o seu consentimento se tiver capacidade legal para o fazer.

No entanto, esse pode não ser o caso quando a pessoa é considerada incapaz/inábel/interdita, de acordo com o atual regime do maior acompanhado. Com efeito, dar o consentimento implica poder exercer um direito e só quem é juridicamente competente e, portanto, tem capacidade para compreender e querer, pode fazê-lo.

Por outro lado, podemos também ter o caso de uma pessoa sem capacidade jurídica, mas capaz de responder ao screening/inquérito de rotina, sem compreender as consequências jurídicas das suas palavras. Quer dizer que de facto podemos ter todas as respostas ao screening/ inquérito, mas – do ponto de vista ético e legal – estas respostas foram obtidas abusando da (falta de) capacidade da pessoa idosa.

O Acompanhante, na maioria dos casos, a legislação nacional prevê que outra pessoa possa substituir ou apoiar a pessoa incapaz possibilitando que ela pratique um ato juridicamente válido. Essa pessoa é geralmente chamada de “acompanhante”. O que o acompanhante está autorizado a fazer depende da lei ou da entidade jurídica que o nomeou. Portanto, o entrevistador deve verificar que tipo de poder o acompanhante possui e certificar-se de que ele pode dar consentimento para participar do screening/inquérito de rotina ou se a própria pessoa idosa pode fazê-lo.

O acompanhante e a pessoa entrevistada: com efeito, outra opção é que o acompanhante seja nomeado para tomar algumas decisões em conjunto com a pessoa idosa.

O tutor acompanhante, a pessoa entrevistada e um juiz: pode também ocorrer que alguns atos possam ser praticados pelo tutor, mediante autorização específica de um juiz. Este é geralmente o caso de todos os atos que possam ter consequências importantes para o idoso do ponto de vista económico ou legal (i.e., saúde, direitos civis...).

O que é a capacidade jurídica para prestar o consentimento e como se avalia?

A competência legal é a capacidade formal de exercer direitos e deveres. Se alguém não tem capacidade jurídica, então ele/ela pode, por exemplo, não ser capaz de realizar atos como assinar contratos ou dar consentimento para a realização de um ato médico. A lei presume que os adultos têm capacidade, no entanto, isso pode ser limitado por condições ou doenças específicas. A perda da capacidade jurídica é geralmente avaliada por um juiz com o apoio de pareceres clínicos.

2. PRIVACIDADE

Privacidade como proteção de dados

Pelas características e pela sensibilidade das informações que podem ser colhidas num inquérito de rotina/screening e pelas consequências que daí podem advir, é fácil entender que é necessário que essas informações sejam mantidas em sigilo e acessíveis apenas a um número limitado de pessoas.

A confidencialidade da informação recolhida através do screening / inquérito de rotina deve ser considerada: durante o inquérito/ screening e após o inquérito/ screening.

Durante o inquérito/screening

O Screening/inquérito deve ocorrer numa sala que permita confidencialidade: portanto, deve ser possível impedir que outras pessoas entrem na sala enquanto o screening / inquérito de rotina estiver a decorrer e ocultar a pessoa envolvida. Idealmente, a sala deve ser à prova de som para que o que é dito não possa ser ouvido do lado de fora.

Depois do inquérito/screening

Após o screening / inquérito de rotina, os dados recolhidos devem ser geridos com cuidado e, em qualquer caso, pelo menos em conformidade com a Lei de Proteção de Dados e com quaisquer outras leis e regulamentos nacionais sobre proteção de dados, existentes. De um modo geral, isso significa registar e arquivar os dados, para que possam ser acedidos apenas por quem está autorizado a fazê-lo.

Privacidade como violação de outros direitos

As questões relativas à privacidade para procedimentos de screening / inquérito de rotina não dizem respeito apenas aos dados colhidos e não se referem apenas à própria entrevista/inquérito. Vejamos que outros direitos podem ser violados.

Privacidade como o Direito do entrevistado a uma vida privada

De acordo com o artigo 8.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem (CEDH), os indivíduos têm direito ao respeito pela sua vida privada e familiar. Isto não coincide com o direito à confidencialidade mencionado anteriormente em relação à gestão dos dados.

O conceito de direito à vida privada tem vindo a ser amplamente discutido pelo Tribunal Europeu de Direitos Humanos e, a partir dos seus acórdãos e decisões, passou-se a entender que o direito à vida privada não é apenas uma questão de proteção de dados, mas significa também uma vida, tanto quanto possível, desprovida de interferências externas (direito de ser deixado em paz). Significa o direito de proteger a sua própria integridade moral, ou seja, o direito à identidade individual (direito de ser, tornar-se e permanecer eu mesmo). Finalmente, o direito à autodeterminação mesmo quando se trata da própria integridade física.

Neste contexto, a autodeterminação traduz-se no consentimento para participar no processo de screening / inquérito de rotina. No entanto, pode ser abusivo pensar que, uma vez que o consentimento é dado, ele é dado de uma vez por todas, para sempre. Como as entrevistas abordam aspetos íntimos da pessoa e podem envolver os seus laços afetivos mais próximos, o consentimento dado só pode ser circunstancial, precário.

Direito de continuar ou parar a entrevista: autodeterminação. Quando a alegada perda de autoestima provoca mais sofrimento do que as lesões físicas

Consequentemente, a pessoa que consentiu o screening / inquérito de rotina pode sempre suspender o consentimento, ou revogá-lo ou limitá-lo a determinadas informações ou condições (por exemplo: “Concordo em participar da entrevista, mas não concordo com a comunicação dos resultados a certas pessoas ou organizações”). Assim, o fato de ter recebido consentimento para o procedimento, não deve implicar para o entrevistador a expectativa de que não seja modificado, como acontece, por exemplo, com os contratos. Isto deve-se à natureza dos direitos que estão implicados neste tipo de screening / inquérito.

A única limitação a esta absoluta possibilidade de retirar o consentimento dado é a obrigatoriedade de notificação a que alguns profissionais estão sujeitos.

Com efeito, para permitir que o indivíduo exerça a sua autodeterminação em relação aos resultados das respostas que dará no screening/inquérito (por exemplo, as referentes a um crime sujeito a obrigatoriedade de denúncia), o entrevistador deve informar o entrevistado que, se durante a entrevista tiver conhecimento de factos de denúncia obrigatória, as suas possibilidades de proceder de acordo com o consentimento dado antes da entrevista poderão estar limitadas.

Por exemplo, caso o entrevistado se recuse a denunciar um crime a que tenha sido sujeito, isso pode ser impedido pela obrigação de denunciar do profissional entrevistador. Portanto, é facilmente compreensível que, para não limitar a autodeterminação do entrevistado além



do previsto na lei e nas situações nela previstas, será necessário informá-lo claramente sobre isso.

3. COMO CONDUZIR O INQUÉRITO/SCREENING

Neste capítulo vamos falar sobre as implicações legais e éticas que podem estar relacionadas com a forma como o screening/inquérito de rotina é realizado.

Entrevistas orais, escritas ou gravadas: o que protege melhor o entrevistado e o que protege melhor os dados?

A menos que exista legislação específica que regule os inquéritos de rotina, a forma como devem ser feitos não é única. A escolha sobre a forma de o realizar deve ser ditada pelo objetivo do screening/inquérito e, sobretudo, considerando qual é o melhor método para o documentar. Na prática, o screening/inquérito de rotina pode ser realizado:

- Oralmente, sem registo escrito;
- Oralmente, mas documentado por escrito, parafraseado pelo entrevistador;
- Escrito, pelo entrevistado (incluindo questionários autoadministrados);
- Através de gravação áudio ou vídeo e áudio.


Consultar o que foi explicado anteriormente em relação às questões de privacidade relacionadas com a colheita, registo e arquivo dos resultados da entrevista.

Precisão e autenticidade: parafraseando ou citando; pergunta aberta/fechada; narrativa livre, respostas fechadas

Quando se trata de avaliar opções para garantir a precisão e autenticidade das informações colhidas, devemos considerar que as ferramentas de triagem baseadas em perguntas fechadas podem ter algumas limitações.

De fato, embora as questões fechadas, especialmente na forma escrita, tenham a vantagem óbvia de serem mais práticas, está bem claro na literatura que esse tipo de abordagem não é o recomendado pelos autores, por exemplo, quando tem que ser usado como prova de abuso. De fato, uma resposta fechada é intuitivamente menos atribuível ao entrevistado e, portanto, possivelmente menos autêntico, do que algo expresso em palavras próprias.

Além disso, numa pergunta fechada é mais fácil cair na falácia (embora provavelmente de boa fé) de fazer uma pergunta complexa, que implica algumas suposições do entrevistador e não do entrevistado. Assim, se o screening/inquérito de rotina realizado com perguntas



fechadas é provavelmente mais eficiente, a sua elaboração deve ser mais precisa, ponderada e verificada em comparação com o screening/inquérito, baseado em perguntas abertas.

Implicações legais e éticas relacionadas com as questões

A escolha entre uma narrativa livre e uma pergunta fechada ou aberta tem implicações éticas e legais que vão para além da forma como a entrevista é feita e da questão da proteção dos dados colhidos. Para entender isto, é necessário explicitar algumas premissas e passos lógicos.


A violência contra a pessoa idosa poderá conhecer visibilidade aquando da realização do screening/inquérito de rotina. Ora, sabendo que alguns desses crimes são de natureza pública – podendo existir obrigatoriedade de denúncia do/a entrevistador/a (ver supra) – não raras vezes enquadrável no crime de violência doméstica ou crime de maus tratos, urge salientar a importância do testemunho da pessoa idosa, como pedra angular da prova a canalizar para o processo judicial. É sabido que o abuso e a violência doméstica, por ocorrerem num contexto privado, ocorrem muitas vezes longe dos olhos da sociedade e, portanto, as únicas testemunhas (e, muitas vezes, o único corpo de provas disponível) são as próprias vítimas.

Isto obrigou juízes e legisladores a encontrar critérios para validar a narração da vítima quando esta é a única prova disponível. Esses critérios são a credibilidade subjetiva e objetiva da narrativa:

O primeiro critério, a credibilidade subjetiva, traduz-se na confiabilidade da pessoa que está a descrever ou narrar o evento. Em relação às pessoas idosas, a sua credibilidade é muitas vezes limitada pela sua condição de fragilidade (não importa, neste contexto, se é válida e verdadeira ou assumida como um estereótipo – ainda que implícito – pelo facto de numa circunstância específica a pessoa idosa apresentar fragilidade).

O segundo critério é a credibilidade objetiva, que é na prática a credibilidade intrínseca da história contada, sem considerar a sua congruência com outras provas geralmente disponíveis durante um julgamento, já que – como mencionado – quando se trata de violência doméstica geralmente não há outras provas. Basicamente, a narração das circunstâncias deve ser auto consistente, pois não poderá ser sustentada por outros meios.

Um conjunto de respostas a perguntas fechadas dificilmente é capaz de “contar uma história”, ainda mais de contar uma história credível. Portanto, o uso de respostas fechadas pode ter uma capacidade limitada (ou, em qualquer caso, menor) para apoiar um processo criminal. Com efeito, o idoso terá menos capacidade de contar uma história credível, o que tornaria mais difícil a condenação e repressão dos comportamentos abusivos e, conseqüentemente, menos capaz de prevenir novos abusos, uma vez que a vítima não estará protegida e o agressor poderá continuar a cometer abuso ou violência.



Isto pode ser diferente se pensarmos na prevenção em geral. De facto, inquéritos de rotina baseados em respostas fechadas podem funcionar bem na divulgação de situações abusivas, pois os dados colhidos podem mostrar a sua incidência na população idosa e permitir que as autoridades acionem medidas políticas, legais e administrativas para enfrentar o fenómeno do abuso de idosos. Claro, que também poderia ser o início de uma entrevista de perguntas abertas, com todos os benefícios mencionados acima.

Portanto, ao decidir utilizar uma ferramenta de screening com respostas fechadas em vez de fazer perguntas abertas, devemos estar cientes de que ela tem implicações éticas, legais e práticas: têm impacto na prevenção geral ou especial, independentemente de como os resultados devem ser protegidos em termos de confidencialidade ou se é melhor documentá-los de uma forma ou de outra.

Como documentar o screening/inquérito de rotina ¹

A forma como documentamos um processo de screening/inquérito de rotina, com base em perguntas abertas (que podem ser de follow-up do screening), tem consequências e levanta questões que, embora não sejam propriamente abusivas, podem definitivamente anular as boas razões para apoiar a sua utilização e às vezes até têm consequências legais para o entrevistador.

No caso de respostas a perguntas abertas, é importante relatá-las na íntegra, usando aspas para mantê-las o mais fiéis possível ao que os entrevistados queriam dizer.

De fato, resumir ou não citar as palavras do entrevistado pode resultar, mesmo que não intencionalmente, numa distorção das mesmas, com duplo efeito negativo:


O primeiro é tornar a narração não credível e, portanto, mais frágil (como vimos anteriormente) no contexto de um julgamento.

O segundo é que uma narração infiel, em caso de relatórios oficiais, de acordo com os regulamentos nacionais e a profissão do entrevistador- pode levar o entrevistador a ser acusado de crime contra a pessoa entrevistada, ou de abuso de confiança.

Da mesma forma, a modificação do documento em que a entrevista é relatada também pode ser considerada abusiva ou criminalmente condenável, sendo considerado uma alteração de documento e, portanto, uma falsificação. Esta pode incluir situações muito triviais como apagar algo com um corretor ou uma borracha (sendo impossível ver o que foi escrito anteriormente e, portanto, perceber se o objetivo era simplesmente remediar um erro de digitação ou manipular o conteúdo do documento).

Outro elemento a ser considerado é a exatidão, que se refere a cada informação ser dada com precisão. Por exemplo, referir que um ato (que segundo o entrevistador foi abusivo) foi cometido por “um conhecido” (em vez de relatar “pelo cônjuge” ou “pelo filho” ... seguido do

¹ Note that this section might require adaptations according to local legislation and/or practices



nome) pode resultar em dificuldades ou atraso na implementação de intervenções de proteção e, portanto, não evitar a reiteração do abuso.

Como manter e preservar os resultados do screening/inquérito de rotina

Tendo explicado como o screening/inquérito de rotina deve ser conduzido iremos agora explicar onde e como devemos manter os seus resultados. Embora isso possa estar previsto no regulamento de proteção de dados em vigor, também devemos considerar o objetivo pelo qual o screening foi realizado.

Considerando que os objetivos podem ser: a prevenção geral, a prevenção especial e a denúncia para terminar situações de abuso e violência. Os resultados do screening/inquérito devem ser incorporados num documento duradouro, que deve ser arquivado da seguinte forma:

Podem ser utilizados de imediato se forem para anexar a um processo legal, para elaborar estatísticas ou para dar feedback aos entrevistados.

Pode ser necessário separar os resultados (respostas) de outras informações relativas ao entrevistado, classificá-las e protegê-las do acesso de terceiros que possam direta ou indiretamente impedir o seu uso. Assim, por exemplo, deve evitar-se deixar esses dados acessíveis ao suposto agressor, para que ele não possa modificá-los ou destruí-los ou impor à vítima que retire a narração, ameaçando-a ou maltratando-a ainda mais.

Conclusões: Direito de privacidade versus dever de denunciar versus vontade dos entrevistados

Como mencionado anteriormente, no caso do screening/inquérito de rotina, existem três aspetos importantes que devem ser considerados:

Proteção de dados e confidencialidade – Não obstante, a não partilha e comunicação das informações recolhidas, em determinadas circunstâncias, o profissional pode ser obrigado a denunciar, devendo informar previamente o inquirido sobre os dados da entrevista que ele poderá ou não controlar, respeitando assim o seu direito de autodeterminação.

Pode haver regulamentos a nível nacional sobre como estas exigências devem ser equilibradas para responder a todas as questões éticas e legais igualmente válidas. De qualquer forma, é importante agir de forma a equilibrar todas essas exigências para que, na medida do possível, uma não seja sacrificada em detrimento da outra.

Uma forma de equilibrar todas as exigências é fornecer oportunamente todas as informações à pessoa idosa para que ela possa exercer o seu direito de autodeterminação.

Se o entrevistador tiver a obrigação de denunciar em casos específicos, essa informação deve ser fornecida antes que o entrevistado dê o seu consentimento para o screening/inquérito e antes de quaisquer perguntas que o entrevistador saiba que poderão resultar na revelação de informações sobre abuso ou violência. Isso - claro - de uma forma que possa ser



compreendida pelo entrevistado, tendo em conta a sua capacidade cognitiva e os aspetos culturais.

Isto permitirá que o entrevistado entenda as consequências das suas respostas e decida se responde ou não. Por outro lado, também permitirá que o entrevistador não viole os seus deveres profissionais para satisfazer a vontade do entrevistado, ou para não por em perigo a sua segurança em caso de risco de retaliação ou escalada da violência.

Caso isto não aconteça, as consequências das informações fornecidas pelo entrevistado sairão do seu controle e, portanto, a amplitude da sua autodeterminação será irreversivelmente reduzida, pois ele não poderá avaliar os riscos antes de decidir se quer e o que quer revelar.


O dever de informação do entrevistador deverá incluir também as organizações e serviços a que o entrevistado pode recorrer caso seja vítima de crime. Portanto, o dever de informação não se limita apenas ao dever de informar os outros, mas também ao de estar informado sobre os locais e serviços de apoio às vítimas de crime.

4. PRINCÍPIOS ÉTICOS DO SCREENING DE MAUS-TRATOS A PESSOAS IDOSAS

Existem alguns riscos éticos claros no screening, como as consequências dos falsos positivos (acusações incorretas de abuso) ou falsos negativos (casos não identificados de abuso em que uma intervenção poderia salvar vidas). Acusar alguém de abuso quando ele não está a acontecer ou não identificar um caso de abuso quando ele está a ocorrer pode ter consequências devastadoras.

O risco de não detetar/deixar alguém numa situação perigosa é superado pelo risco de acusar falsamente um indivíduo? Tais incidentes podem ter efeitos devastadores e a longo prazo, para os indivíduos envolvidos. Ao contrário dos rastreios na saúde física, como os rastreios do cancro do colo do útero, há situações subtis e específicas dos maus-tratos a pessoas idosas que exigem uma avaliação cuidadosa e ética. Por exemplo, as vítimas de maus-tratos podem não ter solicitado ou desejado a investigação. A avaliação da capacidade de decisão também precisa de cuidadosa reflexão e consideração. Os instrumentos de screening, em geral, podem ajudar o profissional a ter uma abordagem mais objetiva, mas essa abordagem deve ser cuidadosamente avaliada (McCarthy et al. 2017).

O abuso por um familiar ou parceiro íntimo é complexo porque o idoso pode estar a debater-se com aspetos sociais, culturais e religiosos pessoais, para viver com uma(s) pessoa(s) abusiva(s). Além disso, a intervenção em caso de abuso pode ser acompanhada de preocupações pessoais, legais e éticas, relacionadas com a falta de princípios profissionais. Saghafi et al (2019), discutiram numa revisão compreensiva da literatura os princípios éticos, como autonomia, competência, beneficência, respeito pelos direitos humanos e direito à dignidade. A autonomia inclui a tomada de decisão independente, sem qualquer limitação, e o respeito pela independência. Significa também como a tomada de decisão deve



ser feita; as pessoas têm o direito de participar nas decisões relativas a si mesmas. A tomada de decisão, no entanto, só é possível se a capacidade de decisão de uma pessoa e a sua capacidade mental forem reconhecidas (Ibidem).

O princípio da competência significa a competência do próprio profissional para trabalhar com pessoas idosas. Os profissionais devem autoavaliar a sua competência, conhecimentos, habilidades e atitudes sobre o envelhecimento e as vítimas idosas. Os profissionais não podem seguir cegamente a lei de denúncia obrigatória. Isso poderia causar mais mal à pessoa idosa do que bem, como a vingança de um perpetrador que também é o principal cuidador. Se a resposta for não fazer nada, pode permitir que o abuso continue. Estas são questões éticas complexas, que não têm uma resposta única e clara, nem na prática nem na teoria (Scheiderer, 2012).

Nos casos em que a pessoa idosa é incompetente, as questões éticas devem ser consideradas. É de notar que capacidade e competência não são a mesma coisa: a capacidade tem dimensões como a tomada de decisão, o autocuidado e a autoproteção. Por exemplo, na demência, há compromisso da memória, mas a personalidade, os valores e a memória de longo prazo podem permanecer intactos. As diferenças culturais e de género devem ser consideradas ao tentar determinar a capacidade de tomada de decisão através de medições válidas e confiáveis. O respeito à confidencialidade e a confiança é um dos princípios éticos mais importantes a ser levado em consideração. No entanto, quando é causado dano grave, poderá ser uma exceção. Além dos aspetos legais do abuso, a denúncia obrigatória depende, em regra, do ordenamento jurídico de determinado país. No entanto, é importante tentar envolver a pessoa idosa no processo de denúncia e apenas relatar os dados relevantes para, na medida do possível, respeitar a sua privacidade. A denúncia obrigatória é valorizada quando existem sistemas de proteção e leis para ajudar os idosos e prevenir danos futuros (Saghafi et al 2019).

A abordagem da saúde ao screening é enquadrada pelos princípios da beneficência e não maleficência. A beneficência é o equilíbrio entre os potenciais benefícios e risco de danos individuais. O benefício é frequentemente descrito pelo conceito de benefício substancial que se refere a um resultado que agora ou no futuro pode ser considerado valioso. A beneficência e a não maleficência significam que os profissionais tentam obter benefícios para aqueles com quem trabalham e não causar prejuízo com as suas atividades profissionais. No que se refere aos maus-tratos a idosos, esse princípio ético apresenta fragilidades: o conhecimento científico atual sobre o screening e os seus resultados é contraditório e incompleto. É necessário que os profissionais tomem decisões éticas complexas, sobre se e como agir em qualquer caso detetado ou suspeito de maus-tratos a idosos. Isso geralmente requer decisões difíceis de equilíbrio entre proteger as pessoas idosas e prevenir mais danos, e reduzir o controle da pessoa idosa sobre a sua própria vida (Scheiderer, 2012).

5. GANHAR A CONFIANÇA DA PESSOA IDOSA

O que é a confiança

A confiança é uma parte central de todos os relacionamentos humanos, incluindo as relações amorosas, a vida familiar, as operações comerciais, a política e a prática clínica. Se você não confia no seu médico ou assistente social, por exemplo, é muito mais difícil seguir os seus conselhos profissionais.

Existem muitas definições de confiança, mas para os nossos objetivos vamos defini-la como a vontade de alguém se tornar vulnerável a outro com base em expectativas positivas da sua intenção ou da sua competência. Isso significa que a pessoa tem confiança de que a outra parte numa transação se importa com ela e se comportará de uma maneira benéfica ou pelo menos não lhe seja prejudicial. Portanto, ao confiar nos outros, espera-se que a sua vulnerabilidade não seja explorada por motivos como poder, lucro ou prazer.²

Como ganhar a confiança do cliente

Ganhar confiança numa relação cliente-profissional requer tempo e pode ser influenciado por diversos fatores. Estes são alguns elementos que o profissional pode levar em consideração para construir uma relação positiva com o cliente: para transmitir a mensagem de cuidado e interesse, recomenda-se que o profissional se sente ao lado do cliente, passe tempo com ele, fale com uma voz suave de forma respeitosa, deixe-o contar os acontecimentos e a sua história de vida, expresse interesse nas suas condições de vida e faça coisas que lhe sejam úteis (Jacobsen e Vesti, 1992; Northouse e Northouse, 1985; Fine e Glasser, 1996; Thom e Campbell, 1997; Behnia, 2002).

Para responder ao desejo do cliente de conhecer a competência, as motivações e a opinião do profissional sobre si, os profissionais precisam de explicitar as suas motivações para trabalhar com ele/ela e revelar as suas experiências pessoais (Fong e Cox, 1989; Hassan, 1997). No entanto, note que os profissionais devem ser criteriosos no uso da auto revelação.³

Atividades de aprendizagem ativa

Uma série de exercícios que podem ser usados para aplicar na prática os conteúdos teóricos do módulo.

² Behnam Behnia, Trust Development: A Discussion of Three Approaches and a Proposed Alternative, *The British Journal of Social Work*, Volume 38, Issue 7, October 2008, Pages 1425–1441, <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm053>

³ Benham, *ibidem*

EXERCÍCIO 1 - AUTO-AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ÉTICAS DO PROFISSIONAL PARA TRABALHAR COM PESSOAS IDOSAS VÍTIMAS DE MAUS-TRATOS

Método do exercício: Trabalho de grupo com base numa tarefa de autoavaliação individual

Objetivos de aprendizagem:

- Que os participantes entendam como é que o screening de maus-tratos a pessoas idosas é baseado em princípios éticos
- Que os participantes sejam capazes de identificar as questões éticas complexas no trabalho com uma vítima, idosa, de maus-tratos
- Que os participantes tomem consciência das suas próprias competências profissionais

Duração: 40 minutos

Material necessário:

- Perguntas para autorreflexão em suporte de papel
- Canetas
- PowerPoint com questões gerais para discussão no final do exercício

Instruções para o formador:

- Antes do exercício, faça a sessão teórica de base sobre os princípios éticos do screening de maus-tratos a pessoas idosas. Durante a sessão, discuta com os profissionais que tipo de princípios éticos existem na sua profissão. Além disso, peça-lhes que pensem nos seus princípios éticos profissionais, sob o ponto de vista dos maus-tratos a pessoas idosas.
- Explique o exercício. Ressalte que cada profissional é livre para escolher o que quer partilhar com o grupo. Isso é importante para criar um ambiente seguro para o exercício.
- Distribua as perguntas em papel e partilhe as perguntas num slide do PowerPoint.
- Dê aos participantes 15 minutos para autoavaliação.
- Após a autoavaliação, divida os participantes em grupos de 4-5 pessoas. Os grupos podem ser formados de acordo com a profissão ou profissões mistas.
- Dê aos participantes 10 minutos para partilhar a sua autoavaliação com o grupo.

- Após a discussão em pequeno grupo, os participantes partilham as suas reflexões com o grande grupo de acordo com as questões gerais da discussão.

Perguntas para a autoavaliação

- Cada profissão tem os seus próprios princípios éticos. Anote, na sua opinião, os 2-3 princípios éticos mais importantes da sua profissão.
- Na sua opinião, o que é competência ética profissional na sua profissão para trabalhar com vítimas idosas de abuso?
- Os princípios éticos da sua profissão dão atenção ao envelhecimento e/ou abuso de pessoas idosas?
- Que princípios éticos são complexos e possivelmente difíceis de seguir na área dos maus-tratos a pessoas?

Perguntas para a discussão geral


- O que é competência ética profissional, especialmente para trabalhar com pessoas idosas vítimas de abuso?
- Encontrou na discussão em grupo, desafios éticos semelhantes aos que enfrenta ao trabalhar com pessoas idosas vítimas de abuso? Que tipo de desafios?

Notas para o formador

Incentive a discussão e a colaboração entre os participantes. Tente encontrar desafios iguais/semelhantes em cada profissão ao trabalhar com pessoas mais velhas, vítimas de abuso. Enfatize como o trabalho multidisciplinar e multi-institucional pode ajudar a superar esses desafios.

EXERCÍCIO 2 – SCREENING DE PESSOAS IDOSAS CAPAZES E LEGALMENTE INCAPAZES

Método: O sociodrama é uma estratégia de ensino poderosa que combina uma abordagem de estudo de caso com a metodologia tradicional de dramatização para ilustrar questões críticas do screening. Consistente com os princípios da aprendizagem de adultos, esta técnica permite que os formandos identifiquem problemas e possíveis soluções para os clientes e para os profissionais. Alguns formandos do grupo são selecionados para representar um cenário descrito. Note que seria melhor se os atores não concordassem previamente sobre como se irão comportar, para tornar as reações mais espontâneas e semelhantes a uma situação da vida real. Os restantes formandos observam a cena e, em seguida, o facilitador orienta a discussão do grupo usando perguntas abertas. Durante este



período de discussão estruturada, as principais questões são identificadas e a experiência clínica partilhada pelos participantes constituem-se como a base da aprendizagem. Após algum tempo dedicado à discussão, os que sugeriram diferentes formas de lidar com a situação são convidados a substituir os “atores” originais e a refazer a cena. À medida que o tempo atribuído chega ao fim, o facilitador pode optar por resumir o conteúdo ou concentrar-se em questões não identificadas pelo grupo, para que possa ocorrer mais reflexão e discussão.

Instruções para o facilitador

Nota: este procedimento pode ser aplicado com um ou ambos os cenários, de acordo com o tempo disponível. Também pode escolher o cenário mais ajustado ao contexto em que o programa de formação e treino é implementado ou pode ser adaptado de acordo com esse contexto.

Em primeira instância, permita que os formandos representem a cena como desejarem – lembre-os apenas para tentarem aplicar os princípios éticos do screening que foram explicados anteriormente e para incluírem todas as questões descritas no cenário, pois são relevantes para avaliar as decisões que vão tomar.

Ao mesmo tempo, instrua o restante grupo para tomar notas sobre o que vão observar, o que perceberam e se há algo que eles fariam diferente.

Permita 10/15 minutos para a representação. Quando a representação terminar, abra a discussão, com o grande grupo perguntando, por exemplo:

- Que questões importantes identificou nesta representação?
- Como teria agido com a pessoa idosa, neste caso?
- Como é que este caso poderia ser melhor gerido?
- Que sentimentos evocou em si e por quê?

Dê 20 minutos para discussão e, eventualmente, ajude a audiência a identificar as principais questões críticas e a encontrar soluções alternativas de acordo com os princípios éticos abordados no módulo.

Depois disso, convide os membros da audiência que foram mais ativos a sugerir comportamentos alternativos para reencenarem o caso. Repita o processo.

Sugestões para facilitadores

- As principais questões que devem ser exploradas neste cenário são:
- Se o consentimento foi obtido corretamente (por exemplo, se foi obtido com pessoa certa)
- Se a privacidade foi respeitada
- Se os resultados do screening foram corretamente reportados

- Se o profissional agiu de acordo com o seu dever de informar

Em alternativa ao sociodrama, os cenários podem ser apresentados como casos para discussão.

FOLHETO 1 - CENÁRIO 1 – PESSOA IDOSA CAPAZ

M. é uma assistente social que trabalha num centro de dia para idosos. M. é responsável pelas novas admissões e hoje recebe A., uma pessoa de 78 anos que está acompanhada pelo filho adulto. A. tem algumas fragilidades físicas, mas não apresenta problemas cognitivos que comprometam sua capacidade de compreensão e vontade.

De acordo com os procedimentos em vigor no centro, M. deve realizar screening/inquérito de rotina a A. Ao fazê-lo, verifica que A. pode ter sido abusada psicologicamente pelo seu filho adulto.



FOLHETO 2 - CENARIO 2 – PESSOA IDOSA LEGALMENTE INCAPAZ

M. é uma enfermeira que trabalha numa estrutura residencial para idosos. M. é responsável pelas novas admissões e hoje acolhe A., um idoso de 78 anos que ingressa no centro por iniciativa do seu acompanhante. A. morava sozinho. Tem uma neta que raramente o visita. A. não tem problemas de saúde físicos significativos, mas sofre de demência e um acompanhante foi nomeado para ajudá-lo a tomar decisões legais. De acordo com os procedimentos em vigor no centro, M. deve realizar screening/inquérito de rotina a A. Ao fazê-lo, verifica-se que A. pode ter sido abusado financeiramente pela sua neta.

References

1. Behnam Behnia, Trust Development: A Discussion of Three Approaches and a Proposed Alternative, *The British Journal of Social Work*, Volume 38, Issue 7, October 2008, Pages 1425–1441
2. De Cataldo Neuburger L., *Psicologia della testimonianza e prova testimoniale*, Milano, Giuffrè, 1988
3. De Leo G., Scalzi M. e Caso L., *La testimonianza. Problemi, metodi e strumenti di valutazione dei testimoni*, Bologna, Il Mulino, 2005
4. Inbau F.E., Reid J.E., Buckle J.P., Jayne B.C., *Criminal interrogation and confessions*. Aspen, Md, Gaithersburg, 2001
5. Lipton, J. P. On the psychology of eyewitness testimony. *Journal of Applied Psychology*, 62(1), 90, 1977
6. McCarthy, L., Campbell, S., & Penhale, B. (2017). Elder abuse screening tools: A systematic review. *The Journal of Adult Protection*.
7. Saghafi, A., Bahramnezhad, F., Poormollamirza, A., Dadgari, A., & Navab, E. (2019). Examining the ethical challenges in managing elder abuse: a systematic review. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 12.
8. Scheiderer, E. M. (2012). Elder abuse: Ethical and related considerations for professionals in psychology. *Ethics & Behavior*, 22(1), 75-87.

MÓDULO 4 - Desafios no trabalho com pessoas idosas vítimas de maus-tratos

Estrutura do módulo

Titulo	Desafios no trabalho com pessoas idosas vítimas de maus tratos
Objetivos	<ul style="list-style-type: none">▪ Aumentar o conhecimento sobre possíveis desafios de trabalhar com pessoas idosas vítimas de violência e estratégias para superar estes desafios▪ Sensibilizar para a importância dos direitos das pessoas idosas e do planejamento da segurança em caso de suspeita de maus-tratos▪ Aumentar competências e capacidade para gerir a divulgação de situações de maus-tratos; intervir, apoiar e referenciar casos de violência para os serviços adequados▪ Apoiar o desenvolvimento de medidas de intervenção em casos de violência contra pessoas idosas▪ Sensibilizar os profissionais que conduzem screening de maus-tratos para a importância do autocuidado e para a procura de ajuda
Objetivos de aprendizagem	<p>No fim deste módulo os participantes devem ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Enumerar possíveis desafios de trabalhar com pessoas idosas vítimas de violência▪ Compreender os direitos da pessoa idosa no processo de screening▪ Gerir a divulgação de situações de maus-tratos▪ Proporcionar um ambiente seguro para o screening e conhecer meios para aumentar a segurança da pessoa entrevistada▪ Reconhecer os sinais de burnout no contexto de trabalho com vítimas de violência▪ Implementar estratégias de autocuidado


	<ul style="list-style-type: none"> Saber como procurar apoio para apoiar/prevenir a perturbação pós-stress traumático (PTSD)
Duração:	<p>3 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> 45min-1h introdução 20 min (2x10 minutos) intervalos 1h e ½ atividades de aprendizagem ativa 10 minutos de tempo extra (acolhimento, aguardar por participantes, responder a questões)
Recursos necessários:	<ul style="list-style-type: none"> Post-its Um quadro Um cronómetro Dois cartões de cores diferentes, um dizendo “sim” e outro “não”.
Mensagem- Chave	<ul style="list-style-type: none"> Existem diferentes tipos de desafios ao trabalhar com vítimas de maus-tratos. Estar ciente desses desafios é chave para trabalhar com vítimas de violência Os maus-tratos a pessoas idosas devem ser prevenidos recorrendo a estratégias e programas institucionais e governamentais.
Fichas de trabalho	-

Enquadramento Teórico

1. DESAFIOS EXTERNOS

COVID-19

O coronavírus e as limitações de recursos relacionadas com a pandemia resultaram numa diminuição dos serviços de apoio social. Ao mesmo tempo, as prevalências de violência contra pessoas idosas em contextos de comunidade tiveram um aumento de 84% (Chang & Levy 2021, Results).



As questões de direitos humanos subjacentes a esta questão podem ter ficado um pouco esquecidos dada a presente prioridade mundial de sobreviver à pandemia a todo o custo.

Estratégias governamentais/políticas

Quando a situação pandémica estiver controlada, iniciativas governamentais como o aumento de investimento em prevenção e intervenção são essenciais para continuar a aumentar a sensibilização para a violência sobre as pessoas idosas e definir estratégias para a sua prevenção. O enquadramento legal e as políticas de apoio são essenciais para suportar o processo de organização das ações desenvolvidas no terreno. É o governo de cada país que é responsável por fatores como:

- A definição dentro do panorama jurídico nacional de que tipos de violência são classificados como crime, criando leis que vão de encontro às diretrizes internacionais, subscrevendo e reforçando os tratados internacionais contra a violência
- A aplicação de procedimentos em caso de suspeita, denúncia ou deteção de maus-tratos a ser seguidos pelos serviços de urgência, cuidados de saúde, apoio social, polícias e instituições de intervenção em crise. Podem incluir a elaboração de processos, a determinação de que instituições devem intervir e quais as suas responsabilidades, a preparação de documentação estandardizada, a delineação das exigências subjacentes a cada procedimento como as características do espaço, a exigência de confidencialidade durante a investigação, a proteção da vítima, etc.
- O financiamento e promoção de estudos e programas de investigação na área dos maus-tratos, a publicação de relatórios sobre este tópico para aumentar a sensibilização e fundamentar decisões estratégicas.
- A determinação de requisitos de formação temática nos cuidados de saúde, assistência social e agentes policiais.
- A implementação de planos de ação nacionais para combater a violência contra pessoas idosas.
- A manutenção de serviços de apoio às pessoas idosas vítimas de violência.

- A promoção de programas de prevenção, incluindo formação para os serviços e apoio aos cuidadores.
- Apoiar ONGs que apoiam as pessoas idosas vítimas de violência e protegem os seus direitos.

The health sector can help stop elder abuse in communities, hospitals, and institutions.

There are promising strategies, such as developing:

- ✓ Professional awareness campaigns to help health care workers recognize elder abuse
- ✓ Caregiver support to reduce stress
- ✓ Caregiver training on dementia
- ✓ Residential care policies to define and improve standards of care

However, most nations report that they still **don't have formal action plans to address elder abuse.**

A recent survey of 133 countries found that:

- Only **40%** had national plans
- Only **17%** had a national survey

We also need more research about elder abuse — its risk factors, consequences, and solutions — especially in low- and middle-income countries.

Around the world, **governments can do more to address and prevent elder abuse.** The health sector can:

- 1 Raise awareness within the health sector and other sectors about the health and social burden of elder abuse
- 2 Recognize elder abuse as a public health problem and establish a focal point to address elder abuse
- 3 Develop and test evidence-based interventions to prevent elder abuse
- 4 Provide services to victims of elder abuse
- 5 Collaborate with other sectors to address elder abuse, such as criminal justice, health, and social services

Support World Elder Abuse Awareness Day on 15 June

Get involved — contact your local ageing services organization

Raise awareness — talk with friends, family and colleagues

WHO Resources:


- Global status report on violence prevention 2014
- Violence prevention: the evidence
- WHO Department for Management of NCDs, Disability, Violence, and Injury Prevention (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/)

Design by: CommunicateHealth
www.communicatehealth.com
WHO/NMH/NVI/16.5 © WHO, 2016. All rights reserved.

Source: WHO, https://www.who.int/health-topics/elder-abuse#tab=tab_1 (Accessed June 1st, 2021)

Mudanças demográficas e custos do cuidado

Prevê-se que em 2050 a população mundial de pessoas com 65 ou mais anos mais do que duplicará, de 727 milhões em 2020 para mais de 1,5 biliões de pessoas (UN DESA, 2020). As mudanças demográficas pressionam os sistemas de saúde e de apoio social. O número crescente de pessoas idosas está associado a um aumento de despesas com os cuidados comunitários e institucionais por parte dos governos locais e das instituições públicas. Além disso, alguns países (por exemplo, a Polónia) enfrentam carências de enfermeiros qualificados – os profissionais também se reformam e não há novos profissionais suficientes no mercado de trabalho para satisfazer a necessidade crescente dos serviços. Estes fatores levam a uma deterioração da qualidade dos cuidados. Estes são os principais fatores por trás



dos maus-tratos em situações de institucionalização: baixos padrões de qualidade para o cuidado e profissionais que não dispõem da formação adequada ou se encontram sobrecarregados.

O modelo atual e mais predominante de cuidados às pessoas idosas (estruturas residenciais, cuidados domiciliários, serviços de internamento de longa duração) exige a redução das despesas e, simultaneamente, o aumento do acesso aos serviços, mantendo a qualidade dos cuidados (de saúde), o que, a longo prazo, é insustentável. Sem um foco estratégico na prevenção (envelhecer mantendo a independência e na sua própria casa) e eficácia nos serviços de cuidados, não será possível fazer face, financeiramente, às pressões das alterações demográficas no aumento de custos de cuidados a longo prazo e diminuição das receitas fiscais devido à diminuição dos contribuintes com vida laboral ativa.


A mudança demográfica reflete-se também na necessidade de maior envolvimento de cuidadores informais e familiares e na sua crescente dedicação ao cuidado de pessoas idosas. Um período prolongado de prestação de cuidados a pessoas idosas pode ser cansativo para as famílias e requer várias formas de apoio aos prestadores de cuidados envolvidos. O bem-estar físico e psicológico dos cuidadores depende cada vez mais do acesso a estruturas de apoio, da implementação de formas inovadoras de apoio, da construção de redes de suporte e da promoção de apoio como um serviço público. Sem apoio, prestadores de cuidados sobrecarregados e expostos a elevado stress podem vir a cometer atos violentos contra o recetor de cuidados.

Falta de consciencialização

Prevê-se que o número de pessoas idosas que sofrem de maus-tratos aumente com o envelhecimento da população. Contudo, nem todas as pessoas compreendem que alguns eventos negativos na relação com a família ou cuidador podem ser uma forma de violência. Para as pessoas idosas, a violência pode assumir as seguintes formas: isolar, retirar dinheiro (por exemplo, pensões de reforma ou invalidez), insultar, ameaçar com o internamento num lar de idosos, forçar alterações num testamento, negligenciar ou deixar uma pessoa idosa sem apoio. É importante sensibilizar a sociedade para o mau tratamento das pessoas idosas, dando particular ênfase ao trabalho com crianças, jovens, funcionários das instituições públicas, mas também com as próprias pessoas idosas. Muitas vezes, quando as pessoas idosas experienciam violência, elas não compreendem o que se está a passar. Enquanto houver pessoas que interpretem eventos de violência ou negligência como normais ou simplesmente como comportamentos de falta de respeito, as campanhas de sensibilização para o assunto dos maus-tratos serão benéficas.

Discriminação: *ageismo*, *sexismo*

A discriminação com base no sexo, raça e idade são consideradas por alguns autores como as maiores ameaças à democracia moderna e à coesão social (Szukalski 2009, p. 59). Entre estes, o ageism é um dos fatores de risco mais significativos para a violência contra as



peçoas com mais de 60 anos. O ageism é “o estereotipar sistemático e a discriminação contra peçoas devido a estas serem consideradas velhas.” (Butler, 1975). As peçoas idosas são muitas vezes vistas como fracas, indefesas, dependentes e como em necessidade de cuidados.

Tal abordagem à idade avançada é muitas vezes reforçada por sexismo definido como “crenças sobre a natureza fundamental da mulher e do homem e dos papéis que devem desempenhar na sociedade”. (EIGE 2021) Considerar um sexo como superior ao outro leva a muitos estereótipos infundados que podem afetar ambos os sexos em diferentes situações, mas mais as mulheres em particular. A nível mundial, em média, as mulheres vivem mais tempo do que os homens. Em 2020, as mulheres representavam 55% do total da população com 65 ou mais anos e 62% da população com 80 ou mais anos (UN DESA, 2020). Tendo isto em consideração, as mulheres idosas representam um grupo particularmente vulnerável, sendo afetadas por tanto o ageism como por desigualdades de género, potencialmente experienciando mais violência (UN DESA 2020).


No entanto, deve ser referido que nas mais recentes meta-análises sobre maus-tratos não são encontradas diferenças de género (Yon et al., 2017). Alguns estudos mostram que as mulheres são mais vulneráveis a algumas formas de maus-tratos enquanto os homens são mais vulneráveis a outras formas. Embora, na maioria das sociedades, as mulheres estejam em maior número nas faixas etárias mais velhas, os maus-tratos a homens idosos não deve ser subestimado.

2. DESAFIOS ORGANIZACIONAIS

Há muito que pode ser feito dentro dos sectores da saúde e dos sistemas de assistência social em todos os países, a começar por investigação que vise o desenvolvimento de estratégias a longo prazo para combater os maus-tratos a peçoas idosas. A estrutura e prioridades de cada instituição são fatores chave para a implementação adequada de programas de prevenção.

O screening de maus-tratos a peçoas idosas frequentemente compete com outras prioridades das instituições. Embora o screening de maus-tratos seja geralmente aceite em contexto pediátrico, a sua prática com peçoas idosas não é tão frequente ou óbvia. A sua implementação nos serviços de urgências, cuidados domiciliários ou em contexto residencial requer esforço e tempo. Os profissionais devem ter tempo e recursos para se familiarizarem com as metodologias de screening (Couture et al. 2016, p. 13-14). Outros fatores que inibem a utilização de screening são as limitações de tempo reportadas por trabalhadores do setor da saúde e social (Schmeidel et al. 2012) e não dispor de colegas com quem discutir casos (Killick & Taylor, 2009; Stolee et al. 2012).

A investigação nesta área tem referido que os assistentes sociais valorizam mais o ter tempo e acesso a supervisão clínica do que ter acesso a um instrumento de screening específico.



Além disso, os maus-tratos a pessoas idosas devem ser uma prioridade definida pelos órgãos de gestão superior dos cuidados de saúde ou das instituições de assistência social, de modo que possa ser atribuído tempo suficiente para screening para que os esforços dos profissionais sejam devidamente valorizados e reconhecidos.

Um dos muitos desafios institucionais é a atribuição de responsabilidade – ao invés de existir um requisito de avaliação em todos os setores, cada setor atribui a outros a responsabilidade de identificar, monitorizar e intervir nos casos de maus-tratos (Couture et al. 2016, p. 4).

3. OBSTÁCULOS DOS ADULTOS IDOSOS À REVELAÇÃO DE MAUS-TRATOS


A violência contra pessoas idosas ocorre em diversos contextos. Tal como em outras formas de violência, por vezes é difícil definir o tipo e extensão de maus-tratos experienciados uma vez que muitas vítimas não revelam os eventos violentos. As razões para esta relutância na revelação de maus-tratos são típicas de outras formas de violência e incluem o não acreditar na eficácia das intervenções judiciais. A situação de uma pessoa idosa que sofre de maus-tratos é muito complexa, apresentando várias dimensões e uma mistura de diferentes sentimentos, emoções e estados físicos.

Cuidado e vergonha

Uma das dificuldades subjacentes à identificação dos maus-tratos é a relutância das pessoas idosas em revelar situações de violência perpetrada pelos seus filhos, netos ou cônjuges/parceiros, ou seja, violência que acontece numa relação onde há expectativa de confiança. Existem várias complicações a nível emocional, mas também material, que obstaculizam esta revelação (Rogers, 2016). Muitas pessoas idosas experienciam maus-tratos em silêncio devido à perceção de dever prestar proteção e apoio ao perpetrador. As pessoas idosas sentem-se frequentemente responsáveis pelo comportamento dos filhos, seguindo a ideia de que os filhos são um produto da forma como foram criados pelos pais. Isto suscita muitas vezes sentimentos de vergonha e, simultaneamente, vontade de cuidar do perpetrador (filhos ou familiares próximos). É importante encorajar as pessoas idosas a alterar essas perceções, no que diz respeito à perpetração de violência.

Depressão

Sintomas depressivos são frequentes em adultos idosos que têm mais dificuldade em aceitar as mudanças do envelhecimento, em compreender o seu papel na sociedade ou que experienciam solidão após a reforma. Na Europa, o número de pessoas a experienciar estas situações tende a aumentar com a idade. Cerca de 8% das pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos reportam ter depressão crónica (valores que variam desde 2,4% na Roménia a 20,7% em Portugal). O mesmo fenómeno é reportado por mais de



10% das pessoas com mais de 75 anos (variando de 3,1% a 17,1% nos mesmos países; Eurostat 2017). Em pessoas idosas institucionalizadas estas taxas são muito superiores. Um estudo conduzido na Alemanha revelou que quase 30% dos residentes em estruturas residenciais para idosos apresentam sintomatologia depressiva ligeira e outros 18% apresentam depressão. Cerca de 30% dos residentes tinham uma prescrição de antidepressivos, embora em alguns casos não houvesse um diagnóstico formal (Kramer 2009, Results).

Esta condição deve ser alvo de tratamento e não ser considerada normal devido ao grupo etário em questão. Além disso, deve salientar-se que existe uma forte associação entre os maus-tratos e a emergência de problemas de saúde física e mental como a depressão, podendo esta ser um resultado dos maus-tratos (Acierno et al., 2017). Depressão, ansiedade e stress pós-traumático são apontados como as mais frequentes consequências psicológicas dos maus-tratos. (Dong et al., 2013).

Estados depressivos aumentam a dificuldade das pessoas idosas em introduzir mudanças na sua vida, limita a sua atividade e, frequentemente, leva-as a assumir uma postura passiva em situações difíceis. Por vezes, a depressão está associada a um desamparo aprendido.

Esperança

Nos casos de violência doméstica é frequente encontrar o chamado ciclo de violência – o perpetrador, além dos dias em que comete atos violentos, tem dias melhores, em que trata bem a vítima, mostrando carinho e compreensão. Isto tende a prender a pessoa dependente à relação, alimentando falsas esperanças de futuras melhorias do perpetrador e da relação, e nutrindo a esperança de que os maus-tratos foram incidentes isolados e temporários e que em breve passarão. Esta dinâmica não está necessariamente presente em contextos institucionais.

Culpa

O comportamento típico do perpetrador envolve colocar a culpa na vítima. O comportamento violento deu-se porque a pessoa idosa “quer alguma coisa outra vez”, “não me dá sossego”, “sujou-se”, etc. As repetições constantes destas afirmações levam a pessoa que sofre maus-tratos a acreditar que se fosse diferente, mais eficaz, independente, ajudasse mais, a situação melhoraria – consequentemente, sentem que a culpa da situação de maus-tratos é sua.

Medo

Pessoas que sofrem maus-tratos e são dependentes do perpetrador têm medo das consequências de revelar situações de maus-tratos. Estas pessoas têm medo de:

- Rejeição total,
- A escalada das agressões,
- Retaliações por parte do perpetrador,
- Medo de ser colocado numa instituição, o que está frequentemente associado a perder acesso à sua residência, netos, etc.
- Falta de fundos, não ser independente, não ser capaz de se gerir financeiramente.

Necessidade de cuidado

A vulnerabilidade biológica e a maior fatalidade dos idosos são algumas das razões para a maioria dos casos de maus-tratos não serem identificados ou reportados. É estimado que uma em cada seis pessoas idosas sofra maus-tratos, mas apenas 4% dos casos são reportados (WHO). Adicionalmente, os maus-tratos são mais prevalentes em caso de défice cognitivo - 47% das pessoas idosas que sofrem maus-tratos têm demência (Couture et al. 2016, p. 2). Uma pessoa idosa vítima de maus-tratos que precise de cuidados, com demência e dependente está condicionada na forma como pode escapar de um ambiente violento – a institucionalização.

Dever de denunciar


Profissionais e cidadãos, de acordo com leis nacionais específicas, podem ser obrigados a reportar um crime, se dele tiverem conhecimento. Uma vez que as legislações variam de país para país, este assunto deve ser explorado a nível nacional.

4. RESPEITAR O DIREITO DA PESSOA IDOSA A NÃO FALAR

Compreensão

Se existe suspeita de que uma pessoa idosa sofre de maus-tratos, um profissional de saúde ou de apoio social deve comunicar com essa pessoa, providenciando apoio e ajuda. A maioria das vítimas mantêm-se em silêncio por sentir vergonha, medo, falta de apoio ou por ignorar os seus direitos. Frequentemente, as vítimas são pressionadas pelo perpetrador ou por familiares. O momento em que a pessoa idosa começa a comunicar as suas experiências pode ser muito difícil para ela; por isso é importante tratá-la com atenção e compreensão (Perttu & Laurola, 2020, p. 68).

Em primeiro lugar, o profissional dos cuidados de saúde ou de apoio social deve deixar claro que a pessoa idosa não tem culpa de ser alvo de uma situação de maus-tratos, de que o perpetrador é sempre o responsável pela violência. A compaixão do profissional de cuidados de saúde ou de apoio social podem ser decisivos para o processo de tomada de decisão da pessoa idosa. Informação sobre violência não pode ser dada e depois eliminada ou



esquecida. Um agressor que se sente impune age com crescente crueldade, o que pode colocar em risco a saúde ou até a vida da vítima.

O profissional deve encorajar a pessoa que sofre de violência e chamar a polícia em caso de emergência. O profissional não deve ter dúvidas se deve "interferir" na vida da outra pessoa, oferecendo os chamados "cuidados de primeira linha" (WHO, 2013) – sendo empático, conduzindo uma comunicação respeitosa ou fornecendo informações base que possam ser necessárias, pois as ações da pessoa idosa podem ser a única oportunidade de mudar a situação. Um profissional envolvido no processo de screening deve informar a pessoa idosa de que tanto a violência física como psicológica constituem crime e proceder à denúncia é a única forma de levar o perpetrador à justiça, isto se este for o desejo da vítima. O profissional deve indicar quais as entidades ou instituições que proporcionam apoio médico, psicológico ou legal de forma gratuita. É também útil se o profissional identificar uma figura de referência (familiar, vizinho, amigo da vítima) que encoraje a vítima a manter a sua decisão de proceder à denúncia. Este apoio não-institucional não deve ser esquecido e é, por vezes, mais importante do que as ações do profissional.

Os direitos básicos das pessoas que usam cuidados de saúde são descritos na Carta Europeia de Direitos dos Pacientes (Active Citizenship Network 2002). Este documento indica que o paciente tem, entre outros:

- O direito à informação,
- O direito ao consentimento,
- O direito à privacidade e confidencialidade,
- O direito à segurança.

5. PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS- TRAUMÁTICO (PTSD)

A perturbação pós-stress traumático (PTSD) é um transtorno psiquiátrico que inclui sintomas como pensamentos intrusivos, evitamento, alterações da cognição e humor e hiper vigilância. A exposição a um evento traumático, como os maus-tratos, pode estar relacionada com o desenvolvimento de PTSD. Contudo, a investigação nesta área é ainda escassa. Embora pareça existir uma relação entre os maus-tratos e PTSD, essa relação não é ainda completamente clara (Acierno et al., 2017). Mesmo assim, é importante aumentar a compreensão e o conhecimento sobre estratégias para lidar com a PTSD em pessoas idosas vítimas de maus-tratos (Choi et al., 2018).

Sintomas de PTSD

De acordo com o Royal College of Psychiatrists, a PTSD é um distúrbio de ansiedade causado por eventos muito stressantes, assustadores ou causadores de grande angústia. É uma condição de saúde mental caracterizada por uma experiência de um evento traumático, como tornar-se vítima de violência, com um impacto psicológico tão grave que prejudica a função normal durante um longo período de tempo. O choque emocional inicial, medo, ansiedade, tristeza e raiva podem diminuir ao longo dos meses subsequentes, mas a PTSD pode persistir durante décadas. Enquanto a pessoa que experiencia PTSD envelhece, não é incomum que os sintomas aumentem, surjam, diminuam e reapareçam.

A PTSD pode manifestar-se de forma diferente durante a idade avançada, como indicado por relatos mais frequentes de problemas de saúde, dor crónica e défice cognitivo entre adultos idosos quando comparados com jovens adultos com história de trauma. A relação entre os efeitos cumulativos do trauma e o stress pós-traumático pode tornar-se mais complexa com a idade. (Ogle et al., 2014)

Muitas pessoas sentem dor, depressão, ansiedade, culpa e raiva após uma experiência traumática. Para além desta compreensível reação emocional, há 3 sintomas principais da PTSD :

Flashbacks e pesadelos

Os flashbacks na PTSD podem ser tão realistas que se sente como se se estivesse a viver a experiência traumática novamente. Além de reviver a experiência mentalmente também se pode sentir as emoções e sensações físicas experienciadas aquando do evento – medo, suor, cheiros, sons, dor. Os flashbacks podem ser desencadeados por coisas comuns. Por exemplo, se alguém tivesse uma discussão violenta e tivesse de fugir à chuva, um dia chuvoso pode precipitar um flashback.

Evitamento e entorpecimento

Reviver uma experiência traumática vezes sem conta pode ser demasiado perturbador. Uma possível estratégia da pessoa para se distrair é manter a mente ocupada, perdendo-se num passatempo, dedicando-se ao trabalho, ou passando o seu tempo absorvido em palavras cruzadas ou puzzles. As pessoas que sofrem este tipo de perturbação tentam evitar lugares e pessoas que os lembram do trauma, e tentam não falar sobre o assunto. Também podem tentar lidar com a dor provocada por estes sintomas tentando não sentir nada - tornando-se emocionalmente “dormentes”. A pessoa opta por comunicar menos com outras pessoas que, por sua vez, têm dificuldade em viver ou trabalhar com alguém com estes sintomas. Comportamentos autodestrutivos como alcoolismo, abuso de substâncias, automutilação e tendências suicidas também podem surgir após a experiência de um evento traumático.

Manter-se em estado de “alerta”

A pessoa que experienciou eventos traumáticos pode manter-se alerta a toda a hora, como se estivesse constantemente à espera de perigo. São incapazes de relaxar. A isto é chamada

“hiper vigilância”. Estas pessoas sentem-se ansiosas e têm dificuldade em dormir. Outras pessoas poderão notar que o paciente com PTSD tem tendência a mostrar-se nervoso e irritável.

Outros sintomas de PTSD

dores musculares	mudanças de personalidade
diarreia	sentimentos de pânico e medo
batimentos cardíacos irregulares	beber muito álcool
dores de cabeça	uso de substâncias (incluindo analgésicos)
depressão	
insónia, despertares frequentes sintomas psicóticos	
impulsionados por PTSD	

A investigação mostra que as mulheres idosas podem estar em maior risco do que os homens de desenvolver PTSD derivado de violência sexual e física (Dietlevsen, N. & Elklit, A. 2010 para. 3). No entanto, as mulheres mais velhas são geralmente subdiagnosticadas e são mais frequentemente percebidas como sofrendo de depressão, ansiedade ou má saúde física em vez de PTSD. Foram encontradas maiores prevalências de PTSD em vítimas de maus-tratos emocionais (84.6% versus 52.4%) e maus-tratos físicos (46.2% versus 23.8%). (Sirey et al., 2018)

Mudanças nos papéis sociais e perdas funcionais (reforma, aumento dos problemas de saúde, redução do rendimento, perda de entes queridos, diminuição do apoio social, défice cognitivo, declínio funcional) podem tornar mais difícil para as pessoas de idade avançada lidar com memórias traumáticas. Para gerir sintomas de PTSD durante a idade adulta e meia-idade, os indivíduos podem recorrer a estratégias de coping de evitamento, por exemplo, o abuso de álcool. No entanto, a adaptação e resiliência podem desenvolver-se ao longo da vida e constituir uma importante fonte de recursos e estratégias de coping.

Avaliação e tratamento de PTSD

Quando se avalia a PTSD em pessoas idosas é importante proceder a uma avaliação completa do estado cognitivo (Kaiser et al., 2017). Também é importante inquirir sobre episódios traumáticos e sintomas, uma vez que as pessoas idosas têm tendência para minimizar a importância de eventos traumáticos experienciados há muito tempo.

O tratamento de PTSD normalmente envolve medicação e psicoterapia (Lancaster et al. 2016, Evidence-Based Treatments).

- **Psicoterapia.** No processo de recordar o evento que causou o trauma, discuti-lo e tentar compreendê-lo, a mente arquiva estas memórias como normal, para que a vida da vítima possa continuar.

- **Terapia cognitivo-comportamental (CBT).** Este tipo de terapia ajuda a mudar a forma como a vítima pensa sobre as suas memórias, de forma que gerem menos stress e de que lidar com elas seja mais fácil. As técnicas de relaxamento são geralmente usadas aqui para ajudar a lidar com a angústia gerada por memórias do evento que causou o trauma mais facilmente.
- **Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR).** Nesta terapia, o movimento ocular ajuda o cérebro a processar memórias recorrentes e a compreender o evento que causou o trauma.
- **Terapia de grupo.** Partilha com um grupo de pessoas que passaram por eventos similares ajudam a dissipar sentimentos de isolamento e solidão.
- **Medicação** pode incluir antipsicóticos, ansiolíticos e antidepressivos. Os antidepressivos reduzem a gravidade dos sintomas de stress pós-traumático e aliviam a sintomatologia depressiva. Se estas medidas se revelarem eficazes, devem ser prosseguidas durante cerca de um ano e, em seguida, lentamente interrompidas. Se os sintomas causam perturbações do sono e alteram a clareza do pensamento, sedativos podem ajudar, mas estes não devem ser tomados por mais de 10 dias, sempre de acordo com a prescrição médica.
- **Terapias centradas no corpo.** Fisioterapia, terapia craniosacral, massagens, acupuntura, reflexologia, yoga, meditação e tai chi podem permitir controlar o stress e reduzir os sentimentos constantes de alerta e tensão.

O médico deve criar um plano de tratamento personalizado para os sintomas únicos do paciente, incluindo fatores como a composição familiar e habitacional, possibilidades financeiras e nível de funcionalidade. Diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sugerem que terapias psicológicas centradas no trauma (CBT ou EMDR) devem ser tentadas antes de recorrer a medicação, sempre que possível.

Autocuidado e PTSD

As atividades de autocuidado utilizadas com pessoas idosas com PTSD podem ser similares às recomendações feitas a vítimas de violência, por exemplo, a elaboração de um plano de segurança, gerir e melhorar o estado emocional e lidar com o trauma de ser vítima. É importante salientar que não existe evidencia científica que apoie a sua utilização no PTSD. As atividades abaixo descritas também são aconselhadas a profissionais que trabalhem com vítimas de violência como forma de prevenir o burnout profissional (Perttu & Laurola, 2020, p. 85-86).

ESTRATÉGIAS ÚTEIS	ESTRATÉGIAS ERRADAS
reconhecer quando é necessário pedir ajuda profissional	culpar-se e preocupar-se – Os sintomas de PTSD não são um sinal de fraqueza, são uma reação normal.

<p>manter a vida o mais normal possível voltar à sua rotina habitual</p> <p>voltar ao trabalho (ou - se reformado – procurar uma ocupação ou passatempo)</p> <p>comer e fazer exercício regularmente, de acordo com as suas possibilidades</p> <p>falar sobre o que aconteceu com alguém em quem confia</p> <p>tirar tempo para estar com a família e amigos</p> <p>experimentar fazer exercícios de relaxamento</p> <p>voltar ao local onde o evento traumático aconteceu</p> <p>passar tempo na natureza – fazer atividades ao ar livre como caminhadas, caminhadas, ciclismo. Se precisar de apoio para sair, não hesite em pedir. (vizinhos, assistente social, cuidador, uma ONG, etc.)</p> <p>eliminar a sensação de desamparo, lembrar-se de que tem qualidades</p> <p>ajudar os outros, familiares ou pessoas necessitadas (por exemplo, doar sangue), tornar-se um voluntário, ser proativo</p> <p>ter cuidado ao conduzir – pode ter alterações ao nível da concentração</p> <p>ser mais cuidadoso no geral – acidentes são mais prováveis neste momento</p> <p>falar com um médico, um amigo, uma pessoa próxima</p> <p>manter a esperança de que vai melhorar</p>	<p>Esconder os seus sentimentos. O tratamento é geralmente bem-sucedido</p> <p>evitar falar sobre o assunto</p> <p>esperar esquecer tudo rapidamente. As memórias podem ficar durante algum tempo.</p> <p>esperar muito de si mesmo. Deixe-se adaptar ao que aconteceu</p> <p>afastar-se de outras pessoas</p> <p>beber muito álcool ou fumar mais</p> <p>ficar cansado</p> <p>saltar refeições</p> <p>tirar férias sozinho.</p>
---	--

Como ajudar uma pessoa com PTSD

Abaixo estão recomendações para amigos, parentes e colegas de vítimas de maus-tratos ou outros eventos traumáticos com as quais se pode ajudar a pessoa vitimizada na sua comunidade ou família.

FAÇA	NÃO FAÇA
<p>Manter-se alerta a quaisquer mudanças de comportamento – mau desempenho no trabalho, atraso, baixa por doença, acidentes ligeiros</p> <p>Manter-se alerta para a expressão de raiva, irritabilidade, depressão, falta de interesse, falta de concentração</p> <p>dar tempo ao sobrevivente de trauma para contar a sua história</p> <p>fazer perguntas gerais</p> <p>deixe falar, não interrompa o fluxo da história ou interrompa com as suas próprias experiências</p> <p>esteja presente, assegurando que pode confiar em si</p>	<p>dizer a uma vítima que sabe como se sentem - provavelmente não sabe</p> <p>dizer a uma vítima que têm sorte de estar vivo - podem não se sentir assim e não é uma forma empática de comunicar</p> <p>menosprezar a sua experiência ou sentimentos, "não pode ser assim tão mau..."</p> <p>recomendar que só precisam de "seguir em frente"</p> <p>julgar a pessoa ou as circunstâncias</p>

6. GERIR A REVELAÇÃO DE MAUS-TRATOS

As pessoas que prestam assistência a pessoas idosas devem dispor de informação básica sobre as instituições responsáveis pela prestação de assistência a este grupo. Na UE, os cuidados prestados às pessoas idosas são prestados através de dois sistemas complementares: os cuidados de saúde e o sistema de assistência social, apoiados por um terceiro sector – as organizações não governamentais e as organizações privadas com fins lucrativos.

Se a segurança da pessoa idosa estiver ameaçada, os profissionais de saúde e de assistência social devem agir o mais rapidamente possível para evitar o contacto com o alegado perpetrador. De acordo com os diferentes sistemas e regulamentos nacionais, isso pode incluir, por exemplo, a deslocação da vítima para um abrigo, a emissão de uma ordem de restrição para o agressor ou a implementação de um plano de segurança.

Há várias entidades que podem ser contactadas em caso de deteção/suspeita de violência e muitas delas oferecem apoio às vítimas de violência. Embora estas entidades possam variar consoante a área de residência da vítima, entre elas encontram-se:

A polícia

Em situações que ameaçam diretamente a vida ou a saúde da vítima, a polícia deve ser chamada. No caso de vítimas que não podem fazer uma chamada telefônica, recentemente têm sido desenvolvidas aplicações para facilitar o acesso do utilizador. Pode justificar-se verificar se alguma destas aplicações está disponível em cada contexto nacional.

Sistema de cuidados de saúde

Dentro do sistema de saúde, existem três tipos de serviços que podem estar envolvidos no apoio à vítima:

- **Serviços de emergência:** em situações que ameaçam diretamente a vida ou a saúde
- **Serviços da comunidade:** como o médico de família ou enfermeiros dos cuidados primários
- **Serviços especializados:** tais como centros de acolhimento residencial, centros de dia, serviços especializados de saúde física e mental

Assistência social/Segurança social

O serviço de segurança social pode oferecer apoio aos adultos idosos que sofrem maus-tratos através de uma variedade de modalidades, tais como:

- Subsídios/pensões
- Assistência ao domicílio
- Intervenção em crise e proteção
- Serviços especializados para vítimas de violência

Os profissionais que se dedicam a proporcionar ajuda, cuidados de saúde ou apoio social não devem ficar indiferentes perante um caso de violência, seja ele detetado por observação, intuição, informações de terceiros, ou screening. Quando se trata da vida ou saúde de outra pessoa, profissionais devem agir de forma razoável, racional e decisiva para proteger a vítima. Como mencionado anteriormente, a intervenção profissional pode ser guiada por leis e/ou práticas de denúncia vigentes na sua própria instituição.

7. PLANO DE SEGURANÇA

Desenvolver um plano de segurança é um método para lidar com ameaças ou outra forma de violência. Graças à preparação e desenvolvimento de um plano de segurança personalizado, uma pessoa idosa que sofra de maus-tratos tem um guião de como se comportar numa situação de violência dirigida contra si ou contra as pessoas que lhe são próximas. Por outras palavras, a preparação de um plano de segurança pode ajudar a reduzir o risco de uma vítima ser ferida por um agressor.

Algumas das medidas de um plano de segurança podem parecer óbvias, mas, em momentos de crise e situações de elevado stress, uma lista de passos a seguir ajuda a agir de forma clara e lógica. Abaixo é apresentado um quadro que contém um exemplo de passos úteis para criar um plano de segurança.

Deve salientar-se que nenhum item do plano de segurança pode desencadear novos eventos de maus-tratos; por exemplo, o saco descrito no ponto 3 (quadro abaixo) só é útil se não houver absolutamente nenhuma hipótese de ser encontrado pelo perpetrador, uma vez que encontrá-lo pode desencadear um novo evento violento.

Plano de segurança emocional e autocuidado

- A segurança física é importante, mas também é importante cuidar do bem-estar emocional. Planear a segurança emocional é desenvolver um plano que ajude a aceitar diferentes emoções e decisões, um plano que ajude a construir resiliência para lidar com o impacto dos maus-tratos. Alguns conselhos para pessoas idosas que sofrem maus-tratos incluem:
 - Procure o contacto com pessoas solidárias
 - Trabalhe para objetivos bem definidos e exequíveis
 - Crie um lugar físico tranquilo onde possa relaxar e sentir-se seguro
 - Lembre-se que é especial e importante.
 - Seja gentil consigo mesmo.
 - Pratique atividades de autocuidado, ou seja: manter um diário pessoal, ler um livro, dar um passeio, tomar um café, tricotar, pintar, assistir ao seu programa preferido, ouvir rádio/ ou música preferida, cozinhar, rezar, acariciar um animal de estimação, cantar, etc.

Medidas para a criação de um Plano de Segurança em casos de violência doméstica (Centre for Family Support, 2021)

1. Prepare uma lista de números de emergência para manter consigo (Polícia, amigos, ambulância, etc.).
2. Identifique lugares para onde ir se tiver que sair de casa, mesmo que pense que tal nunca vai acontecer.
3. Prepare um saco com coisas que acha necessárias e guarde-o num local acessível a si, desconhecido para o agressor, onde consiga aceder a ele rapidamente. Certifique-se de que não há hipótese de o agressor encontrá-lo, uma vez que encontrar o saco pode despoletar um novo evento de maus-tratos.

Itens que se recomenda guardar:

- ◆ ◆ Identificação, passaporte, carta de condução ◆ dinheiro, cartões bancários ◆ telemóvel
- ◆ chaves de casa, carro, trabalho ◆ medicação, receitas médicas ◆ informação sobre seguros

◆ certificado de habilitações ou de trabalho, boletim de saúde dos filhos/netos importantes

◆ números de telefone/endereços importantes

◆ certificados de nascimento dos filhos/netos e certificado de casamento

◆ roupas, roupa interior.

4. Informe os seus parentes próximos, família, vizinhos, etc. sobre a sua situação. A ajuda deles é muito importante. Peça-lhes para chamar a polícia quando a sua segurança estiver em perigo.

5. Combine com os seus vizinhos e amigos um sinal específico que os informará de que você e os seus filhos/netos estão em perigo e que necessita de ajuda ou de que seja chamada a Polícia.

6. Fale com os seus filhos/netos que possam estar envolvidos - devem estar preparados para possíveis eventos violentos. Ensine-os a chamar a polícia e dar sinais aos seus vizinhos. Combine com eles um sinal que indique que é necessário pedir ajuda.

7. Reflita sobre como é que o perpetrador se comporta e reage antes de eventos de violência: identificar os sinais da violência iminente (o que diz, como se comporta sob a influência do álcool, qual é a sua expressão facial, que gestos faz, se aparecem quaisquer pensamentos obsessivos, etc.), e o que pode fazer para desarmar a situação.

8. Faça uma cópia dos documentos que são importantes para si e mantenha-os num lugar inacessível para o agressor, por exemplo, com amigos de confiança; o agressor, tendo os seus documentos, pode tentar destruí-los ou usá-los contra si.

9. Abra a sua própria conta bancária. Dessa forma poderá gerir o seu dinheiro.

10. Pense em várias razões plausíveis para sair de casa a diferentes horas do dia ou da noite. Ex. ida à mercearia, passar tempo com amigos, ficar mais tempo no trabalho, fazer recados.

11. Se possível, pratique como sair de casa em segurança, incluindo os seus filhos/netos, se viverem consigo. Vai usar portas, janelas ou escadas? Verifique a rota de fuga para que saiba se será utilizável para si no momento de um ataque e garantir que sai de casa o mais rápido possível.

12. Planeie o que fazer se o perpetrador tomar conhecimento do seu plano.


13. Se possível, mantenha armas trancadas e guardadas de forma o mais inacessível possível.

15. Tenha cuidado de como roupa ou joalharia podem ser usadas para magoá-lo fisicamente. Evite usar lenços ou jóias que possam ser usados para lhe fazer mal.

16. Mantenha o seu carro abastecido e em posição que lhe dê uma saída fácil. Se possível, mantenha a porta do condutor destrancada com o resto das portas trancadas para permitir um rápido acesso ao veículo.

17. Se a violência for inevitável, faça-se o mais pequeno possível, fisicamente. Mova-se para um canto e enrosque-se numa bola com o rosto protegido e braços em torno de cada lado da cabeça, com os dedos entrelaçados.

8. RISCO DE BURNOUT PROFISSIONAL — ALGUMAS PALAVRAS PARA OS PROFISSIONAIS



Trabalhar com pessoas idosas que são ou podem ser vítimas de violência pode gerar sentimentos ambivalentes:


- não ter competências ou apoio adequados para lidar com um determinado caso/situação
- falta de autoconfiança dos profissionais de saúde e do setor social na sua capacidade de reagir de forma eficaz à suspeita de maus-tratos
- sentir-se todo-poderoso, acreditar que sabe tudo sobre como reagir e o que fazer
- confusão – raiva que resulta em desamparo e frustração devido a:
- não haver resultados evidentes dos esforços desenvolvidos,
- serviços de apoio inadequados ou não existentes, sem soluções simples e rápidas
- o tempo que leva para ouvir e apoiar,
- falta de cooperação da pessoa idosa
- a recorrência da violência devido à vítima voltar para junto do perpetrador
- atitude e comportamento superprotetor do profissional
- retração
- medo (do perpetrador)
- empatia, simpatia, internalização dos sentimentos e sofrimento da vítima.

Estratégias de apoio aos profissionais no screening de maus-tratos

Os supervisores clínicos e os assistentes sociais devem ter um nível significativo de **formação** no que diz respeito não só ao screening de maus-tratos a idosos, mas também à gestão deste tipo de situação. No mesmo sentido, os instrumentos e procedimentos desenvolvidos para cuidados de saúde e domiciliários não devem apenas abranger screening, mas também intervenções relacionadas com os maus-tratos a pessoas idosas.

O processo de screening requer uma combinação de conhecimento psicossocial, médico e legal, que pode variar consoante o contexto e também pode ter impacto na interpretação dos resultados. Seria muito útil **fornecer orientações específicas**, bem como apoio/recursos organizacionais e de recursos humanos. O processo de screening deve ser abrangente e ajudar a desenvolver intervenções centradas na pessoa, dentro de um contexto de supervisão clínica. O procedimento deve abordar questões sobre: como fazer o screening, que perguntas para fazer ao cliente/paciente ou à família, e como intervir. A implementação de procedimentos de screening tem não só o potencial de apoiar as vítimas (após a revelação), como também de aumentar a sensibilidade dos profissionais para os sinais mais subtis de maus-tratos.

Em investigação sobre a prática e implementação do processo de screening, alguns profissionais reportaram “não documentar as informações por questões de



confidencialidade e pouca clareza dos procedimentos” (Couture et al. 2016, p. 17). Em focus-group foi referido que manter uma relação de confiança é mais importante para alguns profissionais de cuidados sociais e de saúde do que discutir os maus-tratos com as potenciais vítimas. Nessas situações, ter um procedimento e formação que verse sobre as questões da confidencialidade auxilia na adequada implementação dos procedimentos de screening, garantindo que estes não estão enviesado por crenças ou limitados pelas competências dos profissionais.

Outra preocupação identificada na investigação é a utilização não sistemática dos instrumentos de screening, especialmente por profissionais com mais experiência que afirmam conseguir identificar os sinais de violência sem precisarem de recorrer a um conjunto de questões. Simultaneamente, a estrutura e apoio proporcionado por um instrumento de screening ajuda a apoiar os profissionais com menos experiência.

Para além dos fatores anteriormente referidos sobre a organização e ambiente contexto laboral, instituições de apoio social ou de cuidados de saúde que pretendam implementar de forma eficaz um procedimento de screening devem considerar a **supervisão regular** como uma ferramenta para prevenir e lidar com potencial trauma (Powell et al., 2015, Discussion).

A supervisão pode ter os seguintes formatos:

- formação sobre o procedimento de screening adotado
- supervisão contínua
- avaliação de casos por cada assistente social/profissional de saúde
- reuniões de supervisão individual (30 minutos por semana) com os supervisores para discussão de casos.

A supervisão bem conduzida deve resultar num maior conhecimento sobre maus-tratos a pessoas idosas e os seus fatores de risco e uma maior perceção de competência para lidar com casos de maus-tratos. Devem ser criados novos planos de intervenção para apoiar clientes/pacientes, especificamente direcionados para os maus-tratos, e a sua implementação deve ser coordenada com outras instituições e serviços de forma natural.

Atividades de aprendizagem ativa

Conjunto de exercícios que podem ser utilizados para aplicar de forma prática os conteúdos teóricos deste módulo.

EXERCICIO 1 - CORTEJO DE POST-ITS

Objetivo do exercício: ajudar os participantes a empatizar consigo mesmos.

Material necessário: post-its

Instruções: dar vários post-its aos participantes. Peça-lhes para escrever todos os sentimentos e situações que possam ser experienciadas por um profissional a trabalhar com potenciais vítimas de violência no seu país, organização, cultura ou sistema de apoio. Peça-lhes para usar um post-it para cada sentimento ou situação que lhes ocorra.

O formador recolhe as notas à medida que vão sendo escritas e coloca-as numa parede/quadro, agrupando-as em categorias.

As respostas proporcionadas pelo grupo são discutidas em grupo e o formador complementa a discussão conforme necessário.

EXERCÍCIO 2 - JOGO "REPLAY"

Objetivo do exercício: rever o conteúdo do módulo

Material necessário:

- Uma lista de 8 a 12 perguntas abertas para repetir ao grupo.
- Um quadro com o padrão mostrado à direita.
- Um medidor de tempo (por exemplo, o cronómetro num smartphone).
- Dois cartões com cores que permitem ao grupo mostrar as respostas “sim” ou “não”.
- Um pequeno prémio para a equipa vencedora (recomendado, mas não necessário).

Challenges of working with abuse victims									
1	2	3	4	5					
6	7	8	9	10					
Team A Team B									
Points Points									

Instruções: O formador informa os participantes sobre as seguintes regras:

- As equipas fazem turnos para escolher um número de pergunta.
- A resposta a cada uma das perguntas vale 1 ponto. Há 3 perguntas de bónus que valem 2 pontos.
- Depois de a pergunta ser lida pelo líder, a equipa tem 20-30 segundos para preparar uma resposta.
- A segunda equipa ouve a resposta e pondera sobre ela, segurando os cartões com “sim” e “não”. Um cartão “sim” significa que concordam com a resposta. O cartão “não” significa que a resposta não está completamente correta.
- Se os adversários adicionarem informações importantes, as equipas dividem o ponto dessa questão.

- Se os adversários corrigiram um erro significativo na resposta da equipa que respondeu – eles ficam com a pontuação toda.
- Independentemente do resultado, a próxima questão é escolhida pela segunda equipa.
- A equipa vencedora recebe um aplauso e um pequeno prémio do líder.

Lembre-se que o objetivo mais importante do jogo não é ganhar ou divertir-se, mas rever o material de forma eficaz. Portanto, o formador avalia os méritos da resposta, não hesita em preencher a informação em falta, de forma breve e rápida, de modo a não perturbar a dinâmica do jogo.

Nota para o formador: As questões para a revisão do material devem assumir a forma de uma pergunta aberta ou de um pedido para fornecer um determinado número de características ou nomear todos os elementos de uma lista. Escolha 3 perguntas para ser as perguntas de bónus.

Exemplos de questões:


1. O que podem os governos fazer (ou melhorar) para prevenir os maus-tratos a pessoas idosas? Dê pelo menos 3 ideias. Ganha pontos extra se enumerar mais estratégias – pergunta bónus.
2. Quais são os sintomas de PTSD? Nomeie os 3 principais grupos.
3. Dar 5 exemplos de técnicas de autocuidado emocional.
4. Liste 5 sentimentos diferentes que podem impedir uma pessoa idosa de divulgar uma situação de maus-tratos.
5. Nomeie pelo menos 7 passos para a criação de um plano de segurança (questão bónus).
6. Durante o screening descobriu que o seu paciente idoso sofre maus-tratos. Quais podem ser os seus primeiros 3 passos para gerir esta divulgação?
7. Que acusações pode um agressor enfrentar uma vez feita a denúncia? Nomeie 3 para ganhar um ponto, ou pelo menos 6 para obter um ponto de bónus.
8. Quais são os direitos básicos de saúde de acordo com a carta de direitos dos pacientes da UE?
9. Nomeie pelo menos 3 tipos de terapia para a PTSD.
10. Dê exemplos de pelo menos 3 coisas que uma pessoa não deve dizer a uma pessoa idosa que sofra de maus-tratos e PTSD.

References

1. Active Citizenship Network 2002, *European Charter of Patients' Rights*, viewed 30 May 2021,

- https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf
2. Centre for Family Support, viewed May 30th, 2021, http://centrumwsparciarodziny.pl/images/przemoc/plan_bezpiecze%C5%84stwa.pdf
 3. Couture, M, Soulièreset, M, Israël, S & Sasseville, M 2016, 'Implementing a Systematic Screening Procedure for Older Adult Mistreatment Within Individual Clinical Supervision: Is It Feasible?', *Journal of Interpersonal Violence*, 1–21, doi: 10.1177/0886260516662851.
 4. Dietlevsen N & Elklit A 2010, 'The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder?', *Annals of General Psychiatry* 9, 32, doi: 10.1186/1744-859X-9-32
 5. European Institute for Gender Equality 2019, viewed 12 September 2021, <https://eige.europa.eu/publications/sexism-at-work-handbook/part-1-understand/what-sexism>
 6. Eurostat 2020, *Mental health and related issues statistics 2020*, viewed 12 September 2021, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics
 7. Chang, ES & Levy BR 2021, 'High prevalence of elder abuse during the COVID-19 pandemic: risk and resilience factors', *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, doi: 10.1016/j.jagp.2021.01.007
 8. Choi, Y. J., O'Donnell, M., Choi, H. B., Jung, H. S., & Cowlshaw, S. (2018). Associations among elder abuse, depression and PTSD in South Korean older adults. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1948.
 9. Stowarzyszenie INTRO and Wrocław Commune, Kampania Przemoc (Campaign: Abuse) 2021, viewed 20 May 2021, https://www.kampaniaprzemoc.pl/przemoc_wobec_osob_starszych.php
 10. Killick, C & Taylor, BJ, 2009, 'Professional decision making on elder abuse: Systematic narrative review.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21, 211-238. doi: 10.1080/08946560902997421
 11. Kramer, D et al. 2009, 'Depression in nursing homes: prevalence, recognition, and treatment', *International Journal of Psychiatry Medicine*, 2009;39(4):345-58, doi: 10.2190/PM.39.4.a
 12. Lancaster, C L., Teeters, J B., Gros, D F., Back S E, 2016, 'Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment', *Journal of Clinical Medicine*, 5 (11), doi: 10.3390/jcm5110105
 13. National Domestic Violence Hotline, viewed 31 May 2021, <https://www.thehotline.org/create-a-safety-plan/>
 14. Perttu, S & Laurola, H, 2020, 'How to Identify and Support Older Victims of Abuse. A training handbook for professionals, volunteers and older people', Tartu, Estonia, viewed 20 May 2021, https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/Tisova_Training-handbook_ENG.pdf

15. Polish Government Portal, Help for people affected by domestic violence, viewed 31 May 2021, <https://www.gov.pl/web/gov/skorzystaj-z-pomocy-dla-osob-dotknietych-przemoca-w-rodzynie>
16. Powell, BJ, Waltz, TJ, Chinman, MJ, Damschroder, LJ, Smith, JL, Matthieu, MM, Kirchner, JE, 2015, 'A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project.' *Implementation Science*, 10, Article 21, viewed 20 May 2021, <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-015-0209-1>
17. Royal College of Psychiatrists, Public Education Committee, 2015, viewed 30 May 2021, <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/post-traumatic-stress-disorder?searchTerms=post%20traumatic>
18. Schmeidel, AN, Daly, JM, Rosenbaum, ME, Schmuck, GA & Jogerst, GJ, 2012, 'Healthcare professionals' perspectives on barriers to elder abuse detection and reporting in primary care settings.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 17-36, doi: 10.1080/08946566.2011.608044
19. Sirey, J., Scher, C., & Solomonov, N. (2018). PTSD AMONG ELDER ABUSE VICTIMS WITH DEPRESSED MOOD. *Innovation in Aging*, 2(Suppl 1), 989.
20. Stolee, P, Hiller, LM, Etkin, M. & McLeod, J, 2012 "Flying by the seat of our pants": Current processes to share best practices to deal with elder abuse.' *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 179-194.
21. Szukalski, P, 2009, 'Ageizm – przejawy indywidualne i instytucjonalne' ('Ageism - individual and institutional manifestations') in Halicka M, Halicki J & Czykier K. (ed), *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy. (Adult and senior man in a situation of violence)*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, pp. 59-68.
22. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, World Population Ageing 2020 Highlights, 2020, viewed 12 September 2021, https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_messages.pdf
23. Violence Against Women and Girls (VAWG) Resource Guide | Brief on Violence Against Older Women, 2016, viewed 12 September 2021, https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/vawg_brief_on_older_women.pdf
24. WHO, <https://www.who.int/health-topics/elder-abuse>
25. WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
26. WHO, 2013, Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines, viewed 1 September 2021, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf;jsessionid=FC840BCE28885E4120EB13558CF6FDEE?sequence=1

A decorative graphic at the top of the page consists of a thick, dark purple horizontal bar on the left that tapers and curves upwards to the right, ending in a dark purple rectangular shape. A lighter purple bar continues horizontally from the right side of the dark purple rectangle.

27. WHO. (2015). World report on ageing and health. Geneva: Author. See also: Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-246.

Avaliação da aprendizagem

Pode utilizar as seguintes perguntas para avaliar a aprendizagem dos formandos. As respostas corretas são sublinhadas.

1. Os elementos-chave na maioria das definições de maus-tratos a pessoas idosas são: ações e omissões por parte de um perpetrador que causem danos ou criem um sério risco de dano a uma pessoa idosa frágil e vulnerável. O agressor pode ser um cuidador ou outra pessoa de confiança para a pessoa idosa. Verdadeiro ou Falso?

2. Quedas e ferimentos inexplicáveis, fraturas de causas indeterminadas, queimaduras e hematomas em locais incomuns ou de tipo incomum, cortes, marcas de restrição física, marcas na pele sugerindo que o indivíduo pode ter sido amarrado, são considerados sinais de abuso físico. Verdadeiro ou falso?

3. Quais dos seguintes são fatores de risco para os maus-tratos?

- a) Dependência ou deficiência do adulto idoso
- b) Problemas de saúde mental no adulto idoso
- c) Ser mulher
- d) Falta de apoio ou formação para cuidadores
- e) Todas as anteriores

4. O termo "questionamento de rotina" refere-se à investigação da violência de parceiros íntimos sem utilizar os critérios de saúde pública de um programa completo de screening. Verdadeiro ou Falso?

5. Um resultado positivo no screening de maus-tratos significa:

- a) estão, garantidamente, a ocorrer maus-tratos
- b) é necessário recolher mais informação
- c) a pessoa não é vítima de maus-tratos

6. Detetar maus-tratos em pessoas idosas com demência, quando comparado com pessoas sem demência, é:

- a) mais difícil

- b) mais fácil
- c) não há diferenças

7. De que formas pode ser dado consentimento para um questionamento de rotina/screening?

- a) Apenas explicitamente
- b) apenas implicitamente
- c) tanto explicitamente e implicitamente

8. Durante um procedimento de screening/questionamento de rotina, o entrevistador (o profissional) tem o "dever de denunciar" em todos os casos. Verdadeiro ou Falso?

9. Ao documentar respostas a perguntas abertas, o entrevistador deve fazê-lo em *verbatim*. Verdadeiro ou falso?


10. Quais são os principais sintomas da perturbação pós-stress traumático (PTSD)?

- a) Flashbacks e pesadelos
- b) Evitamento e entorpecimento
- c) Ficar “alerta”
- d) Todas as anteriores

11. Quais das atividades abaixo são bons exemplos de autocuidado emocional?

- a) ajudar os outros, os seus parentes e pessoas necessitadas (por exemplo, doar sangue), fazer voluntariado, tornar-se proativo, passar tempo na natureza – fazer atividades ao ar livre
- b) afastar-se de outras pessoas; experimentar exercícios de relaxamento; tirar férias sozinho
- c) ter tempo para estar com a família e amigos; comer e exercitar-se regularmente de acordo com as suas possibilidades; beber muito álcool ou café ou fumar mais
- d) esconder os seus sentimentos, evitar falar sobre o assunto

12. Qual dos sentimentos abaixo pode impedir uma pessoa idosa de divulgar eventos de maus-tratos?

- 
- a) Preocupação com o agressor ou vergonha
 - b) Culpa
 - c) Esperança
 - d) Medo
 - e) Todas as anteriores

