

Fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa: revisão sistemática

Risk factors for the occurrence of violence against the elderly: A systematic review

Coralie Sandrine Alves¹, Carla Serrão²

¹ ACeS Cávado III Barcelos-Esposende, Portugal.

² Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto, Porto, Portugal.

ARTICLE INFO

Article history

Received: 21/02/2018

Accepted: 19/05/2018

Correspondent Author

Coralie Sandrine Alves
Rua de Soutelo, 310 – Cabaços
4990-565 Ponte de Lima, Portugal
 orcid.org/0000-0002-4573-1267
<coraliesandrinalves@gmail.com>

© 2018 All rights reserved

Editors

Alfredo Cataldo Neto
Paula Engroff

RESUMO

OBJETIVOS: Apresentar e sistematizar, através de uma revisão sistemática, as evidências científicas acerca dos fatores de risco de violência contra as pessoas idosas, de forma a traçar linhas estratégicas preventivas e interventivas. **FONTE DOS DADOS:** Foram consultadas as bases de dados científicas Pubmed/Medline®, EBSCO® e Cochrane Library®, no período de 1 de janeiro de 2012 até 31 de dezembro de 2016, nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola e francesa, sobre os termos Medical Subject Headings: “elder abuse” e “risk factor”, com auxílio de operadores booleanos (AND); parênteses para ordenação dos operadores e aspas para identificação de palavras compostas. Foram considerados 115 documentos para a análise, de onde foram extraídos 13. **SÍNTESE DOS DADOS:** Detectou-se que a violência física é a forma mais prevalente e que são as mulheres de idade mais avançada as que apresentam maior risco de sofrer de violência. As dinâmicas e os conflitos familiares constituem-se também como fatores de risco para a ocorrência deste fenómeno nas pessoas idosas. **CONCLUSÕES:** Esta revisão identifica relevantes lacunas de conhecimento na área da violência contra as pessoas idosas, patentes na falta de consistência na definição de violência e formas de violência, nos poucos estudos de rastreio e na detecção, intervenção e prevenção do fenómeno. Consequentemente, e apesar da posição privilegiada do médico de família/profissional de saúde na comunidade, a ausência de diretrizes de atuação impede uma intervenção mais eficiente, tanto na detecção, como na prevenção do fenómeno.

DESCRITORES: violência na pessoa idosa; fatores de risco; cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

AIMS: The aims of this systematic review is to present and systematize the scientific evidence about the risk factors of violence against the elderly, in order to draw up strategic prevention and intervention lines. **SOURCE OF DATA:** The scientific databases Pubmed/Medline®, EBSCO® and Cochrane Library® were consulted from January 1, 2012 until December 31, 2016 in Portuguese, English, Spanish and French, on the terms Medical Subject Headings: “Elder Abuse” and “Risk Factor”, with the help of Boolean Operators (AND); parentheses for ordering operators and quotation marks for identifying composite words. At the end, 115 documents were considered for the analysis, from which 13 were extracted for the final analysis. **SUMMARY OF FINDINGS:** It was found that physical violence is the most prevalent form and that women in advanced age are those most at risk of violence. Family dynamics and conflicts are also risk factors for the occurrence of this phenomenon in the elderly. **CONCLUSIONS:** This review identifies relevant knowledge gaps about the subject of violence against the elderly, demonstrated by the lack of consistency in the definition of violence and forms of violence, the lack of screening studies, and of detecting, intervening and preventing the violence in this age group. Consequently, and despite the privileged position of the family physician/health professional in the community, the absence of guidelines hampers a more efficient action in detection and prevention of the phenomenon.

KEYWORDS: elder abuse; risk factor; primary care.

INTRODUÇÃO

A violência contra as pessoas idosas só nas últimas três décadas passou a ser um fenômeno de interesse e produção investigativo, por um conjunto de razões.¹ Por um lado, pelo facto deste fenômeno ganhar maior visibilidade em sequência de mudanças ao nível do perfil demográfico e individual. Por outro, pelo fato de a violência contra as pessoas idosas ter adquirido o estatuto de problema de saúde pública.^{2,3}

A visibilidade deste fenômeno é destacada apenas em 1996, em sede da 49.^a Assembleia Mundial de Saúde⁴, sendo, em 2002, definida pela Organização Mundial da Saúde² (OMS) como: “um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause mal ou aflição a uma pessoa mais velha”. Nesta definição estão patentes fatores como a intencionalidade, a ação, a omissão, a relação, o poder e a dependência, constituindo esta problemática uma violação grave dos direitos humanos.²

O panorama traçado pela OMS é alarmante ao estimar que anualmente cerca de 4 milhões de pessoas idosas experienciam e vivenciam situações de violência e que aproximadamente 2500 morram em sequência de diversas situações de violência a que estão sujeitas. Perante este quadro, é reconhecida a importância de se desenvolver mais investigação neste domínio, de se construírem instrumentos de detecção e avaliação e de se desenhar uma estratégia global de prevenção deste fenômeno social.²

No que concerne ao tipo de violência exercida contra as pessoas idosas, a OMS, categoriza cinco principais formas: “violência física”, definida como qualquer forma de agressão física ou lesão que causa dano à integridade física (e.g., golpes, queimaduras, administração abusiva de fármacos ou tóxicos, imobilização); “violência psicológica, emocional e/ou verbal” que integra todas as ações que produzem sofrimento, angústia, ou aflição (e.g., isolamento social, comentários depreciativos, ameaças de institucionalização); “violência sexual”, ou seja, qualquer contacto sexual não consensual (e.g., conversa sugestiva, atividade sexual forçada); “violência económica ou financeira”, definida como uso inapropriado ou ilegal de dinheiro, propriedades ou património (e.g., roubo de cheques, exploração financeira e chantagem económica); e “Negligência” que corresponde a uma forma intencional ou não intencional de não prestar os devidos cuidados à pessoa idosa, necessários para o seu bem-estar (e.g., negação de alimentos, água, higiene, cuidados de habitação, ambiente seguro e de cuidados médicos).^{2,5}

Os estudos de prevalência que permitem estimar a magnitude deste fenômeno, tanto em termos internacionais como nacionais, além de escassos, impedem o cruzamento e comparação de dados, na medida em que são utilizadas uma multiplicidade de desenhos, metodologias, instrumentos de avaliação, pontos de corte da violência e definições operacionais distintas. Embora estes condicionalismos, nos últimos vinte anos, foram realizados vários esforços com vista a afigurar esta problemática.⁶

A primeira pesquisa epidemiológica de base populacional sobre a violência contra as pessoas idosas, foi realizada nos Estados Unidos, tendo-se concluído que 32 em cada 1000 pessoas idosas já tinham sido vítima de violência (violência física, agressão verbal e negligência).⁷

O estudo de revisão sistemática conduzido por Cooper e colegas⁸, sobre os estudos de prevalência desenvolvidos mundialmente, antes de outubro de 2006, indica que o intervalo de prevalência variou entre 3,2%-27,5% e que uma em cada quatro pessoas idosas corre o risco de violência, contudo apenas uma pequena proporção foi detetada.

Também Dong⁹, em um estudo publicado em 2015, chega a resultados muito similares, a partir de uma revisão sistemática; concluiu que na América do Norte e do Sul, a prevalência da violência foi de 10%; na Europa, estimou-se que o fenômeno oscilou entre 2,2%, na Irlanda, e 24,25%, na Croácia; e no continente Africano, a prevalência variou entre 30% e 43,7%.

No estudo de revisão sistemática realizado por Santos et al.¹⁰, as taxas globais de prevalência da violência estimaram variações entre 0,8% (Espanha) e 18,4% (Israel).

Também o Projeto Europeu de prevalência da violência contra as mulheres idosas, estudo realizado em 2011, traça um retrato sobre o fenômeno em 5 países Europeus (Áustria, Bélgica, Finlândia, Lituânia e Portugal). Na amostra global conclui-se que 28,1% das mulheres com mais de 60 anos tinham sofrido, no último ano, qualquer tipo de violência, sendo que foi em Portugal onde se registou uma taxa de violência mais elevada (39,4%). Nos restantes países analisados, a taxa de violência contra as pessoas idosas foi de 32%, 25,1%, 23,8% e 21,8%, Bélgica, Finlândia, Áustria e Lituânia, respetivamente.¹¹

No que concerne às formas mais frequentes de violência nesta fase do ciclo vital, os resultados apontam para a violência psicológica, emocional e/ou verbal⁹⁻¹², para a violência económica ou financeira⁹⁻¹¹ e para a negligência.

Em relação aos fatores de vulnerabilidade/ risco analisados, verificou-se que a violência parece ser mais

comum em comunidades minoritárias, em pessoas do gênero feminino, pessoas com 75 anos ou mais de idade, a residirem com familiares, com problemas de saúde e com literacia pobre.^{9,10,13}

Um estudo português retrospectivo baseado em denúncias e avaliações forenses, permitiu concluir que “a incapacidade”, constitui-se como um fator de risco para ocorrência de violência e que 5,5% dos casos se referiam a pessoas idosas com incapacidade moderada ou severa.¹⁴

Já no que se refere aos efeitos da violência, estes incluem o sofrimento psicossocial, a morbidade (maior uso de serviços de saúde, do serviço de urgências e hospitalizações) e mortalidade prematura.¹⁵⁻²¹

Perante o retrato internacional e nacional que é possível traçar, conclui-se que o fenómeno se constitui como um “problema complexo, histórico e dinâmico que está disseminado por todos os estratos sociais”; um modo oculto de conflito inter-familiar e de estigma social, onde é urgente aumentar a visibilidade, tanto junto dos grupos de maior vulnerabilidade, como na sociedade em geral e da existência de poucas estratégias de reconhecimento deste tipo de violência como um fenómeno social e global.^{22,23}

O médico de família ou outro profissional de saúde, pela sua proximidade à comunidade e pelos seus recursos, encontra-se numa posição privilegiada para a deteção precoce da violência contra a pessoa idosa, passando, necessariamente, pelo seu entendimento do fenómeno enquanto problema de saúde pública e de direitos humanos, transversal a diferentes contextos sociodemográficos e socioeconómicos.

Apesar de tudo, estes profissionais não dispõem de orientações claras para a deteção e avaliação do fenómeno, não existindo até ao momento consenso acerca do rastreio dos fatores de risco para a ocorrência de violência o que dificulta o reconhecimento de estar perante uma pessoa idosa vítima de violência.^{10,24-28}

Neste sentido, não raras vezes, as situações e queixas clínicas apresentadas pela pessoa idosa são confundidas com situações inerentes ao próprio processo de envelhecimento (e.g., fragilidade cutânea, fratura por osteoporose, má cicatrização de feridas, hemorragia vaginal por diminuição de estrogénios, escoriação perineanal por incontinência), ou a doenças subjacentes (e.g., púrpura senil, anorexia por doença mental, hematoma por coagulopatia, complicações relacionadas com a descompensação da Diabetes Mellitus).²⁴

Por fim e decorrente dos fatores anteriormente explorados, verifica-se também a inexistência de uma rede estruturada e multiprofissional para o rastreio da violência contra a pessoa idosa e a falta de denúncia

por parte das vítimas ou por parte de testemunhas, leva a uma subnotificação desses casos.^{11,29}

Por esta ordem de razões, o objetivo deste trabalho é o de contribuir para a sistematização de evidências científicas acerca dos fatores de risco de violência contra as pessoas idosas, de forma a traçar linhas estratégicas preventivas e interventivas.

MÉTODOS

Procedeu-se a uma revisão sistemática de artigos empíricos em diferentes bases de dados científicas Pubmed/Medline®, EBSCO® e Cochrane Library®. A busca compreendeu o período de 1 de janeiro de 2012 até 31 de dezembro de 2016, de artigos em língua portuguesa, inglesa, espanhola e francesa, sobre os termos *Medical Subject Headings* (MESH): “elder abuse” e “risk factor”.

Como critério de inclusão definiu-se os estudos, com avaliação dos fatores de risco para ocorrência de violência na comunidade em pessoas idosas com 60 anos ou mais de idade, com descrição dos mesmos de forma quantitativa e não qualitativa, isto é, com descrição do Odds Ratio (OR) e com intervalo de confiança (IC) de 95% e $p < 0.05$.

Inicialmente, procedeu-se à pesquisa nas bases de dados escolhidas, sendo de seguida selecionados os artigos publicados nos idiomas e período acima referidos. Procedeu-se à leitura do título e quando este pareceu relevante foi lido o respetivo resumo. Foram excluídos os artigos sem resumo disponível, com acesso limitado ao texto integral e escritos em idiomas diferentes dos selecionados, os artigos não concordantes com o tema e os artigos duplicados. Foram também excluídos os artigos de revisão, editoriais, *guidelines*, estudos qualitativos, baseados em casos clínicos, sobre a autonegligência, assim como estudos não concordantes com os critérios de inclusão. Foram ainda consultados *sites* governamentais. Em alguns casos, foram consultados artigos fora do intervalo temporal pela sua relevância de acordo com o tema.

A seleção dos artigos e a extração dos dados foram feitas pelas duas investigadoras de forma independente, com a coleta das seguintes informações: autor(es), ano de publicação, características da amostra, instrumentos utilizados e principais resultados e limitações identificadas pelo(s) autor(es).

A avaliação da qualidade dos estudos seguiu as recomendações da Colaboração Cochrane³⁰ para a avaliação do risco do viés dos estudos incluídos. Neste sentido, os textos selecionados foram classificados pelas investigadoras, segundo a Escala Newcastle-Ottawa Scale modificada e adaptada pelas autoras (Tabela 1).

Tabela 1. Escala de Newcastle-Ottawa adaptada para a avaliação da qualidade dos estudos, utilizando a definição de violência contra a pessoa idosa segundo a WHO³

Exposição	
Obtenção de variáveis independentes	a) Registo seguro e medidas primárias* (baixo risco de viés) b) Entrevista estruturada e medidas primárias, sem conhecimento do desfecho* (baixo risco de viés) c) Entrevista com o conhecimento do desfecho (alto risco de viés) d) Sem descrição clara (risco incerto de viés)
Desfecho	
A avaliação da violência está adequada	a) Sim, de acordo com a WHO (2012)* (baixo risco de viés) b) Sim, mas com algumas modificações (1-2 componentes) (risco incerto de viés) c) Outra fonte, mas semelhante a definição de acordo descrita pela WHO (risco incerto de viés) d) Com muitas modificações (3 ou mais componentes) (alto risco de viés) e) Sem descrição clara (risco incerto)
Representatividade da amostra	a) Representativa da comunidade* (baixo risco de viés) b) Amostra aleatória, mas não representativa da comunidade (risco incerto de viés) c) Sem descrição clara (risco incerto de viés) d) Possibilidade de viés de seleção (alto risco de viés)
Seleção dos participantes	a) Comunidade* (baixo risco de viés) b) Outra fonte (risco incerto de viés) c) Sem descrição (risco incerto de viés)
Conhecimento do desfecho no início do estudo	a) Não * (baixo risco de viés) b) Sim (alto risco de viés)

Esta classificação baseia-se num sistema de estrelas que integra três dimensões: a seleção dos grupos de estudo, a comparabilidade dos grupos e a verificação da exposição ou resultado de interesse para estudos caso-controle ou coorte. Nessa escala, há uma série de opções em que aquela que reflete melhor a qualidade é pontuada por uma estrela, sendo que quanto maior for quantidade de estrelas mais elevada é a qualidade do estudo.³⁰⁻³²

RESULTADOS

Conforme consta na **Figura 1**, inicialmente foram localizados 114 artigos. Destes, foram excluídos: 66 artigos por não terem o texto disponível na íntegra,

ausência de resumo, ou com texto integral em língua não incluída nos critérios; 5 artigos por serem duplicados; 21 artigos foram excluídos após aplicação do critério de elegibilidade nos títulos e resumos. Considerando os critérios de inclusão, foram analisados 13 artigos, verificando-se diferenças nas definições conceituais e na metodologia, descritas com maior detalhe adiante.³³⁻⁴⁵

Características gerais dos estudos

Nos estudos analisados (**Tabela 2**), verificou-se que os anos com maior número de publicações sobre este fenômeno foram 2015 (n=3) e 2012 (n=3); e que foi nos EUA que houve maior número de contribuição para o conhecimento desta matéria.^{28,30,35,37,39}

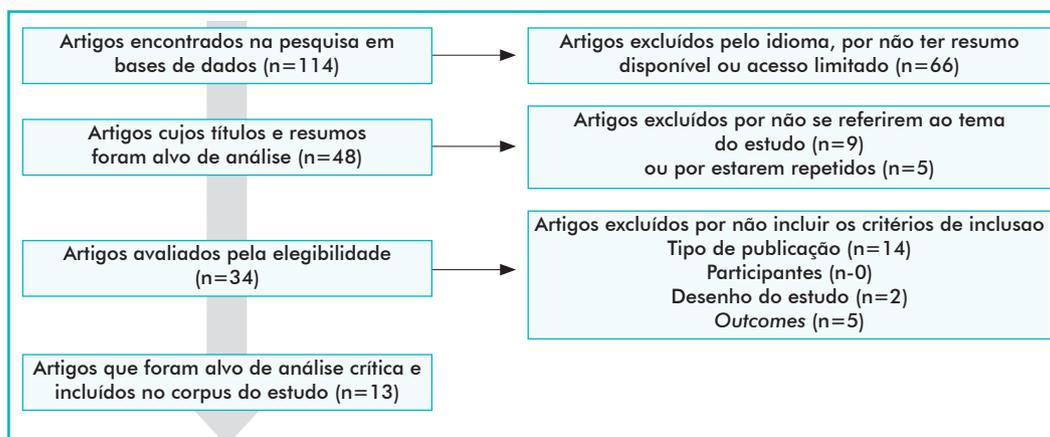


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos

Tabela 2. Estudos sobre violência contra pessoas idosas publicados entre janeiro de 2012 e dezembro de 2016, identificados por autor, ano, amostra, instrumentos utilizados e principais resultados

Estudo Autor(es), ano	Amostra		Instrumentos utilizados	Principais resultados
	n	Idade		
Burnes et al. ²⁸ , 2015	4156	≥ 60	<i>Conflict Tactics Scale (CTS)</i> <i>Mini-Mental State Examination (MMSE)</i>	<p>Maior risco de violência psicológica: Género feminino (OR=1.1, IC 95% [0.7-1.9]); pessoa idosa separada/divorciada (OR=2.69, IC 95% [1.45-4.99]); pessoa com menores rendimentos (OR=1.69, IC 95% [1.00-2.87]).</p> <p>Maior risco de negligência: pessoa idosa separada/divorciada (OR=2.30, IC 95% [1.11-4.76]); pessoa idosa com problemas de saúde (OR=2.13, IC 95% [1.20-3.77]); pessoa idosa pertencente a famílias pobres (OR=2.18, IC 95% [1.17-4.07]).</p> <p>Maior risco de violência física: pessoa separada/divorciada (OR=1.96, IC 95% [1.04-3.68]); pessoa com menores rendimentos (OR=2.16, IC 95% [1.24-3.77]); coabitar com filhos (OR=1.4, IC 95% [0.8-2.4]).</p> <p>Menor risco de negligência: pessoas idosas de raça hispânica (OR=0.16, IC 95% [0.0-0.7]); idade avançada (OR=0.26, IC 95% [0.11-0.61]).</p> <p>Menor risco de violência psicológica: pessoas idosas com maior capacidade funcional, OR=0.84, IC 95% [0.73-0.970]; menor literacia (OR=0.37, IC 95% [0.14-0.97]); idade avançada (OR=0.60, IC 95% [0.37-0.98]).</p> <p>Menor risco de violência física: pessoas idosas com maior capacidade funcional (OR=0.86, IC 95% [0.74-0.99]); menor literacia (OR=0.24, IC 95% [0.10-0.58]); idade avançada (OR=0.37, IC 95% [0.22-0.62]).</p>
Alizadeh-Khoei et al. ²⁹ , 2014	300	≥ 60	Entrevista <i>Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/TEST)</i>	<p>Maior risco de violência: género feminino (OR=2.34, IC 95% [1.17-4.69]); dependência financeira dos filhos por parte da pessoa idosa (OR=2.29, IC 95% [1.09-4.18]).</p> <p>Maior risco de violência física e psicológica: baixo nível de literacia do cuidador (OR=2.73, IC 95% [1.21-6.15]) e (OR=8.51, IC 95% [1.05-68.91]), respetivamente.</p>
DeLiema et al. ³⁰ , 2012	200	≥ 66	Entrevista <i>University of Southern California Older Adult Conflict Scale (USC-OACS)</i> <i>University of California, Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale</i> <i>Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)</i>	<p>Maior risco de abuso de conflito (violência psicológica, física ou sexual): pessoa idosa com nível de literacia alto (OR=5.58, IC 95% 2.08-14.98); com capacidade funcional diminuída (OR=1.28, IC 95% [1.0-1.65]); com história prévia de abuso sexual ou violência física (OR=13.1, IC 95% [5.24-32.83]).</p> <p>Menor risco de abuso de conflito (violência psicológica, física ou sexual): pessoa idosa mais velha (OR=0.90, IC 95% [0.84-0.97]).</p>
Giraldo-Rodríguez, Rosas-Carrasco, & Mino-León ³¹ , 2015	1089	≥ 60	Entrevista <i>Abuse Scale from National Survey of Disability in Mexican population</i>	<p>Maior risco de abuso de conflito (violência psicológica, física ou sexual): maior literacia (OR=5.82, IC 95% [3.58-9.46]); cuidadores desempregados (OR=1.69, IC 95% [1.09-2.63]); estado de saúde geral baixo (OR=2.17, IC 95% [1.35-2.51]); 3 ou mais deficiências (OR=2.91, IC 95% [1.74-4.85]); presença de sintomatologia emocional (OR=1.56, IC 95% [1.13-2.14]); se tiver sido hospitalizada (OR=1.58, IC 95% [1.01-2.47]).</p> <p>Menor risco de sofrer de abuso de conflito: presença de cuidadores primários (OR= 0.53, IC 95% [0.37-0.75]).</p> <p>Maior risco de sofrer de exploração financeira: ≥ 80 anos (OR=2.43, IC 95% [1.39-4.25]); casadas/ou a viverem com cônjuge (OR=.72, IC 95% [1.65-4.48]); maior grau de literacia (OR=5.77, IC 95% [2.79-11.91]); cuidadores desempregados (OR=3.91, IC 95% [1.54-9.93]); mau estado de saúde geral (OR=3.94, IC 95% [6.01-12.83]); presença de 3 ou mais deficiências (OR=2.31, IC 95% [5.87-25.81]); presença de sintomatologia emocional (OR=2.32, IC 95% [1.48-3.65]); hospitalizações prévias (OR=2.16, IC 95% [1.20-3.89]).</p> <p>Pessoas idosas têm menor risco de sofrer de exploração financeira: pessoas idosas do género feminino (OR=0.49, IC 95% [0.30-0.80]).</p>

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Estudo Autor(es), ano	Amostra		Instrumentos utilizados	Principais resultados
	n	Idade		
Ruelas-González et al. ³² , 2016	8894	≥ 60	Entrevista por questionário	Maior risco de violência: pessoas idosas mais jovens (OR=5.7, IC 95% [1.8-17.8]); com escolaridade secundária ou superior (OR=3.6, IC 95% [1.5-8.7]); e com estatuto socioeconômico alto (OR=2.9, IC 95% [1.1-7.3]).
Simone et al. ³³ , 2016	903	≥ 60	Estudo retrospectivo através da consulta de processos das pessoas idosas.	Pessoas idosas que vivem em lares de idosos têm menos risco de negligência (OR=0.02, IC 95% [0.00-0.20]). Pessoas que vivem com o cuidador têm maior risco de maus-tratos (exceto negligência) (OR=18.01, IC 95% [4.43-73.19]).
Gil et al. ³⁴ , 2015	510	≥ 60	Entrevista e questionário. <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i>	Maior risco de violência: pessoas idosas que vivem com o agressor (OR=1.97, IC 95% [1.14-3.40]); presença de relações conflituosas (OR=3.56, IC 95% [2.18-5.80]); baixo ou ausência de suporte social (OR=2.88, IC 95% [1.15-7.15]); gênero feminino (OR=1.33, IC 95% [0.79-2.20]).
Dong, Simon, & Evans ³⁵ , 2012	8932	≥ 65	Entrevista GDS <i>Katz Index of Independence in Activities of Daily Living</i> <i>Nagi Scale</i> <i>Rosow-Breslau Health Scale</i>	Maior risco de violência: em pessoas com maior incapacidade funcional (OR=2.71, IC 95% [1.56-4.64]). Maior risco de violência psicológica: em pessoas com maior incapacidade funcional (OR=2.69, IC 95% [1.27-5.71]). Maior risco de negligência: em pessoas com maior incapacidade funcional (OR=2.66, IC 95% [1.22-5.79]). Maior risco de exploração financeira: em pessoas com maior incapacidade funcional (OR=2.35, IC 95% [1.21-4.55]).
Chokkanattan ³⁶ , 2014	902	≥ 61	<i>CTS</i> <i>Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</i> <i>Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES)</i> <i>Duke Social Support and Stress Scale</i>	Maior risco de violência: pessoas idosas do gênero masculino (OR=0.61, IC 95% [0.40-0.92]); com idade ≥ 71 anos (OR=1.45, IC 95% [1.01-2.09]); pessoas idosas que maltrataram fisicamente membros da família (OR=9.06, IC 95% [2.82-29.04]); cuidadores de meia-idade (OR=2.06, IC 95% [1.01-4.23]); cuidadores com dependência de álcool (OR=3.08, IC 95% [1.68-5.70]); presença de conflitos familiares (OR=14.14, IC 95% [6.63-30.14]); baixa coesão familiar (OR=1.75, IC 95% [1.43-2.15]). Menor risco de violência: cuidador com nível de literacia elevado (OR=0.32, IC 95% [0.11-0.97]).
Hernandez-Tejada et al. ³⁷ , 2013	5776	≥ 60	Entrevista e questionário <i>Short-Form 36 Health Questionnaire</i>	Maior risco de violência física: pessoas idosas não caucasianas (OR=2.19, IC 95% [1.26-3.83]). Mau estado de saúde aumenta o risco de abuso emocional nos hispânicos (OR=1.61, IC 95% [1.15-2.23]) e nas pessoas idosas não caucasianas (OR=1.67, IC 95% [1.19-2.34]). Suporte social baixo aumenta o risco de maus-tratos, sem relação com a etnia ou a raça. Nomeadamente, aumenta o risco do abuso psicológico nos hispânicos (OR=2.28, IC 95% [1.67-3.12]) e nos não caucasianos (OR=2.16, IC 95% [1.56-2.98]). Aumenta o risco de maus-tratos físicos nos hispânicos (OR=2.24, IC 95% [1.25-4.02]) e nos não-caucasianos (OR=1.94, IC 95% [1.94-3.64]).
Dong & Simon ³⁸ , 2013	404	≥ 60	<i>Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)</i> GDS UCLA <i>Loneliness Scale</i>	Maior risco de violência: pessoas com quadro depressivo e a residir em contexto urbano e em contexto rural (OR=1.79, IC 95% [1.39-2.31]) e (OR=1.49, IC 95% [1.15-1.92]), respetivamente; pessoas idosas com menor suporte social e a residirem em contextos urbanos (OR=1.14 IC 95% [1.08-1.20]) e rurais (OR=1.20, IC 95% [1.10-1.31]).

(continua)

Tabela 2 (conclusão)

Estudo Autor(es), ano	Amostra		Instrumentos utilizados	Principais resultados
	n	Idade		
Dong, Simon, & Evans ³⁹ , 2012	6159	≥ 65	Entrevista <i>MMSE</i> <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised</i> (CESD-R)	Maior risco de violência: pessoas idosas com maior incapacidade funcional (OR=4.92, IC 95% [1.39-17.46]). Maior risco de negligência: cada diminuição de 1 ponto na avaliação das Escalas Katz (OR=1.36, IC 95% (1.16-1.59)) Nagi (OR=1.28, IC 95% [1.05-1.56]) e Rosow-Breslau (OR=1.47, IC 95% [1.09-1.99]). Maior risco de violência psicológica: cada diminuição de 1 ponto na avaliação da Escala de Nagi (OR=1,22, IC 95% (1.01-1.46)).
Duque et al. ⁴⁰ , 2012	274	≥ 60	Cadernos de atenção básica: Violência <i>The Lawton IADL Scale</i> <i>Katz Index of Independence in Activities of Daily Living</i>	Maior risco de violência: pessoas idosas do gênero feminino (OR=2.0, IC 95 % [1.0-4.0]); pessoas idosas que coabitam com 6 ou mais pessoas (OR=2.4, IC 95% [1.0-5.3]).

Salienta-se que em Portugal, apenas foi identificado um estudo.³⁴

A definição da população idosa em termos de faixa etária também não foi unânime. Os estudos têm sido direcionados, na sua maioria, para indivíduos com 60 ou mais anos de idade.^{33,34,36-39,41,43,45} Outros integram grupos etários de indivíduos com 65 ou mais anos de idade.^{35,40,44}

Em relação à definição de violência, na quase totalidade dos estudos é utilizada uma definição semelhante ou igual à proposta pela WHO³, à exceção de dois estudos em que apenas são apresentados os tipos de violência, mas sem ser definido este conceito.^{42,45}

No estudo de Deliema et al.³⁵, é apresentado o conceito “abuso de conflito” sendo o mesmo definido pela integração de três tipos de violência: física, psicológica e sexual.

Fica também demonstrada a ausência de evidência e consenso no que diz respeito ao instrumento mais adequado para a deteção de situações de violência contra a pessoa idosa. Nos estudos revisados, constatou-se que a utilização de questionários construídos pelos próprios é o método mais frequentemente utilizado.^{36,37,39,41}

Outros estudos utilizam como instrumentos de avaliação: *Conflict Tactics Scale*^{33,35,41}; *Vulnerability to Abuse Screening Scale*;⁴³ *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test*;³⁴ e *University of Southern California Older Adult Conflict Scale*³⁵. É de referir ainda que em dois estudos, não foi utilizado nenhum instrumento de avaliação da violência, uma vez que a mesma já tinha sido detetada em momentos prévios aos estudos.^{40,44}

O número de participantes variou entre 143 e 8932 e a maioria das amostras não foi representativa da população.

Por fim, verificou-se que em todos os estudos foram disponibilizados intervalos de confiança de 95% para as prevalências estimadas.

Estimativas de prevalência da violência e dos diferentes tipos de violência

As estimativas identificadas para a prevalência da violência evidenciam grande amplitude: entre 1,7% de pessoas de 60 anos ou mais de idade residentes no México³⁷ e 40,4% de pessoas com 66 anos ou mais de idade residentes em Los Angeles.⁴⁰

Tendo em conta a caracterização da violência nas suas várias dimensões, observamos que a violência física é a forma mais relatada pelas pessoas idosas. As prevalências deste tipo de violência evidenciaram, de igual forma, grande amplitude: entre 1,8% de pessoas idosas com mais de 60 anos residentes em Nova Iorque³³ e 87,8% de pessoas com mais de 60 anos residentes em Portugal.³⁹ Este tipo de violência foi o mais reportado pelas pessoas idosas residentes em Portugal³⁹ (87,8%), no Irão³⁴ (70,4%), na Suíça³⁸ (30%), na Índia⁴¹ (12,3%), em Los Angeles³⁵ (10,7%) e em Nova Iorque³³ (1,8%).

A violência psicológica, emocional e/ou verbal, surge usualmente como sendo o segundo tipo de violência mais frequente. No México, foi reportado por 60% da amostra de pessoas idosas,³⁷ na Suíça por 47%³⁸ e em Los Angeles por 25% das pessoas incluídas no estudo.³⁵

A prevalência da violência econômica ou financeira é outra forma de violência frequentemente relatada pelas pessoas idosas. Este tipo de violência foi reportado em diversos contextos socioeconômicos, nomeadamente, em Portugal³⁹ (47,5%), na Suíça³⁸ (35%), em Los Angeles³⁵ (16,7%) e na Índia⁴¹ (12,7%).

Embora este retrato, estes dados devem ser analisados com cautela devido às diferenças metodológicas existentes nos diferentes estudos incluídos.

Variáveis sociodemográficas e sociofamiliares – caracterização da vítima

Considerando os estudos analisados, pode-se elaborar uma aproximação a um perfil sociodemográfico e sociofamiliar das vítimas. Contudo, os resultados são inconsistentes relativamente à influência de algumas variáveis sobre o impacto da ocorrência de violência contra as pessoas idosas.

A vitimização foi mais prevalente em pessoas idosas do gênero feminino.^{33,34,39,45} Resultado contrário foi encontrado no estudo desenvolvido por Chokkanattan⁴¹, em contexto Indiano, onde se descreve a pessoa idosa do gênero masculino com maior risco de vitimização.

Pessoas mais velhas parecem ter maior vulnerabilidade para sofrer violência⁴¹, contudo Ruelas-González et al.³⁷ chegaram a resultados inversos, evidenciando-se que as pessoas idosas mais jovens eram as que apresentavam maior risco de violência.

O grau de literalidade elevado da idosa parece constituir também um fator de risco para a ocorrência de violência.³⁵⁻³⁷

Embora a coabitação seja um dos fatores mais referidos na literatura^{46,47}, dos estudos revistos somente dois mostraram ser esta a variável que aumentava a vulnerabilidade face ao risco de violência.^{38,39}

No que concerne ao nível socioeconômico, embora no estudo de Burnes et al.³³ se tenha concluído que as pessoas idosas ou agregados familiares com rendimentos menores apresentassem maior risco de violência (psicológica, emocional e/ou verbal; física; e negligência), Ruelas-González e colegas³⁷, concluem o oposto. Isto é, são as pessoas idosas com níveis socioeconômicos mais elevados as que apresentam maior risco para a ocorrência de todos os tipos de violência.

As dinâmicas e conflitos familiares surgem nos estudos de Chokkanattan⁴¹ e Gil et al.³⁹, como fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa. Os antecedentes familiares de violência, em que a pessoa idosa tem historial de ter sido ela própria agressora, são identificados nos estudos de DeLiema et al.³⁵ e de Chokkanattan³⁶, como fatores potenciais de risco de violência nesta fase do ciclo vital. Ou seja, a assimetria relacional e o ciclo de violência

perpetuam-se, mas o papel de vítima e agressor é substituído.

O baixo suporte social é considerado uma dimensão suscetível de aumentar o risco do evento da violência contra a pessoa idosa, quer esta resida em contexto urbano, quer em meio rural.^{39,43}

Outro elemento que tem merecido destaque na literatura que estuda o fenômeno da violência contra pessoas idosas, refere-se à raça e etnia. Contudo, os dados não têm sido conclusivos, nem têm permitido corroborar esta ideia. No estudo de Hernandez-Tejada et al.⁴² não foram encontradas quaisquer diferenças entre as raças hispânicas e não-caucasianas. Já no estudo de Burnes e colaboradores³³, as pessoas de raça hispânica apresentavam menor risco de sofrer um tipo particular de violência (negligência).

Variáveis relativas ao estado de saúde

O estado de saúde da pessoa idosa é um dos determinantes amplamente analisados nos estudos revistos. Entres outras, são examinadas variáveis relativas à capacidade funcional, às co-morbilidades e à saúde mental da pessoa idosa.^{35,36,40,41,45}

Particularizando a dimensão capacidade funcional, quase todos os estudos concluem que quanto maior for o grau de dependência do sujeito em atividades de vida diária e em atividades instrumentais de vida diária, maior é o risco de sofrer todos os tipos de violência.^{35,36,40,41}

A existência de múltiplos problemas de saúde da pessoa idosa foi também um determinante para o risco de ocorrência do fenômeno no estudo de Giraldo-Rodríguez e colegas³⁶. Os autores, a partir de uma amostra representativa da população, concluíram que se a idosa que sofria de múltiplas patologias tinha um risco acrescido de sofrer de violência psicológica, emocional e/ou verbal, violência física e violência sexual.

Já no que diz respeito à saúde mental, Dong & Simon⁴³, verificaram que o humor depressivo, perturbação frequentemente relatada na literatura como uma das mais predominantes nesta fase do ciclo vital, constituía um fator de risco para todos os tipos de violência.

Avaliação do risco de viés

Conforme indicado anteriormente, para a avaliação da qualidade dos estudos seguiram-se das recomendações da Colaboração Cochrane³⁰, tendo-se para tal adaptado a Escala Newcastle-Ottawa Scale (**Tabela 3**).

Tabela 3. Avaliação do risco de viés de acordo a Escala New-Castle Ottawa modificada

Estudo	Exposição		Desfecho		
	Obtenção de variáveis independentes	Avaliação da violência está adequada	Representatividade da amostra	Seleção dos participantes	Conhecimento do desfecho antes do início do estudo
Burnes et al., 2015	B	B	I	B	B
Alizadeh-Khoei et al., 2014	B	I	I	B	B
DeLiema et al., 2012	B	I	I	B	B
Giraldo-Rodríguez et al., 2015	B	I	I	B	B
Ruelas-González et al., 2016	A	B	A	B	A
Simone et al., 2016	A	B	A	B	A
Gil et al., 2015	A	B	A	B	A
Dong et al., 2012	B	B	I	B	B
Chokkanattan, 2014	B	I	I	B	B
Hernandez-Tejada et al., 2013	B	I	I	B	B
Dong & Simons, 2013	B	B	I	B	B
Dong et al., 2012 bis	B	I	I	B	B
Duque et al., 2013	B	I	A	B	B

B – baixo risco de viés; I – risco incerto de viés; A – alto risco de viés.

DISCUSSÃO

Os resultados de revisão sistemática permitem concluir que violência contra a pessoa idosa é um fenômeno multifatorial acompanhado de uma complexidade de determinantes socioambientais, histórico-políticos, econômicos, étnicos, de gênero e de classe.^{22,23}

Entre outros fatores de risco para a ocorrência de violência nas pessoas idosas, os estudos selecionados realçam: a idade, o gênero, o grau de literacia, contexto sociofamiliar, suporte social, a incapacidade funcional e as perturbações do humor e cognitivas.

A violência física é a forma mais prevalente de violência, seguida da violência psicológica, emocional e/ou verbal. Este dado não é, porém, concordante com resultados de outras revisões sistemáticas em que se concluiu que a violência psicológica foi o tipo de violência mais frequente.⁹

Embora a maioria dos estudos revistos utilize o conceito e formas de violência contra a pessoa idosa propostas pela WHO, há outros que partem de enquadramentos distintos, facto, provavelmente, relacionado com a ausência de consenso por parte da comunidade científica sobre a definição deste fenômeno e com a novidade científica deste fenômeno.²⁶

A par disso, os diferentes estudos apresentam critérios etários distintos para a categorização desta fase do ciclo vital, logo, em alguns estudos a amostra integra sujeitos com menos de 65 anos e em outros estudos são apenas incluídos pessoas com 65 anos ou mais de idade.

Outro elemento que não é consensual e que condiciona a comparação de resultados, diz respeito aos instrumentos de recolha de dados utilizados para a avaliação do fenômeno.

Também a avaliação da qualidade dos estudos é uma limitação, pois não existe nenhuma escala ou método específico validado com este propósito.³⁰⁻³²

Embora estes constrangimentos, todos os estudos revistos disponibilizam intervalos de confiança para as prevalências estimadas, descrevendo o nível de confiança adotado.

Parante este conjunto de aspetos e uma vez que, de acordo com várias organizações internacionais (e.g., *U.S. Preventive Services Task Force; American Academy of Family Physician-AAFP*), não existe suficiente evidência científica que justifique o rastreio sistemático da violência na pessoa idosa, o Serviço de Cuidados de Saúde Primários deverá ter competências para a deteção de sinais, de sintomas físicos ou comportamentais de alerta associados à violência.^{24,25}

Nesta ordem de ideias, o médico de família/profissional de saúde, enquanto profissional de primeira linha no âmbito dos cuidados de saúde, encontra-se numa posição privilegiada para detectar fatores de risco, de vulnerabilidade e possíveis situações de violência.⁶

Porém, parece que um dos grandes obstáculos na prevenção e deteção de ocorrência de violência nas pessoas idosas se refere à escassa formação destes profissionais no reconhecimento deste fenômeno. A relutância em atribuir aos sinais e aos sintomas apresentados pela pessoa idosa, a possibilidade de estar perante uma situação de violência, o próprio isolamento

das vítimas, o receio em confrontar o agressor e a falta de protocolos de atuação para denunciar a situação de violência, parecem constituir algumas razões explicativas da falha no diagnóstico e da subnotificação de violência nas pessoas idosas.^{6,11,22,23,29}

Um exemplo de boas práticas na detecção, prevenção e intervenção na violência são as unidades especializadas na abordagem da pessoa idosa vítima de violência, desenvolvidas em alguns Estados dos EUA (e.g., *Elder Abuse Forensic Centers-EAFC, Vulnerable Adult Specialist Teams – VASTs e Senior Crime Prevention Unit – SCPU*). Estas unidades, organizadas localmente, são constituídas por equipas multidisciplinares e disponibilizam uma ampla gama de serviços e cuidados para o apoio à vítima idosa. Os primeiros resultados publicados sobre a eficácia deste tipo de intervenção revelam um impacto positivo, tanto na detecção, como na denúncia de situações de violência nas pessoas idosas.⁴⁸⁻⁵⁰

Particularizando o contexto português, verifica-se que ao longo da última década, surgiram orientações prioritárias nesta matéria, expressas em documentos oficiais, como por exemplo, no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas⁵¹ e no Decreto-lei que fundamentou a criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados.⁵²

Porém, em Portugal, não se verificam até à data, meios efetivos de referenciação e a existência de uma rede cuidados personalizados que permitam uma proteção adequada e eficaz das pessoas idosas vítimas de violência. É de realçar também, a parca relação interinstitucional entre os serviços de cuidados primários e o Instituto de Medicina Legal, resultando numa ausência de delineamento de estratégias comuns, tanto preventivas, como interventivas, nesta matéria.

Os problemas éticos que emergem em sequência da detecção deste fenómeno, constituem-se, de igual forma, um desafio. De acordo com o Código Deontológico, o segredo médico é excluído em caso de necessidade absoluta em “defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do médico, do doente ou de terceiros, não podendo em qualquer destes casos o médico revelar mais do que o necessário, nem o podendo fazer sem prévia autorização do Bastonário”.⁵³

Neste sentido, quando há suspeita de “risco de vida e perigo para a saúde ou de vida de terceiros seja grave ou iminente” são consideradas situações que não violam o segredo médico, pelo que o profissional de saúde deverá “tomar as medidas adequadas a evitar que o mesmo se produza, devendo adotar as providências necessárias junto das entidades competentes”.⁵³

É de salientar também que a denúncia sem consentimento da pessoa idosa pode fragilizar a relação

de confiança entre o médico/profissional de saúde e o paciente, dado que viola o segredo profissional a que os profissionais estão obrigados. Nesta ordem de ideias, se a pessoa idosa autônoma não quiser denunciar, dever-se-á respeitar a sua vontade?⁵⁴ Ora, esta incoerência, motivada, por um lado pela obrigatoriedade da denúncia e, por outro lado, pela ausência de uma definição concreta do conceito “perigo de vida ou iminente”, parece concorrer como mais um fator obstaculizador da atuação por parte dos profissionais de saúde.^{14,53}

É, contudo, essencial que o médico/ profissional de saúde esteja sensível para o fenómeno, seja capaz de identificar os sinais e sintomas e conheça todos os procedimentos a desenvolver em caso de suspeita de violência.⁵⁴⁻⁵⁸ Desta forma, os profissionais estarão capazes de elucidar a pessoa idosa sobre a gravidade da situação e sobre os seus direitos, e de estabelecer, de forma célere, um plano de atuação (plano de segurança) rápido e minimizar as graves consequências que podem ocorrer.

Em Portugal, atualmente, o médico de família/ profissional de saúde, em caso de suspeita, tem à sua disposição um conjunto de recursos que pode mobilizar, nomeadamente, pode solicitar o apoio da equipa multi e interdisciplinar dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), pode contactar associações de intervenção comunitária, assim como informar a pessoa idosa dos serviços disponíveis na comunidade que intervêm sobre este fenómeno (e.g., Associação Portuguesa de Apoio à Vítima; Linha Nacional de Emergência Social; Linha do Cidadão Idoso da Provedoria de Justiça; Linha Telefónica de Informação às Vítimas de Violência Doméstica).⁵⁴⁻⁵⁸

Não obstante, as respostas atuais parecem estar mais dependentes do grau de sensibilidade e da formação dos profissionais de saúde e de intervenção social, do que uma lógica de atuação de prevenção primária e secundária, adequados, céleres e efetivos à situação de violência.

É de realçar ainda a existência, em vários países, de quadros legais e normativos, na intervenção junto das pessoas idosas vítimas de violência, na prevenção de situações de revitimização, mas também da obrigatoriedade da denúncia perante um crime, considerado público (EUA: “*The Old American Act*”; França: “*Art. 221-222 du Code Pénal*”; Portugal: Art. 152 e 152-A do Código Penal; Brasil: Política Nacional do Idoso (PNI)).^{59,60,61}

Assim, apesar da existência de recursos, estes apresentam-se frágeis. A gestão local não permite um acesso a todas as pessoas idosas, pelo que é necessário um alargamento dos recursos a toda a população, quer a nível nacional, quer a nível internacional.^{62,63}

COMO INTERVIR – Detecção e sinalização dos casos

Esta revisão permitiu perceber que a verdadeira amplitude desse fenômeno é atualmente desconhecida. A violência contra as pessoas idosas, embora seja um problema de saúde pública internacional crescente, a subnotificação e as suas diferentes características de acordo os países, põe em relevo a necessidade de se desenharem estratégias efetivas na detecção, prevenção e intervenção. É, por isso, essencial uma abordagem em prol da garantia de cuidados e apoio adequados, não só para impedir a revitimização, mas também para reduzir as consequências físicas e psicossociais.

A prevenção primária e secundária do fenômeno passam, substancialmente, pela sensibilização e educação da comunidade, consciencializando a população

para o fenômeno da violência contra as pessoas idosas, encorajando a denúncia e prevenindo o seu acontecimento; pela consciencialização dos profissionais de saúde para a necessidade de formação especializada no reconhecimento de situações de violência nesse grupo etário; e por uma maior e mais eficaz articulação entre os sistemas, tanto na criação de estratégias, como no desenho de normas de atuação, mas também na criação de equipas multidisciplinares treinadas que envolvam profissionais de saúde, de intervenção psicossocial e serviços de apoio à vítima. Deste modo, será possível fornecer um apoio adequado às pessoas idosas vítimas de violência.^{47,62,63}

O emparelhamento entre os resultados desta revisão sistemática e as várias diretrizes internacionais (e.g., *National Research Council, AAFP*), permitiu construir um algoritmo clínico (**Figura 2**) de atuação perante situações de violência em pessoas idosas.^{10,25,48,49}

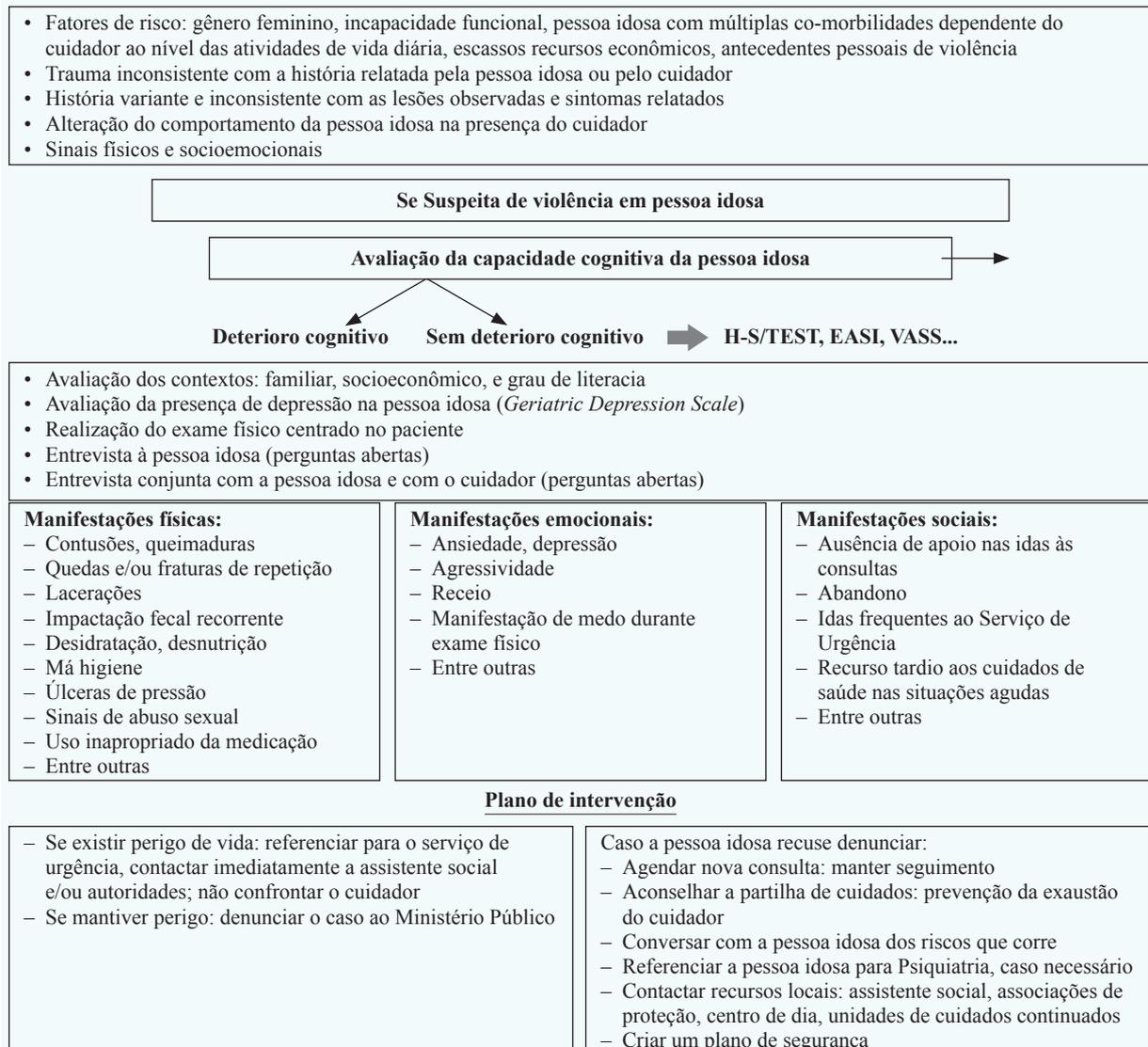


Figura 2. Algoritmo na abordagem e na detecção de situações de violência na pessoa idosa

CONCLUSÕES

Esta revisão identifica relevantes lacunas de conhecimento na área da violência contra as pessoas idosas, patentes na falta de consistência na definição de violência e formas de violência, nos poucos estudos de rastreamento e na detecção, intervenção e prevenção do fenômeno.

A existência de um enquadramento jurídico criminal estruturado, é imprescindível para poder proteger e dar o apoio necessário às pessoas idosas vítimas de violência. A sua articulação com uma rede inter e multidisciplinar e a formação e educação da comunidade, em geral, e dos profissionais, em particular, constituem-se como áreas chave na prevenção do fenômeno.

Torna-se evidente a necessidade de estudos de maior amplitude e de maior qualidade, a fim de obter dados robustos sobre a violência nas pessoas idosas e as diferenças entre as populações. Um melhor conhecimento dos fatores de risco na ocorrência de violência e uma avaliação holística da pessoa idosa, permitiriam um ganho em conhecimentos, e consequentemente o desenvolvimento de estratégias eficazes para a prevenção.

Por fim, considera-se importante a realização e aprovação a nível nacional e internacional de normas e protocolos de atuação uniformizados sobre a ocorrência de violência nas pessoas idosas. Sendo esta, a única forma exequível, que permitirá aumentar a capacidade de detecção e intervenção dos profissionais de saúde, e assim combater este fenômeno ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

REFERÊNCIAS

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB and Lozano R editores; World Health Organization. World report on violence and health. Geneva (Switzerland), World Health Organization; 2002.
- Barnett OW, Miller-Perrin CL, Perrin RD. 3rd edition. In: History and definitions. Barnett O, Miller-Perrin C, Perrin RD, editors. Family violence across the lifespan: an introduction. London: Sage Publications; 1997. p. 3-17.
- World Health Organization. Active Ageing. A Policy Framework. Geneva, (Switzerland), World Health Organization; 2002.
- World Health Organization. Prevention of Violence: A Public Health Priority. Resolution of the World Health Assembly, 49th Session, 25 May 1996. Geneva (Switzerland), World Health Organization; 1996.
- Perel-Levin S. Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level. Geneva; World Health Organization Press; 2008.
- Alves CS., Serrão C. Elder abuse: A Mini Review. Nurse Care Open Acces J. 2017;3:00086.
- Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist*. 1988;28:51-7.
- Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of Elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*. 2008;37:151-60.
- Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63:1214-38.
- Santos AJ, Nicolau R, Fernandes AA, et al. Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 2013;72:53-77.
- Luoma M-L, Koivusilta M, Lang G, et al. Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-Cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal. European Report of the AVOW Project. Finland, National Institute for Health and Welfare; 2011.
- Schrempp L, Graeff B. Percepções sobre violência captadas pelo método do programa Cidade Amiga do Idoso na Mooca (São Paulo). Abstracts from the 1st Symposium of the Interdisciplinary Programs on Aging Network. Rede de Programas Interdisciplinares em Envelhecimento – REPRINTE. PAJAR 2017;5:85-200.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Estatísticas APAV. Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência. (2013-2015). APAV, Lisboa, 2016. [Acesso em 25 Fev 2017]. Disponível em: <www.apav.pt>.
- Frazão SL, Silva MS, Norton P, et al. Domestic violence Against elderly with disability. *J Forensic Leg Med*. 2014;28:19-24.
- Begle AM, Strachan M, Cisler JM, et al. Elder mistreatment and emotional symptoms among older adults in a largely rural population: the South Carolina elder mistreatment study. *J Interpers Violence*. 2011;26:2321-32.
- Olofsson N, Lindqvist K, Shaw BA, et al. Long-term health consequences of violence exposure in adolescence: a 26-year prospective study. *BMC Public Health*. 2012;12:411.
- Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, et al. Adult protective service use and nursing home placement. *Gerontologist*. 2002;42:734-39.
- Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and disability outcomes of self-reported elder abuse: A 12-year prospective investigation. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61:679-85.
- Lachs M, Williams CS, O'Brien S, et al. The mortality of elder mistreatment. *J Am Med Assoc*. 1998;280:428-32.
- Wanderbroocke ACNS, Ocampo CLO. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29:2513-22.
- Paraíba PMF, Silva MCM. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2015;18:295-306.
- Fernandes MJC, Silva AL. Violência contra a pessoa idosa no contexto português: questões e contradições. *RBCEH, Passo Fundo*. 2016;13:68-80.
- Podnieks E, Anetzberger GJ, Wilson SJ et al. View environmental scan on elder abuse. *J Elder Abuse Negl*. 2010;22:164-79.
- Hoover RM, Polson M. Detecting elder abuse and neglect: assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89:453-60.
- Moyer VA, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2013;158:478-86.

26. Roberto KA. The Complexities of Elder Abuse. *Am Psychol.* 2016;71:302-11.
27. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician.* 2012;58:1336-40.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
29. Santos AJ, Alves JF, Penhale B. Prevalence of older adults' abuse and neglect in Portugal: an overview. *Quality in Ageing and Older Adults.* 2011;12:162-73.
30. Higgins JPT, Green S, editors. *The Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions.* Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration; 2011.
31. Wells GA, Shea B, O'Connell D, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. The Ottawa Hospital Research Institute. [Acesso em 18 Abr 2017]. Disponível em: <http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp>.
32. Stang A. Critical evaluation of the Newcastle-Ottawa scale for the assessment of the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. *Eur J Epidemiol.* Springer Verlag. 2010; 25:603-5.
33. Burnes D, Pillemer K, Caccamise PL, et al. Prevalence of and Risk Factors for Elder Abuse and Neglect in the Community: A Population-Based Study. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63:1906-12.
34. Alizadeh-Khoei M, Sharifi F, Hossain SZ, et al. Elder Abuse: Risk Factors of Abuse in Elderly Community-Dwelling Iranians. *Educational Gerontology.* 2014;40:543-54.
35. DeLiema M, Gassoumis ZD, Homeier DC, et al. Determining Prevalence and Correlates of Elder Abuse Using Promotores: Low-Income Immigrant Latinos Report High Rates of Abuse and Neglect. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2012;60:1333-9.
36. Giraldo-Rodríguez L, Rosas-Carrasco O, Mino-León D. Abuse in Mexican Older Adults with Long-Term Disability: National Prevalence and Associated Factors. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63:1594-600.
37. Ruelas-González MG, Duarte-Gómez MB, Flores-Hernández S, et al. Prevalence and factors associated with violence and abuse of older adults in Mexico's 2012 National Health and Nutrition Survey. *Int J Equity Health.* 2016;15:35.
38. Simone L, Wettstein A, Senn O, et al. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Med Wkly.* 2016;146:w14273.
39. Gil AP, Santos AJ, Kislaya I, et al. A sociology of elderly victims of family violence in Portugal. *Cad Saude Publica.* 2015;31:1234-46.
40. Dong X, Simon M, Evans D. A population-based study of physical function and risk for elder abuse reported to social service agency: findings from the Chicago health and aging project. *J Appl Gerontol.* 2014;33:808-30.
41. Chokkanathan S. Factors associated with elder mistreatment in rural Tamil Nadu, India: a cross-sectional survey. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2014;29:863-9.
42. Hernandez-Tejada MA, Amstadter A, Muzzy W, et al. The National Elder Mistreatment Study: Race and Ethnicity Findings. *J Elder Abuse Negl.* 2013;25:281-93.
43. Dong X, Simon MA. Urban and rural variations in the characteristics associated with elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population. *J Elder Abuse Negl.* 2013;25:97-125.
44. Dong X, Simon M., Evans D. Decline in Physical Function and Risk for Elder Abuse Reported to Social Services in a Community-Dwelling Population of Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2012;60:1922-28.
45. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciênc. Saúde Coletiva* 2012;17:2199-208.
46. Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet.* 2004;364:1263-72.
47. Lachs MS, Pillemer K. Elder Abuse. *N Engl J Med.* 2015; 373:1947-56.
48. Schneider DC, Mosqueda L, Falk E, et al. Elder Abuse Forensic Centers. *J Elder Abuse Negl.* 2010;22:255-74.
49. Mosqueda L, Burnight K, Liao S, et al. Advancing the field of elder mistreatment: a new model for integration of social and medical services. *Gerontologist.* 2004;44: 703-8.
50. Velasco JG. Ventura County District Attorney's Senior Crime Prevention program. *J Elder Abuse Negl.* 2000;12: 103-06.
51. Portugal. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa. DGS, 2006. 24p.
52. Criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados Diário da República. 1ª Série A. nº 109 – 6 de junho de 2006. Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho.
53. Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Regulamento nº 707/2016 – Diário da República n. 139/2016, Série II de 21-07-2016.
54. Criação dos ACeS. Diário da República, 1ª série – nº 38 – 22 de fevereiro de 2008. Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro.
55. Linha Telefónica de Informação às Vítimas de Violência Doméstica. [Acesso em 12 jun. 2017]. Disponível em: <<https://www.portaldocidadao.pt>>.
56. Linhas de apoio da segurança social. [Acesso em 12 jun. 2017]. Disponível em: <<http://www.seg-social.pt/linhas-de-ajuda>>.
57. Linha de apoio à vítima. APAV. [Acesso em 12 jun. 2017]. Disponível em: <https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/contactos>.
58. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Manual Títano – Apoio a Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência. APAV. Lisboa; 2010.
59. Institute of Medicine (US); Harris-Wehling J, Feasley JC, Estes CL, editors. Committee to Evaluate the State Long-Term Care Ombudsman Programs. Washington (DC): National Academies Press (US); 1995.
60. Legifrance. Le service public de la diffusion du droit. [Acesso em 18 jun. 2017]. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr>>.
61. Procuradoria Geral de Lisboa. Ministério Público. [Acesso em 18 jun. 2017]. Disponível em: <<http://www.pgdlisboa.pt/home.php>>.

62. Wood S, Bellis MA, Penhale B, et al. Elder Abuse. A review of evidence for prevention from the UK focal point for violence and injury prevention. UK focal point for violence and injury prevention. Centre for Public Health; 2010.
63. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, et al. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*. 2016;6:194-205.

AUTORES:

CORALIE SANDRINE ALVES <coraliesandrinalves@gmail.com>

Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Lúgios, ACeS Cávado III Barcelos-Esposende, Portugal.

 orcid.org/0000-0002-4573-1267

CARLA SERRÃO <carlaserrao@ese.ipp.pt>

Professora Adjunta, Psicóloga; Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto, Porto, Portugal.