






Competências dos médicos no atendimento a idosos em situação de violência: revisão de escopo

Doctors' competences in caring for older people in situations of violence: scope review

Cesar Augusto de Freitas e Rathke¹ 
Gabriela Maria Cavalcanti Costa² 
Rafaella Queiroga Souto³ 

Resumo

Objetivo: descrever, por meio das evidências da literatura, as competências dos médicos de serviços hospitalares diante de situações de violência contra a pessoa idosa (VCPI). **Método:** revisão de escopo com busca em bases de dados/plataformas/buscadores e literatura cinzenta abrangendo Medline; BVS; Embase; CINAHL; *Web of Science*; BDTD, *OpenGrey*, *OpenThesis*, RCAAP, Portal de Teses e Dissertações da CAPES, *DART-Europe E-theses Portal* e *Theses Canada Portal* (catálogos Aurora e Voilà). Os descritores e palavras-chave utilizados, combinados com os operadores booleanos OR, AND e NOT, foram: “Physicians”, “Médicos”, “Atitude”, “Attitude”, “Conhecimento”, “Knowledge”, “Behavior”, “Atendimento Médico”, “Cuidados Médicos”, “Medical Care”, “Serviços Hospitalares”, “Hospital Services”, “Hospital”, “Hospitalists”, “Médicos Hospitalares”, “Maus-Tratos ao Idoso”, “Elder Abuse”, “Physical Abuse”, “Elder Neglect”, “Aged Abuse”, “Elder Mistreatment”. **Resultados:** seis trabalhos foram selecionados. Evidenciou-se falta de conhecimento sobre o tema e a abordagem, e de treinamento específico. Quanto às habilidades, os achados que mais levaram os médicos a suspeitarem de abuso foram achados físicos ligados à aparência, higiene e lesões - problemas de comunicação e relacionamento foram pouco apontados. Na atitude houve pesquisa de abusos em apenas 44% das suspeitas e percentuais baixos ou nulos de denúncia de casos. Apenas um estudo explorou a atitude frente às negligências, onde 24,8% relataram aos serviços sociais e 21,3% informaram à polícia. **Conclusão:** a maioria dos casos de VCPI continua não percebida e, conseqüentemente, não reportada ou manejada. Há múltiplos problemas quanto às competências dos médicos hospitalares ao abordarem tais situações, cenário que expõe a demanda por medidas de sensibilização, capacitação e incentivo ao adequado enfrentamento da VCPI.

Palavras-chave: Serviços de Saúde para Idosos. Maus-Tratos ao Idoso. Competência Clínica.

¹ Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. João Pessoa, PB, Brasil.

² Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Enfermagem. Campina Grande, PB, Brasil.

³ Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, PB, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Edital Universal: 28/2018. N° do processo: 424604-2018-3.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Rafaella Queiroga Souto
rqs@academico.ufpb.br

Recebido: 20/02/2021
Aprovado: 25/05/2021

Abstract

Objective: describing by means of the evidence in the literature, the competences of doctors in hospital services in situations of violence against older people (VAOP). *Method:* scope review with search in databases/platforms/searchers and grey literature covering Medline; VHL; Embase; CINAHL; Web of Science; BDTD, OpenGrey, OpenThesis, RCAAP, Portal de Teses e Dissertações da CAPES, DART-Europe E-theses Portal and Theses Canada Portal (Aurora and Voilà catalogs). The descriptors and keywords used, combined with the Boolean operators OR, AND, NOT were: “Physicians”, “Doctors”, “Attitude”, “Attitude”, “Knowledge”, “Knowledge”, “Behavior”, “Medical Care”, “Medical Care”, “Medical Care”, “Hospital Services”, “Hospital Services”, “Hospital”, “Hospitalists”, “Hospital Doctors”, “Older People Abuse”, “Older People Abuse”, “Physical Abuse”, “Older People Neglect”, “Aged Abuse”, “Older People Mistreatment”. *Results:* six papers were selected. There was a lack of knowledge on the topic and the approach, and of specific training. As for skills, the findings that most led doctors to suspect abuse were physical findings linked to appearance, hygiene and injuries - communication and relationship problems were little mentioned. In the attitude, there was a research of abuse in only 44% of the suspicions and low or null percentages on case reporting. Only one study explored the attitude towards negligence, where 24.8% reported to social services and 21.3% informed the police. *Conclusion:* most cases of VAOP remain unnoticed and therefore unreported or unhandled. There are multiple problems regarding the competences of hospital doctors when dealing with such situations, a scenario that exposes the demand for measures to raise awareness, training, and encouragement to adequately deal with VAOP.

Keywords: Health Services for the Aged. Elder Abuse. Clinical Competence.

INTRODUÇÃO

O percentual de idosos na população cresce rapidamente. No Brasil, prevê-se aumento superior à média mundial: os idosos de 60 anos ou mais em 1950 correspondiam a 4,9% do total da população e atingiram 14% em 2020¹. Esse crescimento, associado às mudanças nas famílias e às transformações sociais, tem se traduzido no aumento da Violência Contra a Pessoa Idosa (VCPI)².

Múltiplos tipos de violência os vitimam: abusos e maus-tratos de ordem física, emocional, financeira, sexual, bem como abandono, negligência e autonegligência, em quaisquer ambientes. Tais agressões, independentemente do tipo, podem causar sofrimento psíquico intenso, aumento de adoecimentos físicos e da utilização de serviços de saúde, traumas e até levar à morte^{3,4}. A questão é, portanto, multifatorial revestida de grande complexidade e, usualmente, subnotificada⁵.

O Estatuto do Idoso tipifica a VCPI, preconiza a notificação compulsória mesmo em suspeitas e defende a punição⁶. O Ministério da Mulher, da

Família e dos Direitos Humanos (MDH), por meio do Disque 100, revela que o número de denúncias saltou de 8.224 em 2010 para 37.454 em 2018, sendo as principais: Negligência (79,54%), Abuso Financeiro e Econômico/Violência Patrimonial (41,7%) e Violência Física (26,49%)⁷.

Sendo a VCPI frequente, impactante e pouco diagnosticada, o contato do idoso com a equipe médica pode ser oportunidade única para detecção e abordagem^{8,9}. Há evidências de que idosos vítimas de violência e negligência têm menor probabilidade de receber atendimento em atenção primária à Saúde (APS) do que outros idosos. Porém, provavelmente, receberão cuidados hospitalares, geralmente emergenciais, com maior frequência⁸.

A atuação do médico transcende o diagnóstico e manejo de efeitos físicos da violência. Deve participar da organização da abordagem multiprofissional, sensibilizar os profissionais e encaminhar o tratamento das repercussões e a responsabilização dos causadores⁸. Para tal, deve ter as competências necessárias para o atendimento de VCPI.

Na Saúde as competências são consideradas como conhecimentos, habilidades e atitudes exigidos para resolver os problemas de forma eficiente e eficaz. Esses três aspectos são conhecidos pelo acrônimo CHA. O conhecimento é o saber teórico, adquirido com escolaridade, experiência e facilitadores. A habilidade é o saber fazer, colocar em prática o conhecimento, e depende de treino e experiência. Atitude é querer fazer, implantar a prática, fazer acontecer. Médicos precisam desenvolver as essenciais (conhecimento, interesse e pesquisa de casos, capacidade de identificação e manejo destes), o que assegura perícia e confiança para atuar com pacientes, familiares/cuidadores, colegas e sistemas de saúde diante da VCPI¹⁰.

Na literatura há poucos estudos enfatizando o atendimento médico de VCPI, muitos focados em contextos de urgência/emergência⁸. Diante desse cenário justifica-se o presente trabalho, uma revisão de escopo cujo o objetivo é descrever, por meio das evidências da literatura, as competências dos médicos de serviços hospitalares em relação à VCPI, divididas em conhecimentos, habilidades e atitudes¹¹.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo com análise da informação sobre o atendimento médico em serviços hospitalares a idosos vítimas de violência, conforme o método proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI). Esse tipo de estudo mapeia os principais conceitos, elucida áreas de pesquisa e identifica lacunas do conhecimento¹².

Na elaboração foi seguido o protocolo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis - Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), para agregar confiabilidade à revisão pelo refinamento do

processo de análise e relato dos estudos incluídos¹³. A busca sistemática foi realizada entre agosto e outubro de 2020 nas bases/plataformas de dados Medline; Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Embase; Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); e *Web of Science*.

A busca de literatura cinzenta e estudos não publicados incluiu: Base Digital de Teses e Dissertações (BDTD), *OpenGrey*, *OpenThesis*, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Portal de Teses e Dissertações da CAPES, *DART-Europe E-theses Portal* e *Theses Canada Portal* (catálogos Aurora e Voilà). Adicionalmente foi utilizada a estratégia de busca *Snowballing* nas referências dos artigos selecionados para esta revisão¹⁴.

Este estudo seguiu a estratégia PCC, acrônimo para População (P), Conceito (C) e Contexto (C)¹¹; sendo P (médicos de serviços hospitalares), C (conhecimentos, atitudes e habilidades dos médicos hospitalares sobre VCPI) e C (idosos vítimas de violência atendidos em serviços hospitalares). Desta surgiu a questão norteadora: quais as competências apresentadas pelos médicos hospitalares diante de casos de VCPI?

Seguiu-se à definição dos descritores e palavras-chave constantes no MeSH (*Medical Subject Headings*) e no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), utilizados combinados com os operadores booleanos OR, AND e NOT: “*Physicians*”, “*Médicos*”, “*Atitude*”, “*Attitude*”, “*Conhecimento*”, “*Knowledge*”, “*Behavior*”, “*Atendimento Médico*”, “*Cuidados Médicos*”, “*Medical Care*”, “*Serviços Hospitalares*”, “*Hospital Services*”, “*Hospital*”, “*Hospitalists*”, “*Médicos Hospitalares*”, “*Maus-Tratos ao Idoso*”, “*Elder Abuse*”, “*Physical Abuse*”, “*Elder Neglect*”, “*Aged Abuse*”, “*Elder Mistreatment*”, aplicados nas estratégias de busca explicitadas no Quadro 1.

Quadro 1. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados/bibliotecas/buscadores e literatura cinzenta incluídos na revisão de escopo sobre as competências dos médicos hospitalares diante de casos de VCPI. João Pessoa, PB, 2021.

Bases de Dados/ Literatura Cinzenta	Estratégias de Busca
BVS (BIREME)	(tw:(maus-tratos ao idoso)) AND (tw:(médicos)) AND (tw:(hospital)) AND (tw:(conhecimentos OR atitudes OR habilidades OR conduta médica))
PubMed Central: PMC	((elder abuse[Title/Abstract] OR elder neglect[Title/Abstract] OR aged abuse[Title/Abstract]) AND (physicians[Title/Abstract] OR doctors[Title/Abstract] OR hospitalists[Title/Abstract] OR medical staff, hospital[Title/Abstract])) AND (attitude[Title/Abstract] OR knowledge[Title/Abstract] OR behavior[Title/Abstract] OR practice[Title/Abstract] OR management[Title/Abstract] OR approach[Title/Abstract] OR treatment[Title/Abstract])
Web of Science Coleção Principal	AB=(“elder abuse”) AND AB=(Knowledge OR Attitude OR Hability) AND AB=(Hospital OR "Medical Staff, Hospital" OR Hospitalist) AND AB=(Physicians OR Doctors)
Scopus (Elsevier)	TITLE-ABS-KEY (("elder abuse") AND (knowledge OR attitude OR ability) AND (hospital OR "Medical Staff, Hospital" OR hospitalist) AND (physicians OR doctors))
EMBASE (Elsevier)	(('elder abuse':ti,ab,kw OR 'elder neglect':ti,ab,kw OR 'aged abuse':ti,ab,kw) AND physician:ti,ab,kw AND 'medical staff':ti,ab,kw OR hospital:ti,ab,kw) AND attitude:ti,ab,kw AND (elder:ti OR older:ti OR aged:ti) AND [2004-2020]/py
CINAHL (EBSCO)	(elder abuse or elder mistreatment or elder neglect) AND (physicians or doctors or clinicians) AND hospital AND (attitudes or perceptions or behavior or knowledge)
BDTD	(Resumo Português:maus-tratos ao idoso E Resumo Português:médicos E Resumo Português:hospital)
OpenGrey	(elder abuse OR aged abuse OR elder neglect) AND (physicians OR doctors) AND hospital
OpenThesis	text((physicians OR doctors OR "medical care") AND hospital AND ("elder abuse" OR "elder neglect" OR "aged abuse"))
RCAAP	médicos AND (atitudes OR conhecimentos OR habilidades) hospital AND maus-tratos ao idoso
Portal de Teses e Dissertações da CAPES	("atendimento médico" OR "cuidados médicos" OR médicos) AND hospital AND (“maus-tratos ao idoso” OR "negligência ao idoso" OR violência contra o idoso")
DART	(physicians OR doctors OR "medical care") AND hospital AND ("elder abuse" OR "elder neglect" OR "aged abuse")
Library and Archives Canada (Theses Canada Portal)	"physicians" AND hospital AND ("elder abuse" OR "aged abuse" OR "elder neglect" OR "physical abuse")

Foram incluídos os estudos que atenderam à temática, abrangendo artigos científicos (quantitativos, qualitativos e mistos) e literatura cinzenta (dissertações e teses, guias médicos, textos de especialistas e legislação médicos ou relacionados ao tema); nos idiomas inglês, português ou espanhol; publicados de 1 de outubro de 2003 a 20 de outubro de 2020 - limite definido por ser imediatamente posterior à promulgação do Estatuto do Idoso, em 2003. Foram excluídos os estudos que: não abordaram a temática estudada; revisões integrativas ou sistemáticas; não apresentaram possibilidade de

serem localizados na íntegra em meios eletrônicos ou impressos; e que não demonstraram conduta ética.

A seleção dos estudos aconteceu em duas etapas: uma triagem inicial, com a leitura do título e do resumo, e uma segunda triagem, com leitura do texto completo, selecionando os artigos de acordo com os critérios supracitados. A extração dos dados ocorreu através de instrumento desenvolvido pelo revisor, que abrangeu título, autor(es), ano de publicação/país, objetivo, método, categorias profissionais dos participantes, principais resultados referentes às

competências dos médicos hospitalares sobre VCPI. Não foram considerados para exclusão de artigos a qualidade metodológica dos mesmos e o nível de evidência científica, pois este tipo de revisão busca reunir toda a produção encontrada sobre o objeto de estudo¹².

RESULTADOS

As buscas nas bases de dados revelaram 161 artigos, sendo 36 achados na BVS, 40 na PubMed, 2 na *Web of Science*, 16 na Scopus, 60 na EMBASE e 7 na CINAHL. Na pesquisa da literatura cinzenta foram encontrados 119 trabalhos, sendo 4 na BDTD, 61

na *OpenThesis*, 6 no Portal de Teses e Dissertações da CAPES e 32 no RCAAP. Nenhum material foi obtido nas bases *DART-Europe E-theses Portal*, *OpenGrey* e *Theses Canada Portal*.

Dos 280 registros encontrados, 37 estavam duplicados e foram excluídos, restando 193 para leitura dos respectivos títulos e resumos. Esse processo levou à exclusão de 175 publicações por não se adequarem aos critérios de inclusão, e à pré-seleção de 18 trabalhos para leitura integral, onde dois artigos foram obtidos pela estratégia *Snowballing*. Ao final restaram 06 trabalhos que se adequaram a este estudo¹⁵⁻²⁰. O resultado do processo de busca e seleção está descrito na Figura 1.

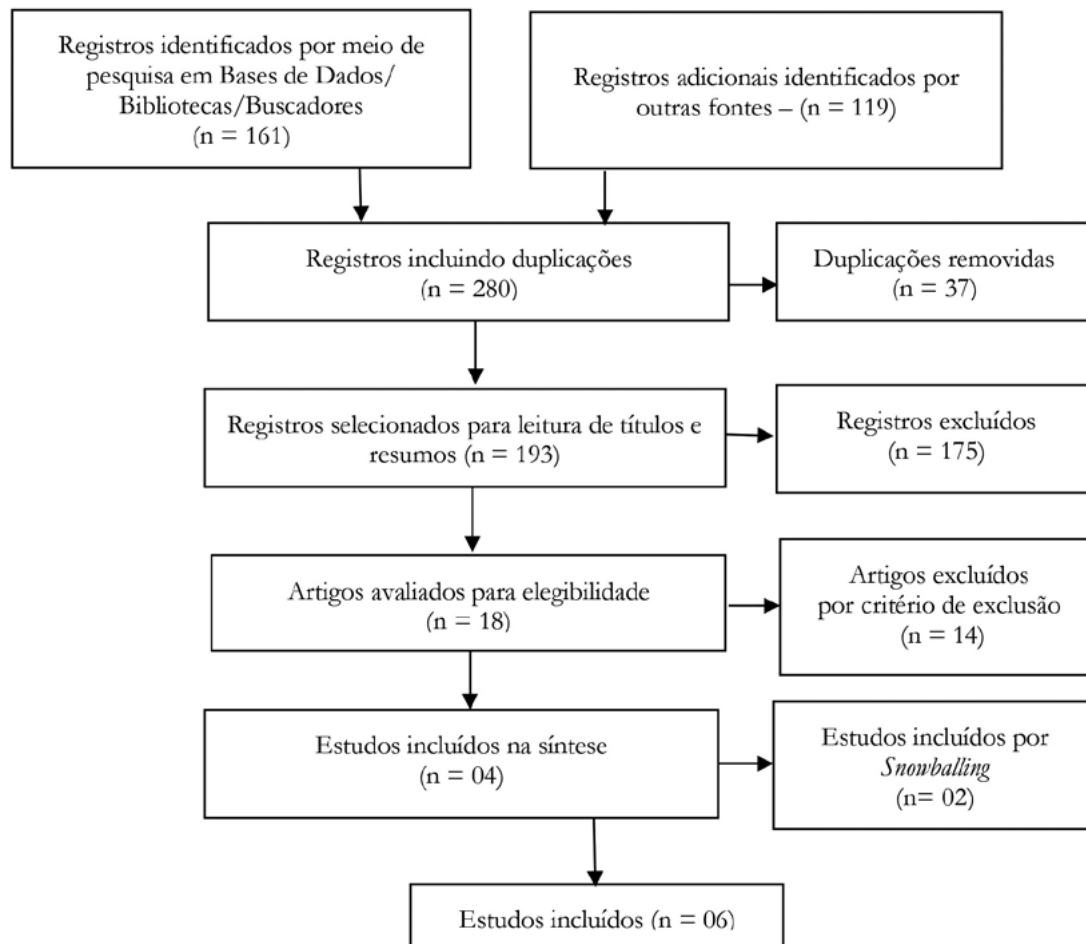


Figura 1. Fluxograma de busca e seleção dos estudos sobre as competências dos médicos hospitalares diante de casos de VCPI. João Pessoa, PB, 2021.

Fonte: adaptado do PRISMA-ScR¹²

Um estudo foi procedente da Itália, dois da Turquia, um de Israel, um do Canadá e um da Irlanda, produzidos no período de 2007 a 2018, todos publicados em revistas médicas. No que se refere às características metodológicas, os estudos selecionados nesta revisão são todos quantitativos descritivos, e utilizaram amostragem por conveniência.

Quanto às categorias profissionais abordadas, apenas em dois estudos (33%) o Médico foi o único profissional abordado, enquanto 6 estudos (50%) incluíram o Enfermeiro. Outros profissionais como o Assistente Social e o Técnico de Enfermagem foram considerados em dois estudos (33%). Esses dados e os objetivos dos estudos podem ser observados no Quadro 2.

As competências dos médicos nos estudos envolveram conhecimentos gerais sobre o tema e a abordagem, além de treinamento específico; habilidades de detecção e manejo, bem como experiência com casos; e atitudes diante de casos reais ou hipotéticos, enfatizando a realização da denúncia dos casos e barreiras identificadas.

Conhecimentos

O Quadro 3 traz a descrição da competência Conhecimentos dos médicos diante da VCPI avaliada nos estudos.

Quadro 2. Características dos estudos incluídos na revisão de escopo sobre as competências dos médicos hospitalares diante de casos de VCPI. João Pessoa, PB, 2021.

Autores, ano de publicação, tipo de estudo	Formação do autor principal, país	Categoria(s) profissional(is) abordada(s)	Objetivo(s) do estudo
Corbi et al., 2019 ¹⁵ , estudo comparativo descritivo	Médica, Itália	Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem	Estabelecer o nível de consciência e percepção de abuso ao idoso por trabalhadores da saúde, e entender se eles foram aptos a identificar e relatar apropriadamente o abuso, também a identificar os sinais físicos de abuso e negligência
Eraslan et al., 2018 ¹⁶ , estudo quantitativo descritivo	Médica, Turquia	Médicos clínicos, especialistas e residentes	Avaliar as perspectivas dos médicos sobre abuso e negligência de idosos e para entender seus conhecimentos e abordagens, para aumentar a conscientização sobre o assunto, e para identificar o abuso e oferecer possíveis soluções
Caines et al., 2017 ¹⁷ , estudo descritivo	Médico, Canadá	Médicos	Examinar a profundidade do conhecimento e a abordagem dos médicos de emergência do Canadá sobre abuso de idosos
Almoguet et al., 2010 ¹⁸ , estudo comparativo descritivo	Médica, Israel	Enfermeiros e médicos	Avaliar o nível de conhecimento e atitudes de médicos e enfermeiras quanto ao abuso de idosos em Israel, comparando médicos e enfermeiros e analisando os resultados de acordo com local de trabalho, especialização e experiência profissional e geriátrica
Kennelly et al., 2007 ¹⁹ , estudo comparativo descritivo	Médico, Irlanda	Médicos e assistentes sociais da Medicina	Avaliar a consciência dos profissionais de saúde acerca do abuso ao idoso
Mandiracioglu et al., 2006 ²⁰ , estudo comparativo descritivo	Médica, Turquia	Médicos, enfermeiros e outros especialidades	Avaliar a definição de abuso ao idoso, nível de conhecimento, atitudes e práticas do pessoal dos serviços médicos de emergência

Quadro 3. Conhecimento dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2021.

Estudos	Conhecimentos dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência
Corbi et al., 2019 ¹⁵ , Itália	Todos cientes de que muitos idosos são vítimas de abuso, e 93,8% da amostra colocou os maus-tratos ao idoso como violação de direitos humanos. Do total, 44,7% conheciam os procedimentos-padrão para denúncia e abordagem, e 40% dos médicos não acreditavam que negligência é uma forma de maus-tratos.
Eraslan et al., 2018 ¹⁶ , Turquia	Treinamento específico foi recebido por 14,9% dos médicos. O grupo treinado denunciou mais do que o não treinado ($p < 0,001$) e revelou maior taxa de constatação de casos de abuso ($p = 0,04$), mais frequentemente se sentiam aptos sobre o tema ($p < 0,001$) e definiam idosos como maiores de 65 anos ($p = 0,02$). Também definiram a velhice como um período de dependência/necessidade com menor frequência do que o grupo não treinado ($p = 0,02$). Os médicos das instituições públicas tinham maior formação sobre o assunto ($p = 0,004$) e maiores taxas de comunicação de casos ($p = 0,005$) do que os do setor privado.
Caines et al., 2017 ¹⁷ , Canadá	Sessenta e oito por cento dos médicos se sentiam aptos a denunciar casos suspeitos de abuso domésticos, e 63% nos institucionais. Quanto ao treinamento específico, 35% não o completaram, e 83% sentiam que o treinamento foi insuficiente, além de 77% não estarem cientes de todos os serviços comunitários disponíveis para as vítimas de abuso e suas famílias. Metade relatou que os seus serviços não dispunham de protocolo escrito para abordar casos de abuso, e 39% estavam incertos se havia protocolo em seus serviços.
Almogue et al., 2010 ¹⁸ , Israel	Os médicos não tiveram diferenças por tipo de serviço (hospital geral ou geriátrico). Um total de 43% dos profissionais sabia que os idosos poderiam receber assistência estatal se necessário, e 14% sabiam que não havia penalidade possível se o caso não fosse denunciado. Houve correlação entre o conhecimento sobre o assunto e o relativo às leis e protocolos importantes ($p = 0,006$).
Kennelly et al., 2007 ¹⁹ , Irlanda	Um total de 45% dos médicos nunca ouviu o termo maus-tratos ao idoso (elder abuse), e 30% leram algum material técnico a respeito, enquanto 85% sentiam que o abuso era comum e subnotificado. Nenhum médico recebeu treinamento formal, e apenas um conhecia <i>guidelines</i> para esse manejo.
Mandiracioglu et al., 2006 ²⁰ , Turquia	Dos médicos, 75% acreditavam que o abuso ao idoso não era comum na Turquia. Os escores obtidos foram elevados em entendimento de fatores de risco, intermediários em conhecimento e atitude diante dos casos e em diagnóstico, e baixos em saber suas obrigações legais frente aos casos. Vinte e quatro por cento nunca receberam treinamento.

Quanto ao saber teórico geral sobre VCPI, três¹⁸⁻²⁰ trabalhos constaram baixos níveis de conhecimento. Kennelly et al. evidenciaram que 45% relataram nunca ter ouvido o termo maus-tratos ao idoso, e apenas 30% leram material técnico²⁰. Em outro estudo, obtiveram escores apenas intermediários em conhecimento¹⁹. Somente 43% sabiam que a vítima poderia receber ajuda estatal, e apenas 14% sabiam que, sem denúncia, não haveria penalidade para os agressores¹⁸.

Dois estudos avaliaram o saber sobre procedimentos para reportar casos. Corbi et al. constataram que apenas 44,7% dos médicos estavam cientes dos procedimentos. Noutro estudo, a maioria dos médicos se sentia apta a denunciar casos domésticos (68%) e institucionais (63%)¹⁷.

Aspecto considerado central na aquisição de conhecimento para enfrentar o problema, ter recebido treinamento específico para manejar casos foi medido por quatro estudos. Em um, apenas 14,9%

receberam treinamento específico¹⁶, enquanto outro apontou um percentual de 24%¹⁹. O estudo irlandês apontou ausência de treinamento formal¹⁹. Caines et al. evidenciaram que 35% não completaram treinamento sobre abuso ao idoso, 83% sentiam que o treinamento foi insuficiente, 50% relataram que os seus serviços não dispunham de protocolo escrito para abordar casos de abuso, e 39% estavam incertos se havia protocolo em seus serviços¹⁷.

Comparando os médicos treinados com aqueles que não o foram, um estudo destacou que os primeiros denunciaram mais do que os demais ($p < 0,001$), com maior taxa de constatação de casos ($p = 0,04$) e, mais frequentemente, sentiam-se aptos a abordar o tema ($p < 0,001$)¹⁶.

Comparando médicos de instituições públicas e privadas, um estudo revelou que os primeiros tinham maior formação sobre o assunto ($p = 0,004$), com maiores taxas de comunicação de casos ($p = 0,005$)¹⁸.

Outro estudo demonstrou que os de hospitais universitários tiveram desempenho superior aos dos particulares²⁰. O estudo de Almogue et al., todavia, não encontrou essa diferença¹⁸.

Quanto à experiência com casos, em dois estudos os médicos nunca atenderam um caso de abuso ou negligência^{15,16}. Já no estudo irlandês¹⁹, 65% disseram ter tratado pelo menos um caso suspeito de abuso no último ano. No estudo de Caines et al., 78% suspeitaram de casos em suas carreiras¹⁷.

Habilidades

O Quadro 4 traz a descrição da competência Habilidades dos médicos diante da VCPI avaliada nos estudos.

As situações que mais levaram os médicos a suspeitarem de abuso foram levantadas em dois estudos. Um revelou que achados físicos ligados à aparência e à higiene do idoso foram os principais indícios para 91,4%. A comunicação problemática entre idoso e familiares/cuidadores foi a menos apontada, com 56,8%¹⁷. O outro estudo também destacou achados físicos, enfatizando queimaduras, contusões, abrasões e estágios variados de cura de machucados e fraturas¹⁵.

Atitudes

O Quadro 5 traz a descrição da competência Atitudes dos médicos diante da VCPI avaliada nos estudos.

Quadro 4. Habilidades dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2021.

Estudos	Habilidades dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência
Corbi et al., 2019 ¹⁵ , Itália	Como potenciais sinais de abuso, os médicos indicaram com maior frequência achados físicos como queimaduras, contusões, abrasões e estágios variados de cura de machucados e fraturas. Toda negligência pessoal era uma forma de abuso para 60 % dos médicos, e 48,7% suspeitaram de abuso menos de 3 vezes na carreira.
Eraslan et al., 2018 ¹⁶ , Turquia	Testemunharam casos em suas práticas 45% dos médicos. Foram capazes de suspeitar de maus-tratos mais frequentemente diante de achados físicos ligados à aparência do idoso (91,4%), como cuidados inadequados em cabelos, unhas, boca e higiene corporal; comunicação entre idoso e familiares/cuidadores problemática foi a menos apontada, com apenas 56,8%. Os tipos de abuso mais frequentemente encontrados foram negligência (37,4%), emocional (25,1%), financeiro (22,2%), físico (15,7%) e sexual (1,1%).
Caines et al., 2017 ¹⁷ , Canadá	Quanto à percepção de casos, 85% consideraram que o abuso ocorria às vezes, e 78% suspeitaram de casos em suas carreiras (73% nos últimos 5 anos, e 45% nos últimos 12 meses). O tipo de abuso considerado mais comum foi negligência, seguido pelo financeiro.
Kennelly et al., 2007 ¹⁹ , Irlanda	Quanto à experiência, 65% haviam deparado com pelo menos um caso suspeito no último ano.
Mandiracioglu et al., 2006 ²⁰ , Turquia	Metade da amostra não saberia o que fazer diante de um caso. Os médicos tiveram escores baixos em realizar anamnese e exame físico focados no diagnóstico de abuso, e em saber suas obrigações legais frente aos casos. Os fatores de risco menos identificados estavam ligados aos abusos sexual e financeiro.

Quadro 5. Atitudes dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência nos estudos incluídos na revisão de escopo. João Pessoa, PB, 2021.

Estudos	Conhecimentos dos médicos hospitalares diante de idosos em situação de violência
Corbi et al., 2019 ¹⁵ , Itália	Tanto em casos suspeitos quanto em testemunhados, os médicos nem reportaram às autoridades, nem avisaram às agências de proteção - 22,4% dos médicos testemunharam abusos 1-3 vezes durante a carreira, mas nunca relataram às autoridades, apesar de 88,2% considerarem um dever denunciar abusos.
Eraslan et al., 2018 ¹⁶ , Turquia	90,6% dos médicos afirmaram que tinha obrigação de notificar as autoridades. 24,3% dos médicos que encontraram abuso e negligência denunciaram às autoridades. O principal motivo para não denunciar (62,3%) foi a preocupação que o idoso poderia sofrer ainda mais danos após a denúncia, enquanto 49% consideraram insuficientes os recursos oferecidos pelo governo para abordar a questão, e 35,2% pensaram que iam se desgastar com o processo legal. Diante de casos confirmados, 55,1% afirmaram ter relatado casos à polícia sem informar à família, 23,1% atenderam ao desejo do idoso, e 17,5% falaram à família advertindo acerca da denúncia posterior à polícia em reincidência. Quando a mesma pergunta foi repetida para negligência em idosos, 24,8% afirmaram que relataram aos serviços sociais, 21,3% informaram as agências policiais e 19,5% consultaram a equipe multiprofissional.
Caines et al., 2017 ¹⁷ , Canadá	Quanto à realização de pesquisa de VCPI, os médicos “sempre” ou “frequentemente” perguntaram diretamente sobre abuso em 44% das suspeitas, e 64% não reportaram casos suspeitos, mas 83% consideraram responsabilidade médica denunciar.
Almogue et al., 2010 ¹⁸ , Israel	Do total, 79% apontaram que era sua responsabilidade reportar casos de abuso; e 88,5% concordaram que todos os profissionais de saúde têm uma responsabilidade legal de denunciar. Houve tendência geral de neutralidade em relação ao abuso de idosos: diante da alegação de que apenas as intervenções da autoridade legal impediriam o abuso de idosos, as opiniões foram neutras. Houve discordância quanto à afirmação de que colocar a vítima de abuso em um lar de idosos contra sua vontade é uma intervenção efetiva. Quarenta e um por cento 41% consideraram que denunciar abuso tornaria o agressor mais irritado. Vinte e oito por cento concordaram que os familiares assumiriam que foi um membro da equipe o denunciante e 59% dos respondentes tinham certeza de que, se, denunciasses, sua relação com o paciente não seria prejudicada. Já 30% sentiam-se certos de que as vítimas geralmente negariam o abuso. As principais razões apontadas para não reportar os casos foram o desejo de não se envolver legalmente, a negação do abuso pela vítima, o não reconhecimento do abuso na consulta, falta de clareza na definição de caso de abuso ou negligência e incerteza sobre como proceder à denúncia.
Kennelly et al., 2007 ¹⁹ , Irlanda	A conduta usual apontada foi procurar o conselho de colegas seniores ao gerenciar casos suspeitos de abuso, e 46% se sentiriam desconfortáveis usando o rótulo de “abuso de idosos”.
Mandiracioglu et al., 2006 ²⁰ , Turquia	Tiveram escores baixos em disposição para reportar. A maioria considerava uma inaceitável invasão perguntar sobre abuso e que isso afetaria a relação profissional-paciente.

No que tange às atitudes, todos os estudos relataram considerações dos médicos sobre diversos aspectos da VCPI. As opiniões sobre determinadas condutas no manejo apareceram em um estudo que englobou médicos e enfermeiros. Foram neutros diante da alegação de que apenas as intervenções da autoridade legal impediriam a VCPI. Colocar vítimas em lares para idosos foi visto como benéfico desde que voluntário - houve opiniões conflitantes quanto à institucionalização compulsória. A maioria achou útil obter ordem de restrição contra um agressor¹⁸.

Neste estudo, 41% consideraram que denunciar abuso tornaria o agressor mais irritado, e 28%

concordaram que as famílias considerariam que foi um membro da equipe quem denunciou o abuso. Cerca de 30% sentiam-se certos de que as vítimas geralmente negariam o abuso¹⁸.

Não houve unanimidade quanto a considerar responsabilidade do médico denunciar casos de VCPI nos quatro estudos que avaliaram esse aspecto¹⁵⁻¹⁸. Os percentuais variaram de 79%¹⁵ a 90%¹⁶. O efeito da denúncia na relação médico-paciente com a vítima foi considerado negativo em um estudo²⁰, com médicos considerando invasivo perguntar sobre abuso. Já no estudo israelense, 59% avaliaram que o vínculo não seria prejudicado¹⁸.

Ao contrário do encontrado nos demais estudos, 75% dos médicos do estudo de Mandiracioglu et al. acreditavam que o abuso ao idoso era raro na Turquia²⁰. No estudo irlandês, embora 85% dos médicos considerassem o abuso comum e subnotificado, 46% se sentiam desconfortáveis ao definir casos como sendo de maus-tratos ao idoso¹⁹.

A pesquisa de VCPI quando havia suspeita foi abordada por apenas um estudo, onde os médicos “sempre” ou “frequentemente” perguntaram diretamente sobre abuso em 44% das suspeitas¹⁷.

No que se refere à comunicação dos casos, médicos não denunciaram em 75% dos estudos. Um estudo mostrou que não reportaram casos suspeitos ou testemunhados nem às autoridades, nem às agências regulatórias¹⁵. Em outro, 24,3% denunciaram casos de VCPI às autoridades, apesar de 45% terem testemunhado¹⁶, achado semelhante ao de Caines et al¹⁷. Noutro, houve tendência geral de neutralidade¹⁸. Outro estudo revelou escores baixos em disposição para reportar e para saber suas obrigações diante dos casos²⁰.

Na investigação das razões para os médicos não comunicarem os casos, um estudo detalhou os motivos. Destacaram-se preocupação com a possibilidade do idoso sofrer mais danos, recursos insuficientes para gerenciar a questão, e o provável desgaste com o processo da denúncia¹⁶. Outro estudo apontou desejo de não se envolver legalmente, negação do abuso pela vítima, não reconhecimento do abuso na consulta, falta de clareza na definição de caso de VCPI e incerteza sobre como proceder à denúncia¹⁵.

As ações específicas diante de casos VCPI foram elencadas por estudo onde 55,1% afirmaram ter relatado casos à polícia sem informar a família, enquanto 23,1% atenderam ao desejo do idoso, e 17,5% falaram à família advertindo acerca da denúncia posterior à polícia em reincidência¹⁶. Noutro estudo, relataram procurar costumeiramente o aconselhamento de colegas mais experientes para gerenciar os casos¹⁹.

Em termos de abordagem nos casos de negligência, um estudo apontou que, em 24,8% das respostas, os médicos relataram aos serviços sociais, 21,3% informaram as agências policiais e 19,5%

consultaram equipe multiprofissional¹⁶. Nenhum outro estudo explorou especificamente as atitudes frente a casos de negligência.

DISCUSSÃO

Os resultados tornaram evidentes as deficiências nas competências necessárias aos médicos hospitalares para o devido enfrentamento da VCPI. Falta de conhecimento sobre o assunto e sua abordagem, treinamento específico ausente ou insuficiente, pouca valorização de problemas de comunicação e relacionamento entre o idoso e seus responsáveis, pesquisa de casos na minoria das situações suspeitas e denúncias poucas ou nulas sobressaíram dentre os problemas constatados.

A VCPI é questão importante de saúde pública^{15,17} e, diante desse cenário, é esperado número cada vez maior de vulneráveis. Yon et al. estimaram a prevalência global de VCPI em 15,7%, um em cada 6 adultos acima de 65 anos²¹. Entretanto, estudo realizado pela universidade Cornell e pelo *New York City Department of Aging* revelou que apenas um em cada 24 casos é reportado²².

Serviços médicos hospitalares desempenham papel crucial para detecção e manejo desses casos, pois costumam ser o primeiro serviço com retaguarda médica acessado por essa população^{9,15,23}, e podem proporcionar condições necessárias para a avaliação do caso, como sigilo, privacidade e abordagem multidisciplinar. Logo, é fundamental a abordagem rotineira e abrangente da VCPI nesses serviços, com pesquisa de evidências da ocorrência, medidas iniciais, acompanhamento, encaminhamentos para proteção e cuidados de longo prazo e prevenção de reincidência².

Casos de VCPI são subnotificados e mal documentados em decorrência da falta de conhecimento e de consciência sobre o tema²⁴. A falta de conhecimento exposta pelos estudos abrange conhecimentos gerais¹⁸⁻²⁰ e procedimentos necessários à abordagem dos casos^{15,17}. Provavelmente é uma das principais razões para o baixo número de diagnósticos e notificações de casos, e para a atitude frequentemente neutra sobre essa questão¹⁸. Avaliações realizadas com médicos da APS endossam essa constatação^{25,26}.

Esse cenário de falta de conhecimento é reforçado pelos baixos percentuais de médicos que receberam treinamento específico^{16,19,20}, da percepção que esse havia sido insuficiente¹⁷ e da ideia que negligência não significa maus-tratos para 40%¹⁵. Ao comparar médicos treinados sobre VCPI com não treinados, um estudo destacou que os primeiros detectaram e denunciaram mais, além de se sentirem mais aptos a abordar a questão¹⁶. Da mesma forma, revelaram-se percepções e opiniões conflitantes acerca do tema, da legislação pertinente e de condutas¹⁸.

A falta de treinamento também apareceu nos estudos com médicos de família e foi determinante para a insegurança dos médicos em detectar e notificar casos²⁵⁻²⁸. Na revisão realizada por Cooper et al. a maioria dos profissionais desconhecia que muitos casos não se apresentam com danos graves²⁹. O nível de consciência e percepção dos médicos ainda é baixo, principalmente sobre como reportar¹⁵. Tais fatos reiteram a importância de protocolos de abordagem e de equipes multidisciplinares para garantir cuidado, assistência e suporte legal adequados, abrangentes e oportunos¹⁷.

Atividades educacionais envolvendo ensino prático em grupo podem aumentar o conhecimento dos médicos³⁰. A capacitação amplia o entendimento do tema, com maior sensibilidade em relação a ele¹⁷. Faltam estudos para avaliar o quanto detecção e manejo poderiam melhorar, mas há achados associando treinamentos de reforço e maiores taxas de denúncia, ainda que sem comprovação de que ocorreram mais diagnósticos de abuso^{29,30}.

Convém salientar que treinar profissionais para identificar sinais de maus-tratos é mais complexo do que ensinar procedimentos burocráticos de denúncia e encaminhamento²⁹, e esses processos precisam avançar juntos. Mais oportunidades de educação médica continuada são essenciais ao avanço na abordagem da VCPI. No entanto, costuma haver falta de recursos para abordar esse problema adequadamente¹⁷.

Quanto à experiência com casos, os percentuais baixos e variáveis de médicos que atenderam ou suspeitaram de VCPI traz suspeição da associação com a falta de conhecimento supracitada e com barreiras ao enfrentamento da VCPI. Tal possibilidade encontra eco na baixa notificação de casos suspeitos

demonstrada em dois estudos^{16,17} e na ausência de notificações, apesar da suspeição, em outro¹⁵, a despeito da obrigação ética e legal de fazê-lo.

Diante da elevada frequência de casos, principalmente em indivíduos doentes física e mentalmente²⁹, e pelos estudos terem avaliado profissionais de serviços de referência em nível hospitalar, esperava-se que estes tivessem encontrado diversos casos ao longo da carreira. Isso se repete na APS, onde a oferta de serviços que são portas de entrada acessíveis e bastante utilizadas não resulta em detecção na mesma proporção^{25,28,31}.

Abordando fatores que geraram suspeita de abuso, achados físicos de aparência, higiene e lesões foram destaque, em detrimento de problemas claros na comunicação entre o idoso e familiares/cuidadores¹⁶. Muitas demandas sociais e emocionais são negligenciadas pelo uso racional do tempo, fato acentuado pela formação e que acaba limitando a comunicação entre o médico e demais entes²³, barreira importante à abordagem de VCPI como rotina^{9,28}. Esse direcionamento da prática sem priorizar a pesquisa de VCPI é mais natural e fácil do que lidar com questões legais e sociais²⁸.

Todos os estudos avaliaram a atitude dos médicos sobre diferentes aspectos do tema. Opiniões conflitantes e tendência à neutralidade predominaram, sem pesquisa das razões. Estudos em APS tiveram resultados semelhantes, atribuídos a influências de valores pessoais ou profissionais^{25,28}. Médicos de família tenderam a acreditar que profissionais do serviço social teriam mais chance de deparar com casos e seriam os peritos no assunto²⁵.

Dadas a formação técnica, a experiência clínica e a posição privilegiada dos médicos hospitalares para encontrar maus-tratos a idosos, chama a atenção que, embora haja reconhecimento da responsabilidade do médico em denunciar casos, não houve unanimidade nos quatro estudos que avaliaram esse aspecto¹⁵⁻¹⁹, o que corrobora as deficiências de formação e a prática voltada às questões clínicas.

As atitudes dos médicos revelaram as barreiras à notificação dos casos face à obrigatoriedade de reportar, gerando obstáculos à abordagem em si, impedindo tanto o manejo global necessário quanto a

busca da cessação da violência^{25,26,28,32}. Nesse ínterim, os profissionais precisam estar totalmente seguros antes de delatar um caso, cenário onde a insegurança decorrente da falta de conhecimento reduz ainda mais a proporção de casos denunciados^{18,29}. Em sintonia com essa realidade, a baixa notificação foi a tônica em todos os estudos, inclusive com amostra onde nenhum caso foi reportado, sob forma nenhuma¹⁵.

A obrigatoriedade de informar às autoridades competentes os casos de abuso está prevista no Estatuto do Idoso⁶, o qual também determina que a não comunicação pelo profissional de saúde assistente é infração administrativa passível de multa. Os trabalhadores da saúde devem considerar as denúncias legais uma exceção à confidencialidade, cuja importância vem da necessidade de investigar crimes, identificar responsáveis e manter a saúde das vítimas, sem manter quaisquer informações confidenciais¹⁶. Os médicos hospitalares, mesmo majoritariamente conscientes da responsabilidade de denunciar VCPI, ainda que não totalmente cientes de que é uma questão social¹⁵.

Os resultados também apontaram que poucos perguntam sobre abuso, constatação semelhante à de estudos realizados na APS^{25,26}. Médicos de família também enfatizaram que, sem poder provar que a suspeita procedia, não reportavam os casos^{25,26}. Conforme revelou revisão sistemática, os médicos norte-americanos que questionavam sobre VCPI eram mais propensos a detectar e reportar, corroborando as evidências de que o questionamento de idosos e cuidadores a respeito ser, provavelmente, a estratégia isolada mais efetiva para detecção²⁹. No entanto, fica claro mais uma vez que os médicos não estão familiarizados com identificação, manejo, protocolos, legislação e encaminhamento¹⁶.

Valores pessoais aparecem como barreiras à abordagem, como temores de que a denúncia acentuaria a VCPI ou afetaria o vínculo com a família ou o idoso, e deste negar o fato^{15,19}. O temor de se envolver legalmente também foi destacado¹⁷, assim como a ideia do questionamento ser invasivo²⁰. Tais percepções também são explicitadas em outros níveis de atenção, com similares dificuldades e temores, e impedem os médicos de definir como situações de VCPI sinais de abuso ou negligência^{26,28}.

Apenas um estudo¹⁶ abordou atitudes e barreiras diante de casos de negligência. A subestimação desta pode decorrer do senso comum de que a percepção de maus-tratos ao idoso é algo incerto, baseado em sinais físicos¹⁵. Achados do exame físico podem servir como sinais de alerta para o médico atentar à possibilidade, mas não devem ser considerados diagnósticos sem informações circunstanciais que corroboram o fato² e onde, com frequência, constata-se negligência.

Ficaram claras lacunas importantes de conhecimento, percepções equivocadas e falta de tradução do conhecimento em melhores atitudes e habilidades, bem como de melhores atitudes e habilidades após treinamento. As barreiras permeiam os três aspectos da competência e se inter-relacionam, apontando necessidades de educação médica qualificada e continuada. Muitos serviços não dispõem sequer de protocolos para VCPI¹⁷.

Além disso, os resultados mostraram que, quando houve suspeita, raramente houve ação. As campanhas de conscientização, tão em voga na mídia e no meio acadêmico e preconizadas pelo Ministério da Saúde, devem atingir também os médicos, incentivando-os ao constante aprimoramento na abordagem.

Apesar das contribuições descritas, o presente estudo apresenta limitações relacionadas ao viés de seleção, pelas restrições de inclusão de artigos apenas nas línguas: inglês, português e espanhol; textos disponíveis na íntegra; e com limitação temporal. Foi considerado um ponto positivo o fato de ter sido incluída a literatura cinzenta.

As condutas práticas dos médicos diante dos casos de abuso, com o exercício de um papel de articulador do cuidado, o devido manejo das repercussões da VCPI e a colaboração para a responsabilização dos causadores não foram abordadas pelos estudos. Além disso, as amostras pequenas, com baixas taxas de resposta e questionários por vezes pouco abrangentes diante da complexidade do tema comprometem a acurácia dos achados dos estudos selecionados em retratar fielmente a realidade. Tais fatos, associados ao pequeno número de artigos encontrado e à inexistência de trabalhos nacionais com essa temática, constituem limitações deste à

extrapolação dos resultados para nossa realidade, sem deixar de elucidar fatos de extrema relevância a esse enfrentamento.

Fica nítida a necessidade de mais estudos para elucidar tais aspectos e viabilizar o estabelecimento de estratégias baseadas em evidência para capacitação profissional ampla e o desenvolvimento ou refinamento de instrumentos de abordagem e avaliação de casos, bem como de sua incorporação à prática clínica.

CONCLUSÃO

Este estudo obteve achados preocupantes acerca das competências dos médicos hospitalares diante de casos de VCPI. Como são intimamente inter-relacionadas, as deficiências identificadas em uma esfera afetam as demais. Destarte, há perda substancial da capacidade de identificar e abordar adequadamente a VCPI.

Os baixos níveis de conhecimento ficaram claramente evidentes, o que impactou diretamente nas habilidades. As características da formação e da prática médicas voltadas a doenças clínicas e ao uso racional do tempo, sem treinamento específico, bem como serviços despreparados, muito sem protocolos de atuação, resultam em falta de preparo, confiança e atitude pró-ativa dos médicos que atendem essa população numerosa e vulnerável.

O resultado é o triste cenário onde persiste a pouca pesquisa de abusos diante de suspeitas e de denúncias de VCPI, reforçando as diversas barreiras à abordagem ao invés de mitigá-las. Há, portanto, muito trabalho a ser feito em educação médica e em estudos avaliando diferentes formas de treinamento e estímulo e o impacto prático dessas medidas nas competências médicas, buscando formar profissionais aptos a garantir cuidado e proteção a essa população vulnerável.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. United Nations Organization, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019: Highlights [Internet]. New York: United Nations; 2019 [acesso em 10 abr. 2020]. Disponível em <https://population.un.org/wpp/>.
2. Mallet SM, Côrtes MCJW, Giacomini KC, Gontijo ED. Violência contra idosos: um grande desafio do envelhecimento. *Rev Med Minas Gerais*. 2016;26(Supl 8):408-3.
3. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*. 2016;56(S2):194-205.
4. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. É possível prevenir. É necessário superar [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos; 2014 [acesso em 10 abr. 2020]. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/sdh/noticias/2014/junho/ManualdeEnfrentamentoViolenciacontraaPessoaIdosa.pdf/view>.
5. Alves CS, Serrão C. Fatores de risco para a ocorrência de violência contra a pessoa idosa: revisão sistemática. *PAJAR*. 2018;6(2):58-71.
6. Brasil. Lei no 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 3 out. 2003.
7. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Balanço Disque 100 Pessoa Idosa 2011-2018. 2019 [acesso em 15 de outubro de 2019]. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/ouvidoria/balanco-disque-100>.
8. Dong XQ. Elder abuse: systematic review and implications for practice. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(6):1214-38.
9. Rosen T, Stern ME, Mulcare MR, Elman A, McCarthy TJ, LoFaso VM, et al. Emergency department provider perspectives on elder abuse and development of a novel ED-based multidisciplinary intervention team. *Emerg Med J*. 2018;35(10):600-7.
10. Suárez Conejero J, Godue C, García Gutiérrez JF, Magaña Valladares L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(1):47-53.

11. Madruga R. Um novo significado de competência. *Rev Melhor*. 2019;1-3. Disponível em <https://www.revistamelhor.com.br/um-novo-significado-de-competencia/>.
12. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Khalil H, Parker D. Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, Editors. *JBIManual for Evidence Synthesis* [Internet]. 2020 [acesso em 10 set. 2020]. Chapter 11. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.
13. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73.
14. Greenhalgh T, Peacock R. Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. *BMJ*. 2005;331(5):1064-65.
15. Corbi G, Grattagliano I, Sabbà C, Fiore G, Spina S, Ferrara N, et al. Elder abuse: perception and knowledge of the phenomenon by healthcare workers from two Italian hospitals. *Intern Emerg Med*. 2019;14(4):549-55.
16. Eraslan BS, Çaki İE, Karadayı B, Özasan A. A study on physicians' perspectives on elder abuse and neglect. *Turk J Geriatr*. 2018;21(2):157-65.
17. Caines J, Ward MJ. Identifying Elder Abuse in the Emergency Department: Results from a Structured Physician Survey in Canada. *J Fam Med Community Health*. 2017;4(8):1134-41.
18. Almogue A, Weiss A, Marcus EL, Beloosesky Y. Attitudes and knowledge of medical and nursing staff toward elder abuse. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;51(1):86-91.
19. Kennelly S, Sweeney N, O'Neill D. Elder abuse: knowledge, skills, and attitudes of healthcare workers. *Ir Med J*. 2007;100(1):1-9.
20. Mandiracioglu A, Govsa F, Celikli S, Yildirim GO. Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006;43(2):267-76.
21. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2019;29(1):58-67.
22. Berman J, Lachs MS. Under the Radar: New York State Elder Abuse Prevalence Study: self-reported prevalence and documented case surveys. Final Report. New York: Sem Publicador; 2011.
23. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department. *Clin Geriatr Med*. 2018;34(3):435-51.
24. Touza Garma C. Influence of health personnel's attitudes and knowledge in the detection and reporting of elder abuse: an exploratory systematic review. *Psychosoc Interv*. 2017;26:73-91.
25. Schmeidel AN, Daly JM, Rosenbaum ME, Schmuck GA, Jogerst GJ. Health Care Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings. *J Elder Abuse Negl*. 2012;24(1):17-36.
26. O'Brien JG, Riain AN, Collins C, Long V, O'Neill D. Elder Abuse and Neglect: A Survey of Irish General Practitioners. *J Elder Abuse Negl*. 2014;26(3):291-9.
27. Kennedy RD. Elder abuse and neglect: The experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Fam Med*. 2005;37(7):481-5.
28. Mohd Mydin FH, Yuen CW, Othman S. Elder Abuse and Neglect Intervention in the Clinical Setting: Perceptions and Barriers Faced by Primary Care Physicians in Malaysia. *J Interpers Violence*. 2017;35(23-24):6041-66.
29. Cooper C, Selwood A, Livingston G. Knowledge, Detection and Reporting of Abuse by Health and Social Care Professionals: a Systematic Review. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(10):826-38.
30. Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89(6):453-60.
31. Platts-Mills TF, Barrio K, Isenberg EE, Glickman LT. Emergency physician identification of a cluster of elder abuse in nursing home residents. *Ann Emerg Med*. 2014;64(1):99-100.
32. Rodríguez MA, Wallace SP, Woolf NH, Mangione CM. Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. *Ann Fam Med*. 2006;4(5):403-9.