

PONTOS-CHAVE

- A identificação de pessoas idosas em risco de maus-tratos pode ser feita em várias áreas dos cuidados da saúde;
- Existem três formas essenciais de identificar os maus-tratos em pessoas idosas:
 - **Pelo autorrelato de abuso:** as pessoas idosas relatam espontaneamente episódios de abuso. A confiança no profissional é fundamental, pelo que é necessário estabelecer uma boa relação com a pessoa idosa e criar espaço para que estes relatos possam ocorrer;
 - **Pela denúncia:** existe uma denúncia, substanciada ou não, de qualquer fonte. Estas denúncias partem frequentemente da observação de sinais de abuso ou da suspeita baseada em fatores de risco;
 - **Pela aplicação de medidas de despiste:** a aplicação de medidas de despiste pode ser utilizada para levantar suspeitas em casos assintomáticos.
- Todos os procedimentos de identificação têm vantagens e desvantagens. Cabe ao profissional atuar com discernimento clínico, e evitar a todo o custo que a sua ação não seja mais uma fonte de alto stress sem um propósito partilhado pela pessoa idosa.

A identificação de pessoas idosas-alvo ou em risco de abuso é um assunto de interesse em várias áreas profissionais, desde a saúde, ao direito, ao apoio social e às forças de segurança. A falta de resumir o conhecimento existente sobre esta área.

Tanto quanto podemos saber, há três vias que podem levar à identificação de abuso a pessoas idosas:

- Pelo relato da pessoa idosa de eventos abusivos;
- Pela denúncia da situação abusiva, seja ela substanciada ou apenas assente em suspeitas; ou
- Pela aplicação de procedimentos de despiste.

O profissional de saúde, muitas vezes pela proximidade física e pela relação de confiança estabelecida com o cliente mais velho durante a prestação de apoio, tem a oportunidade de percorrer qualquer uma destas três vias, encontrando-se numa posição favorecida para que o abuso lhe seja revelado pelo cliente idoso, para aplicar medidas de despiste ou para recolher dados e identificar sinais que o façam suspeitar da presença de abuso. De salientar que estas vias não têm de ser percorridas de forma independente, mas cruzam-se e podem ser percorridas em simultâneo. Nas próximas secções iremos desenvolver cada uma destas vias, refletindo sobre os cuidados específicos que cada uma requer.

O AUTORRELATO DO ABUSO

Na prática diária, podem surgir situações em que o profissional é confrontado com pessoas idosas que contam episódios nos quais se sentiram violentadas ou abusadas. A postura do profissional no momento da revelação é de grande importância para o decorrer de todo o processo de revelação.

É essencial referir que uma pessoa idosa que relata ter sido alvo de abuso se encontra em sofrimento e, com a revelação, procura ajuda para a diminuição do seu sofrimento. Nestes casos, uma postura de compreensão, de exploração e, sobretudo, de validação do relato, deve ser adotada, sob o risco de submeter a pessoa idosa a vitimação secundária. Nestas situações, uma postura que procure seguir os princípios da segurança da pessoa idosa e do respeito da sua dignidade e direitos é a mais recomendada. Elementos de uma primeira ajuda psicológica podem ser particularmente úteis nas situações de autorrevelação baseando-se precisamente nos princípios da segurança, dignidade e direitos (Bisson & Lewis, 2009).

Estabelecer uma relação de confiança e de autenticidade com a pessoa idosa é uma condição básica para que possa emergir a revelação de episódios abusivos. Outros cuidados podem também ser tomados para permitir que a pessoa idosa se sinta segura o suficiente para a revelação. Muitas frequentemente, as pessoas idosas fazem acompanhar-se por familiares ou outros durante a prestação de cuidados de saúde. Tipicamente, um agressor procura manter-se próximo da vítima nestas situações, pois elas constituem um risco para si, e a sua presença física constitui uma forma de intimidação e inibir a vítima. Procurar que, pelo menos, parte do atendimento seja feito em privado, apenas com a pessoa idosa, pode ser suficiente para criar a oportunidade para a revelação.

SINAIS DE ABUSO E FATORES DE RISCO

O conhecimento sobre os principais sinais de abuso e principais fatores de risco ajudam a substanciar suspeitas que podem levar os profissionais a efetuarem procedimentos de avaliação mais cuidadosos. Longas listas de sinais de abuso têm vindo a ser elaboradas, sobretudo baseadas na experiência acumulada de vários profissionais que se deparam com casos de abuso no terreno. Os sinais de abuso podem ser específicos a certas formas de abuso. Os sinais mais frequentes, por tipo de abuso e de acordo com o National Center for Elder Abuse (s.d.), incluem: abuso físico – hematomas, abrasões, fraturas, ou marcas inexplicáveis ou incongruentes com a justificação; negligência – desidratação ou perda de peso, falta de higiene, condições médicas por tratar; abuso financeiro – aquisições ou venda de bens invulgares, falhas no pagamento de contas; abuso emocional – não participar em atividades de lazer rotineiras, sintomatologia depressiva ou ansiosa; abuso sexual – hematomas ou feridas inexplicáveis na zona genital. A par destes há sinais comportamentais que podem ser transversais a várias formas de abuso, tais como: mudanças súbitas de comportamento, retraimento ou inibição social, apresentar sinais de medo de estar em casa com uma pessoa em particular, ter um acompanhante que procura controlar a entrevista clínica, para dar alguns exemplos. Estes sinais comportamentais, requerem o conhecimento do funcionamento habitual da pessoa idosa como base de comparação dos padrões comportamentais, e, portanto, requerem muita prática e habilidade por parte do profissional que os deteta.

Para além de sinais de abuso, há ainda fatores de risco que ajudam na identificação, embora de forma mais limitada. Alguém em risco de abuso não sofre necessariamente de abuso; no entanto, o conhecimento sobre os fatores de risco pode permitir sinalizar casos que necessitem de especial atenção no futuro. Podem ser distinguidos fatores de risco da pessoa idosa e do cuidador (Reis & Nahmiash, 1998). Os principais fatores de risco da pessoa idosa incluem: ter sido alvo de abuso no passado, a existência de conflito familiar, não compreender possíveis condições médicas de que padece, estar socialmente isolado e não dispor de apoio social. Já para o cuidador, os principais fatores de risco são: ter problemas de comportamento, ser financeiramente dependente da pessoa idosa, ter problemas mentais ou emocionais, ter problemas a nível do abuso de substâncias e ter expectativas irrealistas sobre a relação com a pessoa idosa e o seu comportamento. É de salientar

que, na sua generalidade, e na investigação de Reis & Nahmiash (1998), os fatores de risco do prestador de cuidados estavam mais fortemente associados ao abuso do que os da pessoa idosa.

A utilização de sinais de abuso e fatores de risco é particularmente difícil. Em primeiro lugar, o seu reconhecimento implica um conhecimento aprofundado sobre as pessoas envolvidas, o seu ambiente familiar e o contexto cultural e social em que se encontram inseridos. Em segundo lugar, a identificação destes sinais requer competências de observação e entrevista muito apuradas, geralmente adquiridas com uma longa experiência profissional e, mesmo assim, estão associadas a um certo nível de ambiguidade e incerteza para o profissional. Em terceiro lugar, alguns sinais de abuso podem, na realidade, dever-se a outras patologias ou terapêuticas medicamentosas, pelo que a sua utilização na identificação de abuso deve ser feita com muita cautela. No entanto, o poder destas observações clínicas não pode ser descartado e podemos seguramente afirmar que este é um método válido para levantar suspeitas de abuso e identificar casos que necessitem de um acompanhamento próximo.

UTILIZAÇÃO DE MEDIDAS DE DESPISTE

As medidas de abuso representam uma forma padronizada de inquirir as pessoas idosas sobre o abuso. A sua utilização, embora seja uma prática ainda pouco comum em Portugal, é já frequente em outros países. De acordo com Cohen (2011), as medidas de despiste podem ser classificadas em três categorias: questionamento direto, inventários de sinais de abuso e indicadores de fatores de risco de abuso. Os instrumentos de questionamento direto consistem em conjuntos de questões diretamente colocadas à pessoa idosa ou administradas sob a forma de autorrelato com o intuito de elicitare a revelação de episódios de abuso. Estas medidas constituem, portanto, uma forma padronizada de procurar a revelação do abuso quando ele não é ainda conhecido. Sendo imprescindível a confiança nas respostas, a aplicação destes instrumentos é limitada a pessoas idosas sem sinais de défice cognitivo. Já os inventários de sinais de abuso consistem em listagens e descrições de sinais de várias formas de abuso (por exemplo, hematomas suspeitos). A utilização deste tipo de medida requer as mesmas competências de observação e entrevista descritas na secção anterior. Esta técnica difere da descrita na secção anterior apenas pela sua sistematicidade. Enquanto no método anterior a experiência clínica orienta a observação, nas medidas de despiste existe uma listagem de sinais para o profissional procurar. Uma desvantagem premente deste tipo de medida é que a sua validação é muito rara e sendo o abuso ou a sua interpretação, influenciados por normas culturais, a sua utilização deve ser efetuada com cuidados. Na terceira categoria, instrumentos que se baseiam em indicadores de fatores de risco, estão incluídos instrumentos que não medem diretamente abuso, mas, sim, o risco de a pessoa idosa estar a ser ou vir a ser alvo de abuso. Como explorado anteriormente, risco não significa obrigatoriamente abuso, tomando este tipo de instrumento mais adequado para a sinalização de casos que merecem acompanhamento numa perspetiva de prevenção do que para a identificação propriamente dita. Podendo os fatores de risco ser influenciados pela cultura, a utilização de traduções deste tipo de instrumentos deve ser feita com muita cautela. Uma listagem de vários instrumentos agrupados por esta classificação e com indicações sobre a sua validação para a população portuguesa pode ser encontrada em Fundinho e Ferreira-Alves (2019). Uma análise mais exaustiva, com outros tipos de instrumentos igualmente úteis, foi feita por Fundinho e colaboradores (2021).

As três categorias de medidas de despiste acima descritas não diferem apenas na forma da aplicação ou no método de construção, mas também nos resultados encontrados. Num estudo de Cohen, Levin, Gagin e Friedman (2007), foi aplicado um instrumento de cada um destes tipos a

pacientes e cuidadores em dois hospitais em Israel. A disparidade de resultados foi muito considerável, tendo o instrumento de questionamento direto ajudado na revelação de abuso de 5,9% dos respondentes, enquanto são 21,4% os respondentes que apresentavam sinais evidentes de abuso. Para completar o cenário, um instrumento de avaliação do risco indicou que 32,6% dos respondentes se encontravam sob elevado risco de abuso. Devido a esta disparidade, os autores recomendam a utilização integrada de mais do que um tipo de instrumento, validando assim as observações com mais do que uma medida.

Alguns autores defendem a aplicação, por rotina, de medidas de despiste de abuso. Esta aplicação tem as suas vantagens e desvantagens. A nível das vantagens, sendo metodologias estandardizadas com procedimentos claros, evitam que se deixem perguntas por fazer ou vias por explorar e, em certa medida, podem permitir sinalizar situações de risco a ser acompanhadas a título preventivo. Há, no entanto, várias desvantagens, começando pela baixa capacidade discriminativa das medidas de despiste existentes. O número de falsos positivos e falsos negativos detetados nestas medidas é preocupante e podem exigir erroneamente a alocação de recursos que não existem. Outro ponto importante é o contexto em que é feito o despiste. A aplicação destas medidas pode exigir conhecimento do historial de cada respondente e exige o estabelecimento de uma relação de confiança adequada à revelação do abuso. Neste sentido, a aplicação rotineira destas medidas pode exigir tempo de que o profissional não dispõe. Por fim, há a questão da banalização das medidas, que aumenta a facilidade em manipular as respostas. Tendo em conta as medidas e os recursos disponíveis, esta avaliação de rotina não parece ser útil, de momento. Ademais, não se dispõe de dados que garantam que esta inquirição sistemática e intencional do abuso seja uma metodologia vantajosa, pelo que talvez seja ainda muito cedo pensar na sua implementação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que nenhum método de identificação de abuso é perfeito, pelo que não sugerimos que a procura do abuso seja sistemática e aplicada cegamente, mas apenas quando o profissional, por um julgamento clínico, a designe como importante. Importa ressaltar também que pode existir um conjunto alargado de obstáculos à identificação do abuso. Défices cognitivos, presença de algumas patologias e, inclusivamente, algumas formas de medicação podem interferir com a identificação do abuso ou criar dúvidas quanto à sua verosimilhança. O *follow-up* das avaliações e o acompanhamento dos casos assume aqui um papel fundamental e crítico para substanciar suspeitas, ou, mais importante, proteger as pessoas idosas. O abuso mantém-se apenas se ocorrer em segredo, pelo que, por vezes, o acompanhamento frequente das pessoas idosas e dos ambientes familiares em risco pode ser o suficiente para manter a pessoa idosa em segurança. Este acompanhamento torna-se ainda mais importante quando a pessoa idosa decide não fazer a revelação ou não apresentar denúncia no imediato. Enquanto profissionais de saúde, parece-nos que o respeito pelos direitos e decisões da pessoa idosa não deve, por princípio, ser menos priorizado do que a judicialização do abuso. Por vezes, pode-se cair na tentação de procurar a todo o custo convencer a pessoa idosa a denunciar o abuso, colocando-a numa posição que não deseja ou em que não se encontra confortável ou em que corre efetivamente mais riscos. Esta postura pode, por si só, constituir um desrespeito pelas escolhas e decisões da pessoa idosa e, em consequência, ser abusivo. Uma postura de acompanhamento e compreensão centrada nas necessidades que a pessoa apresente, mostrando disponibilidade e validando o seu sofrimento parece-nos ser a atitude mais adequada para lidar com a maioria dos casos. Na ânsia de "salvar" alguém numa situação de potencial abuso, podemos incorrer em ações ainda mais danosas do que

aquelas em que a pessoa idosa se encontra. Estamos conscientes, contudo, de que há casos que são de judicialização imediata, tanto por ser a atitude mais protetora para a pessoa idosa como pela gravidade do abuso.

BIBLIOGRAFIA

- Bisson, J. I., & Lewis, C. (2009). Systematic Review of Psychological First Aid. World Health Organization. Disponível em: <http://mhps.net/wp-content/uploads/group-documents/148/1321872322-PFASystematicReviewBissonCatrin.pdf>.
- Cohen, M. (2011). Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 18(6):261-270.
- 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. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01269.x.
- Fundinho, J. F., & Ferreira-Alves, J. (2019). Conhecer o Fenómeno: Tópicos para a formação básica de profissionais. In Paulino, M., & Costa, D. (Eds.), *Maus-tratos a pessoas idosas* (pp. 191-209). Lisboa: PACTOR.
- Fundinho, J. F., Machado, M., Petronilho, F., & Ferreira-Alves, J. (2021). *What we know about screening older adults for mistreatment: results from the SAVE Project literature review*. Disponível em: <https://www.project-save.eu/>.
- National Center on Elder Abuse (s.d.). *Frequently Asked Questions, Types of Abuse*. Disponível em: <https://ncea.acl.gov/faq/abusetypes.html>
- Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the Indicators of Abuse (IOA) screen. *Gerontologist*, 38(4):471-480. doi:10.1093/geront/38.4.471.