



GUIDELINES PARA O SCREENING DE MAUS-TRATOS A PESSOAS IDOSAS

2020-1-PL01-KA202-081643



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

WWW.PROJECTSAVE.EU



Autores

Este documento foi elaborado pela equipa Portuguesa do Projeto SAVE:

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

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

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

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

Com base no documento original do parceiro Finlandês do Projeto:

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

Declaração de interesses:

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

ÍNDICE

Enquadramento.....	5
Porque é que os maus-tratos ou violência contra as pessoas idosas são um problema de saúde?.....	5
Obstáculos vivenciados pelas pessoas idosas para reportar as suas experiências de violência.....	6
Obstáculos identificados pelos profissionais para perguntar sobre violência doméstica.....	6
A violência contra as pessoas idosas é uma violação dos direitos humanos e civis dos cidadãos.....	7
Ética profissional nos cuidados sociais e de saúde.....	7
Ética profissional e stress ético.....	8
O que sabemos sobre o impacto da pandemia COVID-19 nos maus-tratos a pessoas idosas?.....	8
Ética profissional e violência contra as pessoas idosas.....	8
Realização de screening de maus-tratos.....	9
Orientações gerais para as entrevistas de screening.....	9
Enquadramento do Índice de Suspeita de Abuso de Idosos (EASI ©).....	9
Respostas que suscitam preocupação/levantam suspeita.....	10
Questões da EASI e a sua Avaliação.....	10
H-S/EAST.....	11
Se as respostas suscitarem suspeita/preocupação.....	11
Protocolo de atuação, de acordo com o Manual de Boas práticas da Direção Geral de Saúde.....	11
Sigilo Profissional e obrigatoriedade de denúncia.....	12
Quando suspeita que a pessoa não tem capacidade para tomar decisões.....	13
Procedimento para o Screening Piloto de Maus-Tratos a pessoas idosas em Portugal.....	14
Instrumentos de screening.....	14
Profissionais que participam no screening.....	14
Público-alvo do screening.....	14
Objetivo do uso sistemático de instrumentos de Screening.....	14
Formulários do screening (piloto).....	14
Consentimento para perguntar sobre abuso.....	15
Colleita de dados.....	16
Bibliografia.....	17
Anexos.....	19



Enquadramento

Porque é que os maus-tratos ou violência contra as pessoas idosas são um problema de saúde?

O envelhecimento da população é um acontecimento global que também afeta Portugal. De acordo com as previsões para 2030, 27% da população Portuguesa terá mais de 65 anos (Pordata, 2011). A população nas faixas etárias mais velhas está a crescer. Isso significa um aumento no número de idosos e, por consequência, uma maior pressão nos serviços de Saúde.

De acordo com uma pesquisa global (Yon, et al., 2017) e a Lancet Global Health (2017), estimou-se que 15,7% dos idosos com mais de 60 anos que vivem em casa sofrem de violência psicológica, física, sexual ou financeira ou negligência, a cada ano, embora com variação entre os continentes. Na Europa, a prevalência foi estimada em 15,4%.

Estudos demonstram que a violência aumenta o recurso ao hospital pelas vítimas e acelera a sua entrada em lares de idosos (Lachs et al. 2002; Dong & Simon, 2013); aumenta o risco de morte prematura (Lachs et al., 2018; Mouton, 2003; Dong, 2009; Dong et al. 2011; Schofield et al., 2013) e provoca ideação suicida e tentativas de suicídio (Barron, 2007; Lazenbatt et al. 2010; Olofsson et al., 2012). Prevê-se que a taxa de violência contra os idosos aumente (OMS, 2017; OMS 2021), o que coloca desafios aos serviços sociais e de saúde para identificarem a violência e ajudarem as vítimas e as famílias (OMS, 2017).

As pessoas idosas constituem um grande grupo de utilizadores dos serviços de saúde, razão pela qual é fundamental o papel dos profissionais de saúde na identificação da violência e negligência contra as pessoas idosas. No entanto, a identificação pode ser um processo complexo e demorado e requer colaboração multiprofissional. A saúde foi identificada como um dos principais serviços na identificação da violência doméstica e maus-tratos a pessoas idosas, juntamente com o serviço social e as forças de segurança. Pode haver vários pontos de partida e processos para identificar os maus-tratos. Os mais comuns são:

- a pessoa idosa conta a alguém por iniciativa própria;
- uma denúncia é enviada às autoridades;
- há suspeita de violência ou esta é identificada num procedimento de screening (Fundinho et al., 2021)

Esta guideline refere-se ao screening utilizando o Índice de Suspeita de Abuso de Idosos © (EASI) ou o Hawlek-Sengstock Elder abuse screening test (H-S/EAST) para o despiste de violência e negligência contra idosos. Os entrevistadores devem considerar as barreiras vivenciadas pelas pessoas idosas na denúncia de maus-tratos, a garantia dos direitos humanos e civis, bem como as diretrizes legais e éticas obrigatórias para os profissionais.

Obstáculos vivenciados pelas pessoas idosas para reportar as suas experiências de violência

Os obstáculos vivenciados pelas pessoas idosas para reportar as suas experiências de violência, são:

- O potencial agressor estar presente
- Pode ser difícil para uma pessoa idosa consciencializar-se e reconhecer a situação em que vive como violenta
- Medo do agressor
- Medo de retaliação pelo agressor, por denunciar a situação
- A pessoa idosa quer proteger um membro da família, de sanções legais, por exemplo, especialmente se o agressor for filho da vítima
- Vergonha de revelar, em particular a violência sexual, pode ser mais difícil para uma pessoa mais velha do que para uma mais jovem
- Em algumas culturas, os assuntos familiares são considerados privados e não é aceitável nem encorajado falar sobre eles a terceiros
- A pessoa idosa teme que, para ficar segura, tenha que ser institucionalizada e perder o seu lar
- Sentimento de desesperança vivenciado pelas pessoas idosas em relação às possíveis soluções
- A pessoa idosa sente culpa pela situação, pois não não foi capaz, por exemplo, de educar melhor o agressor ou protegê-lo quando ele era criança
- A crença de que o agressor se está a vingar ou retribuir comportamentos ou circunstâncias anteriores da família (Schmeidel et al., 2012).

Obstáculos identificados pelos profissionais para perguntar sobre violência doméstica

Obstáculos identificados pelos profissionais para perguntar sobre violência doméstica, são relacionados com os utentes e com os próprios profissionais (Koistinen et al., 2015):

Utentes

- Protegem o agressor
- Não admitem ter sido vítimas de violência quando questionados
- Não querem falar do assunto (especialmente se o agressor estiver presente)
- Referem que o motivo que os levou a procurar os cuidados de saúde não foram os maus-tratos

Profissionais

- Falsa crença de que as vítimas de violência doméstica têm características diferentes das pessoas “comuns” que facilitam sua identificação: demonstram medo, vergonha, tristeza, exaustão e falta de respeito próprio; têm problemas de saúde mental e de abuso de substâncias
- Falta de suporte organizacional; não há instruções ou suporte de um mentor
 - A mentoria é um método no qual uma pessoa mais experiente compartilha os seus conhecimentos, habilidades e experiência com um profissional menos experiente para ajudá-lo a progredir na sua profissão.
- Não saber se o local de trabalho tem diretrizes
- Rotatividade de profissionais

- Trabalhar com casos de violência doméstica causa emoções desconfortáveis e sobrecarga mental aos profissionais
- As próprias experiências de violência doméstica (dos profissionais) dificultam a intervenção
- Perguntar sobre a violência é uma questão delicada se o paciente apresenta outro motivo que não a violência para recorrer ao serviço - as vítimas de violência usam os serviços de saúde até 80% mais do que a restante população - menos de 1% das vítimas que procuram tratamento são identificados na área da saúde (Siltala, 2021).

A violência contra as pessoas idosas é uma violação dos direitos humanos e civis dos cidadãos

- Os direitos humanos são baseados em tratados internacionais e os direitos civis são baseados na legislação nacional, como a Constituição Portuguesa.
- A Declaração Universal dos Direitos Humanos é o mais importante instrumento global de direitos humanos, segunda a qual todos têm direito à proteção contra a discriminação, por exemplo, pela idade ou género.
- A Organização das Nações Unidas consagra o direito de ser tratado com justiça, independentemente de idade, sexo, raça ou etnia, deficiência ou outro status, e de ser valorizado independentemente do seu rendimento (resolução 46/91 de 16 de dezembro 1991).
- A nível Europeu, o instrumento mais importante dos direitos humanos é a Convenção Europeia de Direitos Humanos que entrou em vigor em 1953.
- Os Estados Membros devem proteger os idosos da violência, abuso e negligência intencional ou não intencional. Essa proteção deve ser garantida independentemente de ocorrer em casa, numa instituição ou noutra lugar (Conselho da Europa, 2014).
- A Carta Social Europeia refere explicitamente a idade como motivo proibido de discriminação. Os idosos têm direito à protecção social, incluindo aos serviços de saúde e outros serviços públicos requeridos pelo seu estado de saúde (Carta Social Europeia, 2002).
- Em Portugal, o cumprimento dos direitos humanos é supervisionado e promovido pela Comissão Nacional para os Direitos Humanos, na dependência do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

Ética profissional nos cuidados sociais e de saúde

- As orientações e princípios éticos profissionais visam garantir o respeito dos direitos da pessoa idosa
- A ética profissional é baseada no conhecimento profissional e na filosofia das Instituições
- As normas éticas e deontológicas emanadas pelas Ordens Profissionais pautam a conduta e atuação dos seus membros
- As Comissões de Ética são obrigatórias nas Instituições de saúde do setor público, privado e social e têm por missão contribuir para a observância de princípios da ética e da bioética na atividade da instituição, na prestação de cuidados de saúde e na realização de investigação clínica, em especial no exercício das ciências da saúde, à luz do princípio da dignidade da pessoa



humana, como garante do exercício dos seus direitos fundamentais, bem como a integridade, confiança e segurança dos procedimentos em vigor na respetiva instituição.

Ética profissional e stress ético

- A orientação para o cliente é a base das questões éticas
- As situações eticamente desafiadoras mais frequentes estão relacionadas com experiências de tratamento inadequado de utentes
- O stress ético causa um desequilíbrio entre os requisitos do trabalho e os recursos percebidos
- A intensidade de trabalho leva a cuidados mais pobres do que a ética profissional pessoal permitiria
- O stress ético é um fator de risco para a exaustão e ceticismo no trabalho
- A ameaça de violência no trabalho também representa um peso acrescido para os profissionais

O que sabemos sobre o impacto da pandemia COVID-19 nos maus-tratos a pessoas idosas?

- O aumento dos fatores de risco para maus-tratos e violência doméstica foi observado nos serviços sociais e de saúde
- A Associação Portuguesa de Apoio à vítima abriu, em 2020, 1814 processos por violência contra idosos, o número mais elevado, num único ano, desde 2013.
- Entre os idosos a atividade física diminuiu e as alterações de sono e os pesadelos aumentaram
- A capacidade funcional de idosos previamente ativos deteriorou-se
- Em particular, as pessoas com mais de 80 anos sofreram os efeitos negativos da pandemia
- A procura de serviços sociais e de saúde devido a abuso e problemas de saúde mental aumentou
- O risco de abuso também aumentou pelo encerramento de serviços como os centros de dia ou outros
- De acordo com os dados preliminares, o número de casos de violência doméstica aumentou 12% nos estágios iniciais da pandemia (janeiro a junho de 2020). Portanto, pode-se supor que os maus-tratos a pessoas idosas também tenham aumentado, embora não existam dados comparativos atualmente disponíveis.
- As vítimas de violência doméstica e maus-tratos, geralmente procuram ajuda mais tardiamente após a situação violenta, razão pela qual o aumento da necessidade de apoio pode não se refletir na procura dos serviços, até meses ou anos depois.

Ética profissional e violência contra as pessoas idosas

- O conflito ético pode ser devido a uma pessoa idosa, vítima de violência que pode perder o seu único ente querido por causa da intervenção na violência. Os profissionais podem ter que tomar decisões difíceis, cujas consequências devem ser avaliadas no interesse das pessoas idosas.
- As pessoas idosas devem ser tratadas como pessoas que têm a capacidade de cuidar de si mesmas e tomar as suas próprias decisões. Para entender e tomar decisões informadas, elas precisam de apoio e assistência e o máximo de informações sobre os serviços de apoio disponíveis.
- É importante enfatizar a confidencialidade ao perguntar sobre violência. Portanto, os instrumentos de screening não incluem o nome do utente ou outros dados de identificação.

- Se houver suspeita de violência, as medidas (intervenção) devem limitar o mínimo possível a vida da pessoa idosa.

Realização de screening de maus-tratos

Orientações gerais para as entrevistas de screening

- As perguntas devem ser feitas na ordem em que estão no instrumento.
 - *teoricamente, elas progridem do menos complexo para o complexo*
- Faça sempre perguntas em privado, sem acompanhante ou familiar, num espaço sossegado.
- Não é aconselhável entrevistar um potencial perpetrador de violência.
 - *Isso pode ser feito mais tarde por outros profissionais.*
- Como introdução à pergunta, você pode dizer à pessoa, por exemplo, "nós estamos atentos ao bem-estar dos utentes idosos. Por isso, gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre coisas que alguns idosos vivenciam..." ou "Gostaria de lhe perguntar sobre coisas que podem acontecer na vida de uma pessoa idosa."
 - *O nosso principal objetivo é garantir a segurança dos utentes idosos.*
- Diga-lhes também que fazemos as mesmas perguntas a todos os utentes, porque quem sofre maus-tratos nem sempre pode denunciá-lo por iniciativa própria. Ao perguntar, tentamos tornar mais fácil falar sobre o assunto.
- Perguntas e conversas calmas e amigáveis ajudam o utente a relaxar e falar sobre a sua situação.
- Dê tempo ao utente para pensar e responder.
 - *As pessoas mais velhas não processam as perguntas e respostas tão rapidamente como as mais jovens.*
- Dê feedback positivo ao utente quando ele responder: "Obrigado por responder às perguntas, sabemos que às vezes pode ser difícil falar sobre este assunto".
- Se o utente não quiser responder às perguntas, diga-lhe que pode contar a qualquer pessoa da sua confiança, mais tarde, se tiver alguma preocupação sobre o assunto ou se sentir mais confortável.

Enquadramento do Índice de Suspeita de Abuso de Idosos (EASI ©)

Muitos profissionais têm dificuldade em reconhecer a violência, por isso é importante o uso de um instrumento para identificar situações de risco e violência. A ferramenta EASI foi desenvolvida e testada no Canadá como resultado de um extenso trabalho de avaliação e publicada em 2008. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também testou a ferramenta e publicou resultados positivos em 2018. Mais tarde, a ferramenta EASI foi modificada para auto-avaliação. Uma versão para pacientes (2012) e uma para cuidados institucionais de longa duração (2018). A ferramenta foi considerada fácil de usar e abrange importantes formas de violência contra as pessoas idosas.

A EASI foi desenvolvida para pessoas idosas sem défice cognitivo que entendam as suas questões. No entanto, muitos idosos que sofrem violência e abuso têm dificuldades cognitivas (distúrbios de memória) e estão em condições precárias e socialmente isolados. A relação com um familiar que está



a cometer violência pode ser complexa, principalmente nos casos em que o idoso é dependente do cuidador familiar que potencialmente também é o agressor. Se um profissional tiver preocupações sobre a situação de um idoso ou suspeitar de violência, a investigação da situação deve começar com uma avaliação da capacidade cognitiva da pessoa idosa.

Respostas que suscitam preocupação/levantam suspeita

- As primeiras cinco perguntas são feitas ao utente.
 - Questão 1: “Sim” não indica violência, mas mostra a situação de dependência da pessoa em algum aspecto das atividades diárias.
 - Questões 2 a 5: Cada questão contém várias formas de violência na mesma categoria. Uma resposta "sim" ou „não responde” a alguma forma de violência da mesma categoria é motivo para despertar suspeita.
- A pergunta 6 é para o profissional que realiza a entrevista. Ele/ela avalia a situação do utente com base nas suas observações, seja ao fazer as perguntas ou a longo prazo, nos seus contactos com o utente. "Não tenho a certeza" pode expressar o despertar da preocupação.

Questões da EASI e a sua Avaliação

Pergunta 1

Já dependeu de alguém para uma das seguintes atividades: tomar banho, vestir-se, fazer compras, ir ao banco ou tomar as refeições? (Dependência)

- Esta questão não é uma questão de triagem e não indica violência, mas mostra a dependência de uma pessoa da ajuda de outras pessoas e a situação de risco potencial. A redução da capacidade funcional e a dependência da assistência de terceiros é um dos principais fatores de risco para a violência.

Pergunta 2

Alguém o impediu de obter de comida, roupas, medicamentos, óculos, aparelhos auditivos ou cuidados médicos, ou de estar com pessoas com quem gostaria de estar? (Negligência)

- A questão diz respeito a situações em que o responsável pela assistência descumpra o seu dever de assistência na satisfação das necessidades básicas da pessoa cuidada.

-A resposta -Sim- a um ou mais pontos da pergunta é motivo de preocupação.

Pergunta 3

Tem andado aborrecido porque alguém falou consigo de forma que o fez sentir envergonhado ou ameaçado? (Violência psicológica/emocional)

- A violência psicológica/emocional contra uma pessoa idosa pode ser ameaças verbais ou não verbais destinadas a causar sofrimento mental, ansiedade ou sentimento de angústia ao idoso. A violência psicológica é a forma mais invisível e comum de violência.

Pergunta 4

Alguém tentou forçá-lo a assinar papéis ou usar o seu dinheiro contra a sua vontade? (Abuso financeiro)

– O abuso e a exploração financeira podem equivaler a peculato ou extorsão de dinheiro, exploração e transferência de dinheiro ou propriedade, reivindicar testamento ou doações sob ameaça.

Pergunta 5

Alguém o fez sentir medo, o tocou de formas que você não queria ou o magoou fisicamente? (Violência física/sexual)

– A violência física costuma causar hematomas, feridas e contusões.

– A violência sexual é a menos identificada e investigada na população idosa; a maioria das vítimas são mulheres.

Pergunta 6 (avaliação do profissional)

Os maus-tratos a pessoas idosas podem estar associados a achados como, evitar o contacto visual, natureza retraída, desnutrição, problemas de higiene, feridas, hematomas, roupas inadequadas ou problemas de adesão à medicação. Você notou alguma delas hoje ou nos últimos 12 meses? (Observações)

H-S/EAST

Uma resposta “não” às questões 1, 6, 12 e 14 e uma resposta “sim” a todas as outras questões suscitam preocupação, ou suspeita de abuso.

Se as respostas suscitarem suspeita/preocupação

A autodeterminação do utente, obviamente capaz de tomar decisões (pessoa juridicamente competente) deve ser respeitada. Se ele ou ela se opuser à intervenção e compreender os efeitos da sua decisão (por exemplo, o risco de reincidência da violência), tem o direito de decidir retornar a uma situação familiar violenta e o profissional deve respeitar a sua decisão. No entanto, mesmo nesses casos, o profissional deve avaliar a segurança do utente e discutir o assunto com ele.

Protocolo de atuação, de acordo com o Manual de Boas práticas da Direção Geral de Saúde

Situação de SUSPEITA (quando a vítima não reconhece encontrar-se numa situação de violência), o objetivo é promover o reconhecimento por parte da vítima da sua situação de maus tratos, ajudando na compreensão do problema, para que haja condições de realizar uma intervenção direta.

Situação de RISCO (quando a vítima confirma encontrar-se numa situação de violência, mesmo que não a reconheça como tal), o objetivo é fazer com que a vítima se sinta apoiada e esteja consciente da sua situação, de modo a iniciar as mudanças necessárias que lhe permitam interromper o ciclo/dinâmica da violência.



Situação de PERIGO (quando a vítima se encontra em situação de perigo iminente de vida, de acordo com avaliação de indicadores de risco), o objetivo é promover a segurança da vítima em situações de violência grave, ocorridas ou em risco de ocorrer, que possam representar perigo iminente de vida.

Nas situações de SUSPEITA ou RISCO:

- Informe o/a utente da avaliação que realizou acerca da situação em que se encontra e os motivos da mesma
- Realize seguimento em ambulatório/consulta, durante o qual deverá:
- Estabelecer uma relação de confiança e empatia
- Trabalhar com a vítima a tomada de consciência e reconhecimento da situação em que se encontra enquanto problema que necessita de resolução, dado o impacte que pode ter na sua saúde
- Oferecer apoio integral e interdisciplinar para os problemas físicos, psicológicos e sociais, apresentados
- Apoiar a vítima na tomada de decisões
- Informar a vítima sobre os recursos de apoio de que dispõe nesta área, e, em caso de aceitação, realizar o seu encaminhamento
- Sinalize a situação à Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)

Nas situações de RISCO deve ainda:

- Sensibilizar a vítima de que a violência é considerada crime e prestar informações sobre a denúncia
- Em caso de aceitação, apoiar a vítima na denúncia/queixa
- Em caso de recusa, denunciar, enviando cópia do Formulário de Denúncia de Crime para o Ministério Público, apenas após estarem asseguradas condições de segurança e proteção da vítima (Avaliação de Indicadores de Risco), estabelecendo com esta um Plano de Segurança.

Nas situações de PERIGO:

- Informe o/a utente da avaliação que realizou da situação de perigo em que se encontra e forneça-lhe possíveis estratégias a seguir, estabelecendo um plano de segurança. Transmita-lhe que não se encontra só.
- Mantenha a vítima em segurança, protegendo-a do contacto com o/a agressor/a e, em caso de necessidade, contacte as Forças de Segurança (GNR/PSP)
- Trate as lesões físicas e preste apoio emocional e, em caso de necessidade, encaminhe para as especialidades adequadas
- Contacte Linha de Emergência Social 144, caso necessário
- Preencha o Formulário de Denúncia de Crime e envie para o Ministério Público
- Após saída da situação de PERIGO acompanhe o caso, de acordo com o previsto na situação de RISCO.

Sigilo Profissional e obrigatoriedade de denúncia

As situações de violência colocam em risco a saúde e a vida das vítimas pelo que os profissionais de saúde devem ter em conta que, para as proteger, a coordenação de ações e de colaboração com outros setores, nomeadamente o da Justiça, encontra-se entre as suas tarefas.

A denúncia deste tipo de situações às autoridades judiciais permite pôr em marcha medidas legais dirigidas à proteção da vítima e à prevenção de futuras ocorrências.



Os crimes de violência doméstica, maus-tratos, ofensas à integridade física grave, lenocínio, tráfico de pessoas, entre outros, são considerados crimes públicos, o que significa que qualquer pessoa pode participá-los, não dependendo de queixa por parte da vítima.

De acordo com o art. 242.º do Código de Processo Penal, a denúncia criminal é obrigatória, “(...) ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos (...) para os funcionários, na aceção do artigo 386.º do Código Penal, quanto aos crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.”

Contudo com frequência, o ato de denunciar situações de violência coloca dúvidas aos profissionais de saúde, dada a perceção de que, daquele ato, podem resultar efeitos negativos para a situação da vítima e para a relação de ajuda estabelecida - em particular nos casos em que é a própria vítima a manifestar discordância, ou temor, acerca da realização da mesma.

O sigilo profissional é o principal pilar da relação de confiança entre profissionais de saúde e utentes, pelo que deverá ser mantido sempre que a vítima não der o seu consentimento para a revelação dos factos. Trata-se de um direito do utente reconhecido no art. 3.º da Lei nº 15/2014, de 21 de março, lei que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, bem como nos diversos códigos deontológicos das diversas carreiras profissionais que integram o SNS, cuja violação constitui um crime contemplado no Código Penal – art.195º Violação de Segredo (Capítulo VII - Dos crimes contra a reserva da vida privada).

Nas situações de recusa, e **excetuando situações de PERIGO**, é fundamental o trabalho de acompanhamento continuado e o estabelecimento de uma relação sólida e empática entre o profissional e a vítima, no sentido de se abordar as razões dessa recusa, os medos, as necessidades e as questões de segurança, apoiando e empoderando a vítima na colaboração com o processo judicial. A justificação da quebra do segredo profissional diz respeito a situações em que tal seja necessário para afastar perigo iminente que ameace interesses sensivelmente superiores, entendendo-se como tal a saúde, a integridade física ou a vida. Nestes casos, não pode haver dúvidas quanto à inevitável quebra da confidencialidade que é devida ao utente por parte do profissional de Saúde

Quando suspeita que a pessoa não tem capacidade para tomar decisões

Na maioria dos casos, os assuntos dos idosos são tratados com a ajuda de entes queridos, sem intervenção judicial. Quando a pessoa não tem capacidade de tomar decisões, estas são assumidas pela família, ou representante legal. Nos casos em que tal não aconteça, este poderá ser nomeado pelo tribunal.

A Lei nº 49/2018 de 14.08, que entrou em vigor a 10.02.2019 cria o regime jurídico do **maior acompanhado**. Esta lei, constituiu uma mudança de paradigma, em que se procura limitar ao mínimo a capacidade de exercício do beneficiário.

- Tem como principal objetivo assegurar o bem-estar, a recuperação, o pleno exercício dos Direitos e o cumprimento dos Deveres. Perante a situação concreta de saúde, deficiência ou de comportamento, o Tribunal vai fixar as medidas que permitirão ao beneficiário o pleno exercício dos seus direitos e o cumprimento dos seus deveres, limitando ao mínimo a sua autonomia.
- O acompanhante é incumbido, através da sentença que decreta as medidas de acompanhamento, de cumprir essas medidas, devendo privilegiar o bem-estar e a recuperação do acompanhado (beneficiário), com a diligência requerida, ou seja, com equilíbrio e bom senso.

Procedimento para o Screening Piloto de Maus-Tratos a pessoas idosas em Portugal

Instrumentos de screening

- Índice de Suspeita de Abuso de Idosos © (EASI)
- Hawlek-Sengstock Elder abuse screening test (H-S/EAST)

Profissionais que participam no screening

- Profissionais da área da saúde, social e de educação que trabalham com pessoas idosas

Público-alvo do screening

- As perguntas dos formulários são colocadas a utentes com 65 anos ou mais, capazes de responder de forma confiável (sem défice cognitivo)

Objetivo do uso sistemático de instrumentos de Screening

- Os profissionais adquirem experiência no uso da ferramenta de screening como parte do seu trabalho
- O questionamento sistemático visa entender os maus-tratos a pessoas idosas a partir da perspectiva das mesmas:
 - quão aceitável é perguntar
 - que tipo de obstáculos e dificuldades as pessoas enfrentam para revelar os maus-tratos
 - como é que a iniciativa dos profissionais, de questionar sobre os maus-tratos, apoia a denúncia dos mesmos

Formulários do screening (piloto)

- Formulário de consentimento para o questionamento (Anexo 1)
 - o objetivo do consentimento por escrito é garantir que o utente está ciente do tópico das perguntas e porque é que está a ser questionado
 - garantir que a resposta seja voluntária
 - assegurar ao utente que a recusa é respeitada e que não afeta de forma alguma o tratamento
 - o formulário também ajuda o profissional a lembrar-se de coisas importantes: o objetivo do questionamento, o tratamento confidencial e anónimo dos dados, quaisquer citações diretas usadas no relato de expressões do utente, não devem ser identificadas
 - esta fase pode demorar, mas ao mesmo tempo fornece informações sobre abuso
- Índice de Suspeita de Abuso de Idosos © (EASI) (Anexo 2) e HWALEK-SENGSTOCK ELDER ABUSE SCREENING TEST (H-S/EAST) (Anexo 3)
 - As perguntas são colocadas num processo normal de conversa com o utente e explica-se através de exemplos o que as diferentes formas de violência podem significar.
- Experiência do utente ao ser questionado sobre maus-tratos (Anexo 4)

- Sabe-se pouco sobre as experiências dos idosos sujeitos a screening de maus –tratos, pois quase nunca são questionados sobre o assunto.
- Um dos critérios do screening é que o instrumento ou ferramenta a utilizar seja aprovada pelo grupo-alvo; portanto, a experiência do utente sobre as questões que lhe são colocadas também é avaliada.
- As respostas podem dar uma indicação para o desenvolvimento de questões mais aceitáveis nos instrumentos a utilizar
- Formulário de Informações gerais (Anexo 5)
 - Não é um formulário de entrevista; é preenchido pelo profissional com base nos seus dados.
- Experiência dos profissionais que conduzem o screening (Anexo 6)
 - As experiências dos profissionais ajudam na formação e treino sobre screening de maus-tratos a pessoas idosas.
- Folhetos informativos da APAV sobre maus tratos a pessoas idosas na comunidade (anexo 7) e em instituições (Anexo 8)
 - O folheto informativo, de acordo com a situação de cada pessoa idosa, pode ser fornecido se for considerado oportuno e seguro

Consentimento para perguntar sobre abuso

- Antes de pedir o consentimento, a pessoa é informada do objetivo das perguntas:
 - Todos os utentes s com 65 anos ou mais, são questionados sobre as suas experiências de maus-tratos;
 - O objetivo é obter informações sobre os maus-tratos e, caso existam, informar onde obter apoio e assistência, encorajar os que sofrem de abuso a relatar a sua situação;
 - Apresentar o formulário de consentimento e enfatizar que a participação no screening é voluntária – a pessoa pode concordar com a entrevista e/ou ser contactada posteriormente, ou pode recusar a entrevista
- Se a pessoa concordar em participar, preencha com ela o formulário de consentimento
 - a hora acordada para a entrevista ou contacto posterior, também pode ser registada no formulário de consentimento
 - é importante informar a pessoa que responder ao contacto posterior também é voluntário
- O utente também tem o direito de parar de responder às perguntas – tente perguntar sobre a experiência de screening atual e sobre as possíveis razões para a suspensão
- Se está preocupado com a situação da pessoa idosa, diga-lhe isso e justifique
- Informe-o/a sobre as possibilidades de receber apoio
- Questiona a pessoa idosa sobre a experiência de participar no screening (ser questionada sobre maus-tratos) imediatamente após preencher o instrumento (EASI ou H-S/EAST)



Colleita de dados

- Os dados são recolhidos durante o prazo acordado, a todos os utentes com 65 ou mais anos, que aceitem participar, atendidos pelos profissionais que participam no screening (piloto)
- Os dados pessoais dos utentes não são registados nos formulários
- Se não for possível realizar o screening, por não ser possível a entrevista individual, preencha o formulário de informações gerais, conforme apropriado
- Se, durante a entrevista (questionamento), tiver a impressão de que o utente não consegue entender as perguntas e fornecer respostas confiáveis, pare de perguntar e preencha o formulário de informações gerais conforme apropriado
- Todos os utentes que participarem no screening devem ser questionados sobre a sua experiência (Anexo 4) e as informações gerais devem ser registadas (Anexo 5)
- Se o utente parar de responder, pergunte (se possível) sobre sua experiência (Anexo 4) e preencha o formulário de informações gerais conforme aplicável (Anexo 5)
- Todos os formulários serão entregues à equipa do projeto SAVE e destruídos após a sua análise.

Bibliografia

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, (2020) Estatísticas APAV: Relatório de 2020

Conselho da Europa (1953) Convenção Europeia dos Direitos Humanos
https://www.echr.coe.int/documents/convention_por.pdf

Diário da República, 1.^a série, N.º 156 de 14 de agosto de 2018, Lei nº 49 de 14.08 (Regime Jurídico do Maior Acompanhado)

Dong X., Simon M. (2013) Elder Abuse as a Risk Factor for Hospitalization in Older Persons, *JAMA Intern Med.* 2013;173(10):911-917. doi:10.1001/jamainternmed.2013.238

Dong X. et al. (2009) Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population, *JAMA*, Volume 302, Issue 5:517-526, American Medical Association.

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

Koistinen I. and Holma J., 2015. Finnish Health Care Professionals' Views of Patients Who Experience Family Violence. *SAGE Open* January-March 2015: 1–10. doi: 10.1177/2158244015570392

Lachs et al. (2002) Adult Protective Service Use and Nursing Home Placement, *The Gerontologist*, Volume 42, Issue 6, 1 December 2002, Pages 734–739, <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.734>

Lachs M. S. et al. (2018) Improving Quality of Care in Hospitals for Victims of Elder Mistreatment: Development of the Vulnerable Elder Protection Team, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Volume 44, Issue 3, March 2018, Pages 164-171, doi:10.1016/j.jejq.2017.08.010

Dong X.Q. et al. (2011) Elder Abuse and Mortality: The Role of Psychological and Social Wellbeing, *Gerontology*, 2011; 57(6): 549–558, doi: 10.1159/000321881

Mechanic D. (1999) The changing elderly population and future health care needs, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, v. 76, nr 1

Mouton C.P, (2003) Intimate Partner Violence and Health Status among Older Women, Volume: 9 issue: 12, page(s): 1465-1477, doi.org/10.1177/1077801203259238

Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida, (2020) Registo Clínico de Violência em Adultos – Guia Prático. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde

Rada Europy (1953) Europejska Konwencja Praw Człowieka,
https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf

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. doi: 10.1080/08946566.2011.608044



Schofield M.J. et al. (2013) Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: A 12-year prospective investigation, Volume61, Issue5, May 2013, pages 679-685, doi.org/10.1111/jgs.12212

Siltala H. (2021) Family violence as a public health problem: Effects and costs in Finnish health care. University of Jyväskylä. JYU Dissertations.

WHO (2021) World failing to address dementia challenge. World failing to address dementia challenge, <https://www.who.int/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge>

WHO (2017) Abuse of older people on the rise – 1 in 6 affected, <https://www.who.int/news/item/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>

WHO (2021) Elder abuse key facts, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

Yon, Y. et al. (2017) Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis, The Lancet Global Health, 5(2), pp. e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2

United Nations, The Universal Declaration of Human Rights (1948) <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

United Nations, Principles for Older Persons (1991) <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OlderPersons.aspx>



Anexos

1. Formulário de consentimento
2. Índice de Suspeita de Abuso de Idosos © (EASI)
3. Hawlek-Sengstock Elder abuse screening test (H-S/EAST)
4. Formulário de “Experiência do utente ao ser questionado sobre maus-tratos”
5. Formulário de “Informações gerais”
6. Formulário de “Experiência dos profissionais que conduzem o screening”
7. Folheto informativo sobre maus tratos a pessoas idosas na comunidade (APAV)
8. Folheto informativo sobre maus tratos a pessoas idosas em instituições (APAV)

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Este questionário é feito no âmbito do projeto SAVE – Screening for Abuse Victims among the Elderly

Com a minha assinatura, confirmo que:

- 1) Fui informado e compreendi o propósito deste questionário.
- 2) Foram respondidas todas dúvidas quando à minha participação.
- 3) Fui informado de que tenho o direito de não responder.
- 4) Fui informado de que a minha recusa em participar não afeta o meu tratamento em nenhuma forma.
- 5) Fui informado de que todos os meus dados pessoais e respostas são confidenciais
- 6) Concordo em que as minhas palavras possam ser utilizadas como citações diretas. Se esse for o caso, não haverá nenhuma informação que me permita ser identificado(a).

Li este formulário de consentimento, e compreendi-o. Consinto em participar.

NOME	ASSINATURA	DATA

Concorda em participar, mas prefere não assinar

Concordo em ser contactado mais tarde, no âmbito do projeto, se necessário.

- SIM, o meu contacto é: _____
- NÃO

Profissional que recebe o consentimento:

Discuti a participação neste projeto com a pessoa acima referida de forma que ele/ela tenha compreendido o seu propósito. Acredito que todas as informações foram compreendidas e que concorda em participar.

NOME	Profissão e local de trabalho	ASSINATURA	DATA

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

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

TESTE DE DESPISTE DE ABUSO DE IDOSOS DE HWALEK-SENGSTOCK (TDAI/H-S)

(Neale, A.V. M.; Hwalek, M. C. Sengstock; R. O. Scott & C Stahl. (1991). "Validation of the Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test." *Journal of Applied Gerontology*, 10 (4): 417-429. Traduzido por Eduarda Fernandes, 2011, Universidade da Madeira).

Perguntas	Respostas	
1. Tem alguma pessoa que lhe faça companhia, que o(a) leve às compras ou ao médico?	Sim	Não
2. O(A) senhor(a) está a ajudar a sustentar alguém?	Sim	Não
3. Costuma sentir-se muitas vezes triste ou só?	Sim	Não
4. As outras pessoas costumam tomar decisões por si sobre a sua vida – por exemplo onde é que deve viver ou onde é que deve morar?	Sim	Não
5. Sente-se desconfortável com alguém da sua família?	Sim	Não
6. Tem capacidade para tomar os seus medicamentos e para se deslocar a diferentes locais por conta própria?	Sim	Não
7. Sente que ninguém o quer por perto?	Sim	Não
8. Alguém da sua família consome muitas bebidas alcoólicas?	Sim	Não
9. Alguém da sua família o(a) obriga a permanecer na cama ou lhe diz que o(a) senhor(a) está doente quando o(a) senhor(a) sabe que não está?	Sim	Não
10. Alguém já o(a) obrigou a fazer coisas que não queria fazer?	Sim	Não
11. Alguém já lhe retirou coisas que lhe pertenciam , sem o seu consentimento?	Sim	Não
12. Confia na maioria das pessoas da sua família?	Sim	Não
13. Alguém lhe diz que o(a) senhor(a) causa muitos problemas?	Sim	Não
14. Em casa, tem privacidade suficiente?	Sim	Não
15. Alguém próximo de si, tentou magoá-lo(a) ou prejudicá-lo(a) recentemente?	Sim	Não

Experiência do avaliado quanto às questões sobre maus-tratos

1. Como foi para si responder a estas perguntas sobre maus-tratos? Sentiu algum desconforto a responder a estas questões? Em que sentido? Resposta nas palavras do próprio utente:

2. Acha que os benefícios de fazer estas questões justificam desconforto causado? (questionar se na pergunta 1 o utente referir algum desconforto)

	Importante	Não é importante	Não sabe/Sem opinião
3. Quão importante acha que é fazer perguntas sobre maus-tratos às pessoas idosas?			

Resposta nas palavras do próprio utente:

	Não	Sim	Não sabe/Sem opinião
4. Acha que devemos fazer perguntas sobre maus-tratos a todas as pessoas idosas?			

Resposta nas palavras do próprio utente:

5. Como foi para si o período da pandemia? (sentiu-se inseguro(a), com medo, sozinho(a) ou não teve nenhum efeito?) Resposta nas palavras do próprio utente:

Outras observações do utente:

Formulário de Informações gerais

(Informação geral a registar para todos os utentes com 65 ou mais anos a quem tenha sido iniciado o questionamento, mesmo que por algum motivo não tenha sido concluído)

Local onde o formulário foi preenchido	<input type="checkbox"/> USF <input type="checkbox"/> Internamento RNCCI <input type="checkbox"/> ERPI <input type="checkbox"/> Outro, qual _____
Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro
Grupo etário	<input type="checkbox"/> 65-74 <input type="checkbox"/> 75-84 <input type="checkbox"/> 85+
O avaliado encontrava-se sozinho ou acompanhado durante o screening?	<input type="checkbox"/> Acompanhado por familiar ou prestador de cuidados <input type="checkbox"/> Sozinho, em condições de privacidade
Com quem vive?	<input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Com o cônjuge/companheiro(a) <input type="checkbox"/> Com filho(a) <input type="checkbox"/> Com filho(a) e outros familiares <input type="checkbox"/> ERPI (lar) <input type="checkbox"/> Outra situação. Com quem? _____
Sinais de maus-tratos apresentados	<input type="checkbox"/> Sinais físicos, quais? _____ _____ <input type="checkbox"/> Sinais psicológicos/ comportamentos, quais? _____ _____ <input type="checkbox"/> Sem sinais de maus-tratos
Follow-up (Indicar o protocolo de follow-up: suspeita, risco ou perigo; para que serviço foi encaminhado ...)	
Recusou-se a completar o screening	Razões
Recusou-se a ser encaminhado para follow-up	Razões
Não foi possível fazer as questões de screening	Razões (por exemplo, a pessoa está muito cansada)

Experiência dos profissionais na utilização de procedimentos de screening

Instrumento utilizado: _____

Profissão: _____

1. Que questões foram mais fáceis de fazer? Porquê?
2. Que questões foram mais difíceis de fazer? Porquê?
3. Como foi a experiência de fazer perguntas sobre maus-tratos? Quais foram os aspetos mais fáceis/difíceis?
4. Em que medida a formação ajudou no momento de utilizar o instrumento de screening?
5. Que tipo de mudanças proporia para futura formação para profissionais, sobre screening?
6. Que tipo de mudanças proporia ao procedimento de screening utilizado no piloto?
7. Quanto tempo demorou a aplicar o procedimento de screening? (em minutos)
8. Tem algum feedback sobre a utilização do procedimento de screening? (por exemplo, quão adequado é para o seu contexto de trabalho)
9. Em que medida considera este procedimento útil no seu dia-a-dia profissional?
10. A aplicação do procedimento de screening interferiu com as suas habituais tarefas profissionais? Que tipo de perturbação causou?
11. Com base na sua experiência durante o piloto, recomendaria a utilização de procedimentos de screening de maus-tratos a pessoas idosas?

O QUE É?

Qualquer ação ou omissão, única ou repetida, intencional ou não, cometida contra uma pessoa idosa vulnerável e que atente contra a sua vida, integridade física, psíquica e sexual, segurança económica ou liberdade ou que comprometa o desenvolvimento da sua personalidade.

A violência contra pessoas idosas pode ser classificada em vários tipos, embora frequentemente dois ou mais tipos de violência surjam no mesmo contexto de vitimação, já que uma pessoa idosa é normalmente vítima de uma combinação de tipos de violência e não apenas de um.

- **Violência física:** conjunto de ações levadas a cabo com intenção de causar dor física ou ferimentos à pessoa idosa, do qual são exemplos, entre outros, as punições físicas (bater, esbofetear), empurrar, atirar objetos e sub ou sobre medicar;
- **Violência psicológica:** conjunto de ações levadas a cabo com intenção de causar angústia, dor ou aflição à pessoa idosa, por meios verbais ou não verbais, como insultos, ameaças, incluindo ameaças de institucionalização, humilhação, comportamento controlador, isolamento, infantilização, ausência de expressões de afeto, entre outras;
- **Violência sexual:** qualquer envolvimento sexual sem pleno consentimento da pessoa idosa, por exemplo, violação, coação sexual, exibicionismo, realização de filmes pornográficos ou coagir a pessoa idosa a assistir a tais conteúdos;
- **Violência económico-financeira:** uso ilegal ou inapropriado do património da pessoa idosa, através de qualquer ato que vise o impedimento do controlo por parte da mesma e/ou que vise a exploração danosa do seu

dinheiro e/ou dos seus bens;

- **Negligência:** recusa, omissão ou ineficácia na prestação de cuidados, obrigações ou deveres à pessoa idosa por parte do/a seu/sua cuidador/a, e inclui, entre outros exemplos, a recusa/omissão de alimentação, a recusa/omissão de suporte material e emocional e o descuido ao nível dos cuidados de higiene e de saúde;
- **Abandono:** distanciamento físico e/ou emocional absoluto e definitivo que resulta na falta de prestação de cuidados e conduz a pessoa idosa à total carência de redes de apoio familiar ou outras. O abandono em instituições de saúde é uma realidade que tem vindo a ser denunciada pela comunicação social, mas cujos valores reais não são ainda conhecidos oficialmente.

QUEM É A VÍTIMA?

Vários estudos nacionais e internacionais apontam para a prevalência de violência contra pessoas idosas cometida pela sua família nuclear. A maioria das situações de vitimação ocorre de forma continuada e na residência comum da vítima e do/a agressor/a. As vítimas são maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 60 e os

69 anos, vitimadas sobretudo pelos seus cônjuges ou filhos/as.

Os resultados de um estudo coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, no qual a APAV participou, em conjunto com outras entidades, demonstram ainda que, a partir dos 76 anos, o risco de ser vítima de violência aumenta 10% por cada ano de idade.

DADOS ESTATÍSTICOS

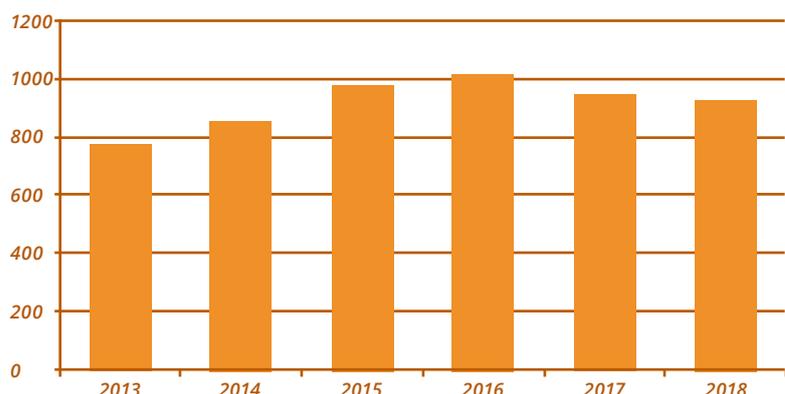


Entre 2013 e 2018, a APAV registou um total de 6.878 processos de apoio a pessoas idosas, em que 5.482 foram vítimas de crime e de violência, tendo sido identificado um total de 12.815 factos criminosos. O número de autores/as de crime contabilizados/as no mesmo período ultrapassou o número de vítimas, ascendendo aos 5.754, significando que existem pessoas idosas que são vitimadas por vários/as agressores/as simultaneamente.

Veja-se ainda gráfico seguinte, com a evolução anual identificada, entre 2013 e 2018, no número de pessoas idosas apoiadas pela APAV.

FONTE: Estatísticas APAV - Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência 2013-2018

Gráfico 1: Número de pessoas idosas apoiadas pela APAV entre 2013 e 2018



Apesar de estes números serem elevados, a verdade é que a violência contra pessoas idosas é ainda um fenómeno que não é conhecido na sua plenitude, pois não é suficientemente debatido e denunciado. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 80% das vítimas não apresenta queixa ou denúncia junto das autoridades.

QUE APOIO ESTÁ DISPONÍVEL?

A APAV disponibiliza, de forma gratuita, confidencial, qualificada e humanizada, apoio emocional, acompanhamento psicológico, informação jurídica, encaminhamento social e auxílio em questões práticas a todas as pessoas idosas que foram ou são vítimas de crime e violência, bem como aos/às familiares e amigos/as.

Poderá contactar a APAV:

- Pela Linha de Apoio à Vítima - 116 006 | chamada gratuita | dias úteis das 09h às 21h;
- Através de qualquer Gabinete de Apoio à Vítima da APAV (contactos em https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/contactos).

QUAL O IMPACTO?

A violência contra pessoas idosas tem consequências para diversos setores da sociedade: além de afetar, inevitavelmente, a saúde, bem-estar e qualidade de vida das vítimas, afeta também os/as familiares, amigos/as, vizinhos/as e outras pessoas próximas daquelas, tendo igualmente consequências para a sociedade como um todo.

• Consequências para as vítimas

A generalidade das pessoas idosas vítimas de crime e violência reporta sentimentos de medo, tristeza, raiva, solidão e humilhação. Ao mesmo tempo, estas vítimas sofrem um maior risco de depressão, isolamento e perda de autonomia e mortalidade.

• Consequências para familiares, amigos/as, vizinhos/as e outras pessoas próximas da vítima

Sabendo que uma pessoa por quem nutrem carinho e amor sofre de violência, os/as familiares, os/as amigos/as e outras pessoas próximas podem experienciar problemas emocionais e, também, focar-se de tal modo no auxílio e nas necessidades da vítima, que descuidam a sua própria saúde e bem-estar. Uma vez que a maioria das situações de violência contra pessoas idosas ocorre no seio familiar, pode perpetuar comportamentos violentos na família e fragilizar os laços familiares.

• Consequências para a sociedade

A violência contra pessoas idosas resulta em custos sociais, nos quais se incluem o aumento da despesa pública relacionado com a maior necessidade de recurso a serviços de saúde, serviços sociais e de justiça por parte das vítimas, mas também outro tipo de custos, como o comprometimento de normas sociais e a quebra de laços comunitários.



RECURSOS APAV

A APAV promoveu, com o apoio financeiro da Fundação Calouste Gulbenkian, o Projeto Portugal Mais Velho, tendo em vista a promoção da mudança de políticas na área do envelhecimento e a consciencialização para a temática da violência contra as pessoas mais velhas. Informação adicional sobre este Projeto e os produtos e recomendações desenvolvidas no seu âmbito em: <https://apav.pt/publiproj/index.php/93-projeto-portugal-mais-velh>

A APAV desenvolveu ainda um micro site com informação adicional sobre a problemática da violência contra pessoas idosas: www.apav.pt/idosos

Para um conhecimento mais aprofundado sobre o tema, a APAV desenvolveu também o Manual TÍTONO - Para o Atendimento a Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência. Este recurso está disponível em <https://www.apav.pt/idosos/index.php/manual-titono>.

FOLHA INFORMATIVA

MAUS TRATOS DE PESSOAS IDOSAS EM INSTITUIÇÕES DE APOIO E ACOLHIMENTO¹

CONTEXTO: IDADISMO E MAUS TRATOS INSTITUCIONAIS

Nem todas as pessoas idosas são dependentes ou precisam de cuidados de longa duração, mas a velhice pode aumentar os casos em que esses cuidados são necessários. Muitos dos/as prestadores/as de cuidados são familiares (mulheres, na maioria dos casos). Tais cuidados podem também ser prestados em **instituições de apoio e acolhimento**.

Em Portugal, para as pessoas idosas em situação de carência e desigualdade socioeconómica, dependência e vulnerabilidade social, existem respostas de apoio social. Estas têm como objetivos promover a autonomia, a integração social e a saúde das pessoas idosas.

Os cuidados institucionais incluem a prestação de cuidados de saúde e sociais, para responder ao crescimento da demanda de cuidados de longo prazo.

A discriminação com base no fator idade - **idadismo** - conduz à marginalização generalizada, pobreza e abuso de pessoas mais velhas e resulta em impactos negativos na qualidade do atendimento sanitário e social que as pessoas idosas recebem.

QUAIS OS TIPOS DE MAUS TRATOS INSTITUCIONAIS?

Existem **tipos gerais de maus tratos a pessoas idosas** que podem acontecer no seio das famílias e nas instituições:

- **Abuso físico:** uso da força física que pode resultar em ferimentos corporais, dor física ou danos físicos.
- **Abuso sexual:** contacto sexual (de qualquer forma) não-consensual.
- **Abuso emocional ou psicológico:** infligência de angústia, dor ou desconforto, através de atos verbais ou não verbais.
- **Negligência:** recusa ou falha em cumprir as obrigações enquanto prestador/a de cuidados (formal ou informal) para com uma pessoa adulta idosa.
- **Exploração financeira ou material:** uso ilegal ou impróprio dos fundos, propriedade ou bens da pessoa adulta idosa.

Outras **classificações tipológicas específicas para os maus tratos institucionais**² podem ser apresentadas:

- **Infantilização:** tratar a pessoa idosa como uma criança irresponsável em quem não se pode confiar.
- **Despersonalização:** prestar serviços de acordo com critérios gerais que desprezam as necessidades particulares de cada pessoa idosa.
- **Desumanização:** ignorar a pessoa idosa, privando-a da sua privacidade e negando-lhe a possibilidade de tomar decisões sobre sua vida.

¹Para o desenvolvimento do conteúdo desta folha informativa, a APAV contou com a colaboração de Jorge Gracia Ibáñez, Professor Auxiliar da Escola de Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade do Porto, docente na Universitat Oberta de Catalunya (curso de Criminologia) e na Universidade Carlos III de Madrid (Master de Derechos Humanos).

²Veja-se Kayser-Jones, J. (1996). Mealtime in nursing homes: the importance of individualized care. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(3), 26-31.

• **Vitimação:** ataques à integridade física e moral da pessoa idosa, através de ameaças, intimidações, insultos, chantagens, roubos ou castigos corporais.

Há também formas de maus tratos que, pela sua natureza, acontecem apenas em contexto institucional:

- **Obstinação diagnóstica:** realização de exames diagnósticos para aumentar o conhecimento sobre a patologia ou situação clínica de um/a paciente, sem antecipar que terá uma posterior tradução em benefícios reais para o mesmo.
- **Obstinação terapêutica:** utilização de meios desproporcionais para prolongar artificialmente a vida biológica de um/a paciente com doença irreversível ou terminal.

QUAIS OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS?

• **Fatores profissionais:** preparação/formação insuficiente; ausência de diretrizes ou objetivos claros; desconhecimento, falta de apoio e supervisão.

• **Fatores laborais:** excesso de horas de trabalho, sobrecarga e ritmos não sincronizados (ex.: turnos atípicos); pouca estabilidade no tipo de trabalho; salários limitados.

• **Fatores psicológicos:** personalidade conflituosa do/a trabalhador/a; falta de competências sociais e de gestão de *stress*; motivação insuficiente; pouca empatia; gestão inadequada de conflitos e/ou de situações de agressão; autocontrolo deficiente e autocrítica limitada.

• **Fatores estruturais:** espaços pouco acolhedores; meios insuficientes ou inadequados; barreiras de mobilidade; pouco pessoal; poucos ou inadequados programas assistenciais; predomínio dos serviços de hospitalidade (em detrimento dos programas assistenciais); falta de equipamentos e/ou falta de coordenação dos mesmos.

O QUE FAZER E QUE APOIO

ESTÁ DISPONÍVEL?

Importa também abordar outras ações, omissões e atitudes que podem configurar-se enquanto **tratos inadequados** da pessoa idosa e até enquanto formas de maus tratos institucionais:

• **Tratos inadequados/Maus tratos relacionados com o estado de saúde e a integridade física:**

- falha no fornecimento adequado de medicamentos;
- restrições físicas ou químicas injustificadas;
- deixar a pessoa idosa sentada ou acamada por períodos prolongados;
- falta de um plano de cuidados adequado.

• **Tratos inadequados/Maus tratos relacionados com as condições ambientais das instituições:**

- falha em fornecer condições ambientais adequadas;
- desconsideração relativamente a barreiras arquitetónicas presentes nas instituições de apoio e acolhimento.

• **Tratos inadequados/Maus tratos relacionados com aspetos psicológicos/emocionais do cuidado:**

- proferir comentários inadequados ou ofensivos;
- não permitir a privacidade (ex.: higiene, sexo, solidão);
- não fornecer leituras, distrações e/ou atividades;
- não facilitar o acesso a cultos religiosos;
- limitar visitas ou chamadas;
- esconder a morte de outros/as residentes.

As organizações com fins lucrativos e as instituições sem fins lucrativos com serviços e instalações para pessoas idosas devem, para o efeito, ter licença fornecida pela Segurança Social e atender aos requisitos legais relevantes, que definem parâmetros organizacionais, operacionais e condições de instalação.

Perante a suspeita da qualidade de um determinado serviço e/ou a suspeita de que uma determinada resposta é dada ilegalmente por uma pessoa particular ou por uma instituição, deve ser realizada denúncia junto do Centro Distrital de Segurança Social. Poderá também haver lugar à formalização junto do Provedor de Justiça.

A APAV está também sempre disponível para apoiar vítimas de qualquer forma de crime ou violência, bem como os seus familiares e amigos/as. O apoio é gratuito e confidencial.

Poderá contactar a APAV:

- Pela Linha de Apoio à Vítima - 116 006 | chamada gratuita | dias úteis das 09h às 21h;
- Através de qualquer Gabinete de Apoio à Vítima da APAV (contactos em https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/contactos).

QUAL A DIMENSÃO DO FENÓMENO?

Existem poucos estudos acerca da prevalência e incidência dos maus tratos a pessoas idosas nas instituições. A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta, ainda assim, informação sobre a prevalência global dos maus tratos em contextos institucionais.

DADOS ESTATÍSTICOS



Maus tratos institucionais a pessoas idosas			
		Comunicado pela pessoa idosa/seus representantes	Comunicado por funcionários/as
	Prevalência geral	Não existem dados suficientes	64,2%"; dois em cada três funcionários/as
Prevalência por tipo de maltrato	Abuso emocional ou psicológico	33,4%	32,5%
	Abuso físico	14,1%	9,3%
	Exploração financeira ou material	13,6%	Não existem dados suficientes
	Negligência	11,6%	12,0%
	Abuso sexual	1,9%	0,7%

FONTE: Organização Mundial da Saúde (OMS) - Maltrato de las personas mayores. Disponível em <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>



RECURSOS APAV

<https://www.apav.pt/publiproj/index.php/93-projeto-portugal-mais-velho>
www.apav.pt/folhainformativa
www.infovitas.pt

OUTROS RECURSOS

Gil, A. P. (2018). Care and mistreatment – two sides of the same coin? An exploratory study of three Portuguese care homes. *International Journal of Care and Caring*, 2(4), 551-573.

