



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

AGOSTINHO TAVARES AMARANTE

Maus tratos nos idosos

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROF. DOUTOR MANUEL TEIXEIRA MARQUES VERÍSSIMO

ABRIL/2018

Índice

Agradecimentos.....	2
Resumo.....	3
Abstract.....	5
Introdução.....	6
Materiais e métodos.....	8
Desenvolvimento	
Definição de maus-tratos.....	9
Tipos de maus-tratos.....	10
Abuso financeiro/material.....	11
Abuso físico.....	11
Negligência.....	11
Abuso psicológico ou emocional.....	12
Abuso sexual.....	12
Maus-tratos aos idosos como um problema de Saúde Pública.....	12
Prevalência dos maus-tratos.....	13
Consequências dos maus-tratos.....	15
Níveis de Prevenção	
A – Prevenção primordial.....	17
B – Prevenção primária.....	18
C – Prevenção secundária.....	20
D – Prevenção terciária.....	21
Conclusão.....	26
Bibliografia.....	27

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador, o Senhor Prof. Doutor Manuel Veríssimo, Coordenador da área científica de Geriatria da FMUC.

Agradeço à Senhora Dra. Benilde Barbosa, pelo acompanhamento e disponibilidade que sempre demonstrou para me ajudar neste percurso.

Agradeço, também, à minha família, em especial aos meus falecidos pais, por todo o carinho com que sempre me acompanharam, ainda que de longe.

Agradeço aos amigos e colegas pelo apoio.

Resumo

O envelhecimento demográfico é um fenómeno universal. Os maus-tratos aos idosos são cada vez mais frequentes devendo constituir uma preocupação da Saúde Pública (2).

O objetivo deste trabalho é descrever os diferentes tipos de abuso que qualquer idoso pode sofrer. Assim sendo, os médicos têm uma palavra a dizer por serem um elo de ligação entre idosos e perpetradores no que concerne ao diagnóstico e prevenção dos maus-tratos. Atualmente em Portugal a presente legislação referente a esta temática está a ser revisto na tentativa de apoiar os médicos, perante uma tomada de decisão (2;5). Com este objetivo foram revistos e analisados para este trabalho, artigos em língua portuguesa, revistas científicas e livros abordando tal temática, abrangendo o período de 2009 a 2016. As pesquisas foram baseadas na base de dados Pub Med e Clinical Key e no Catálogo da Biblioteca das Ciências da Saúde, a fim de encontrar artigos, guidelines acerca do assunto, maus-tratos a idosos (5).

É necessário mais empenho por parte da classe médica no apuramento do diagnóstico e intervenção numa suspeita de abuso (5). As razões explicativas para abuso aos idosos têm a ver com o envelhecimento populacional não acompanhar um sistema de saúde e de proteção social devidamente preparado a fim de responder na integra aos problemas e necessidades das pessoas idosas e das suas famílias (2).

Por isso, os médicos que trabalham nesta área, deviam efetuar mais estudos para aprofundar os seus conhecimentos a fim de poderem incentivar maior formação de todos os profissionais no reconhecimento de potenciais situações de abuso de forma a poderem atuar precocemente. Convém realizar mais estudos para colmatar a falta de protocolos homogéneos para rastreio, diagnóstico e intervenção numa situação de suspeita de abuso (5). A abordagem e intervenção, na situação de maus-tratos deve ser preventiva, feita pela equipa multidisciplinar, atuando nas

potenciais vítimas, perpetradores e seus familiares, para abolir as suas necessidades, erradicando fatores de risco (2).

Abstract

The aging demographics is a universal phenomenon. Elderly abuse are more and more frequent, constituting a public health concern.

The objective of this work is to describe the different that any elderly person can suffer. With that said, medics have an opinion for being a connection between the elderly and perpetrators in what concerns the diagnostics and prevention of the abuse.

Currently in Portugal the present legislation referring this theme is being reviewed in an attempt to support Doctors in the decision taking process. With this objective has been reviewed and analysed for this work, portuguese articles, scientific magazines and books concerning this theme were reviewed and analysed, during 2009 and 2016. This research was based on the data of “Pub Med”, “Clinical Key” and “Catálogo da Biblioteca das Ciências da Saúde”, with the purpose to find articles, guidelines on the subject of Elderly abuse.

It's necessary for us to be more committed as a medics in the examination of the diagnostics and intervention in a suspected abuse (5). The possible explanations on Elderly abuse are connected to the populational aging and the Health System to accompanying a proper system of health and protection in place to properly respond to the problems and needs of Elderly people and their families (2).

Doctors who work in this area, should conduct more in dept studies with the purpose of motivate the training of professionals in the recognition of potential situations of abuse so it could be dealt with earlier. More studies should be conducted to rectify the lack of homogen protocol for tracking, diagnostics and intervention in a suspected situation of abuse (5). The approach and intervention, in a situation of abuse should be preventive, done by a multidisciplinary team, acting on potential victims, perpetrators and their families, to abolish their need eradicating the risk factors (2).

Introdução

Ao longo das últimas décadas, o envelhecimento demográfico mundial sofreu alterações significativas, de forma mais acentuada nas sociedades industrializadas dos países ocidentais, com crescimento exagerado da população idosa relativamente à mais jovem, invertendo-se assim as pirâmides etárias (1). Esta realidade deve-se à diminuição da taxa de natalidade e, ainda, ao aumento progressivo da esperança média de vida, atribuída ao sucesso das políticas de saúde e ao desenvolvimento sócio económico, bem como ao declínio da taxa de natalidade (1).

Portugal não foge à regra neste panorama, ocupando a nona posição num total de 201 países com mais idosos, com uma cifra de 24,5% de pessoas com mais de sessenta anos. Isto leva a outro problema na sociedade, o da incompreensão geracional, criando estereótipos negativos nessa classe, além de gerontofobia, rotulando a classe negativamente e contribuindo para o isolamento, solidão, doença, pobreza e exclusão social, maus-tratos, abuso, violência contra pessoas idosas. A Organização Mundial de Saúde definiu-a como *“qualquer ato isolado ou repetido, ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relação em que há uma expectativa de confiança e que causa dano ou sofrimento a uma pessoa idosa”* (5).

A Organização Mundial de Saúde estima que em 2050 um terço da população europeia será constituída por pessoas com idade superior a 60 anos.

No caso português em 2011 era de 19,1% com idade igual ou superior a 65 anos e segundo o Instituto Nacional de Estatística, até 2060 a percentagem de jovens portugueses diminuirá 11,9%, aumentando para 32,3% a população de idosos (5).

Aumentaram nos últimos anos as queixas de maus-tratos aos idosos e as estatísticas da Organização Mundial de Saúde, referem que anualmente, pelo menos 4 milhões de idosos passam por uma experiência de abuso e 2500 perdem a vida devido a este fenómeno (5). Em

Portugal a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima de 2000 a 2012, notificou 7058 processos de idosos, vítimas de violência (5). Continuamos perante uma subestimação do problema, tendo em conta que por cada caso de abuso ou negligência denunciado às autoridades, 5 ficam por denunciar. Pensa-se que 80% dos casos não são denunciados (5).

Maus-tratos a idosos são, atualmente, considerados como um problema de Saúde Pública em evolução, o que deve merecer a melhor atenção não só dos representantes de saúde, mas também do público em geral (5). Todos os idosos em diferentes países são suscetíveis de abuso, independentemente da sua etnia, religião ou estatuto sociocultural (5). Tal tema gera preocupação mundial porque acarreta, diminuição de qualidade de vida e um aumento da dor e sofrimento nos idosos.

Através de uma revisão bibliográfica iremos abordar este tema englobando a definição, tipologia, prevalência e os diferentes fatores de risco e a avaliação dos maus-tratos e medidas interventivas (2;5).

Materiais e métodos

Tendo em conta as causas e consequências nefastas dos maus-tratos infligidos a idosos, bem como o aumento da sua prevalência a nível mundial, principalmente nos países desenvolvidos, escolhi este tema como base para a minha tese. Para a sua concretização realizei uma pesquisa na base de dados Pub Med e Clinical Key com o objetivo de encontrar estudos e artigos de revisão sobre este tema. Dos artigos encontrados, foram selecionados os de idioma em português publicados mais recentemente.

As palavras chaves utilizadas foram: Idoso; maus-tratos; prevalência; intervenção e prevenção.

Desenvolvimento

Definição de maus-tratos

Definir o conceito de maus-tratos sempre foi difícil na literatura devido à presença de múltiplas propostas de definição por parte dos diferentes especialistas (2). É necessária uma definição de abuso que seja suficientemente abrangente para englobar as diferentes facetas do comportamento abusivo que atinge este grupo etário (1). Esta definição é difícil na medida em que existe uma variedade de termos que são utilizados com o mesmo significado de maus-tratos, como por exemplo, abuso, violência, negligência, abandono, mas também pela existência de vários tipos de maus-tratos, bem como pela possibilidade de envolvimento de vários agressores, desde familiares, profissionais de saúde, trabalhadores de instituições e ainda, a sociedade no seu conjunto (2).

Diversos autores e entidades foram efetuando propostas, destacando a adotada pela Organização Mundial de Saúde na declaração de Toronto, em 2002, na qual o abuso foi definido como *“qualquer ato isolado ou repetido ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança e que cause dano a uma pessoa idosa”* (1).

Segundo a literatura existem, pelo menos, 33 formas de maus-tratos agrupadas em 5 tipos:

Abuso financeiro, abuso físico, negligência, abuso psicológico ou emocional e abuso sexual (artigo A). Também na literatura são encontradas múltiplas referências sobre abuso de idoso por parceiro íntimo, *“elder intimate partner abuse”* ou sobre abuso institucional correspondendo a contextos particulares (1).

Ainda, as propostas com maior divulgação são as que possibilitam a identificação legal dos maus-tratos, salvaguardando a defesa da vítima e a penalização daqueles que maltratam. A

American Medical Association define-o como “*um ato de omissão ou comissão que resulta em dano ou ameaça de dano a saúde ou bem-estar de uma pessoa*” (1).

Para simplificar os diversos conceitos utilizados para definir tal problemática, alguns autores acordaram utilizar a expressão de maus-tratos de forma a incluir o abuso, a negligência e a autonegligência. Para autores como Browne e Herbert, os maus-tratos podem assumir uma vertente passiva, não intencional que se manifesta pela negligência e uma vertente ativa, intencional que corresponde ao abuso propriamente dito. Uma das barreiras à investigação desta área social tem a ver com a falta de consenso na definição do mesmo: violência, maus-tratos e negligência em português, à semelhança do que acontece em inglês: *elder abuse*, *elder maltreatment e neglect* ou ainda *violance*, *maltraitance*, em francês, variando de um país para outro os termos, categorias e significado, levando muitas das vezes tal problemática a permanecer oculta, uma vez que torna difícil a identificação precisa das ações que correspondem a maus-tratos. A definição de referência atual que reúne maior consenso entre especialistas nesta área, foi introduzida em 1993 pela organização Action on Elder Abuse (AEA), adotada pela International Network for the Prevention on Elder Abuse (INPEA) e Organização Mundial de Saúde, em 2002, na Declaração de Toronto e já foi frisado em cima: “*Qualquer ato isolado ou repetido ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança e que cause dano ou incómodo a uma pessoa idosa*” (2).

Tipos de maus-tratos

Uma das dificuldades na elaboração de estudos sobre os maus-tratos aos idosos tem a ver com a sua divisão em categorias e tipologias concordantes pela maioria, mesmo tendo múltiplas facetas. Analisando a literatura sobre o tema, deparou-se que há várias propostas para tipologias de maus-tratos, contabilizando 33 formas para Aravanis e colaboradores (2).

Para simplificar esta situação utilizamos a classificação de tipos de abuso usado pela Organização Mundial de Saúde que é consensual para vários autores, a saber: Abuso financeiro/material, abuso físico, negligência, abuso psicológico ou emocional, abuso sexual (1).

Abuso financeiro/material

Impedir o uso e o controle do próprio dinheiro, exploração financeira e chantagem económica, roubo, transferência de dinheiro ou propriedades, desconto de cheques sem consentimento, uso indevido de tutela, guarda ou procuração (4).

Abuso físico

Qualquer forma de agressão física como, espancamentos, golpes, queimaduras, fraturas, administração abusiva de fármacos ou tóxicos, relações sexuais forçadas, alimentação forçada, arremesso de objetos, etc (2).

Negligência

Pessoa em situação de incapacidade a viver num espaço sem condições de higiene ou segurança ou não receber os cuidados de vestuário, higiene e alimentação; recusa em prestar os cuidados imprescindíveis ao bem-estar do idoso. Pode ser subdividida em intencional e não intencional. A primeira ocorre conscientemente quando há falha nos cuidados à pessoa idosa. A segunda acontece por falta de capacidade ou de recurso do cuidador e ainda, quando se coloca o idoso numa situação de risco para o próprio (3;5).

Abuso psicológico ou emocional

Produção de sofrimento, angustias ou aflição mediante agressão ou ameaças verbais, isolamento social ou humilhações, insultos, intimidação, recusa a falar, ignorar, desprezar (1; 3).

Abuso sexual

Inclui contactos sexuais não consentidos ou controversas com conteúdo sugestivo. Ocorre nas formas de agressão sexual, coação sexual, assédio sexual físico ou verbal e ainda, exposição indecente. Ocorre nos idosos com incapacidade e que, por isso, não têm condições de consentir ou não consentir, o ato sexual (1; 5).

Para além destes cinco tipos de abuso referidos anteriormente, alguns estudos referem ainda o abandono e a autonegligência, como outras formas de abuso no idoso.

Assim sendo, abandono pode ser definido como o deixar de prestar cuidados ao idoso pelo Cuidador que tem essa responsabilidade, bem como, deixá-lo num hospital ou noutra local público (2; 3). Autonegligência é a recusa ou falha na obtenção, para si própria, de comida, água, roupa, abrigo, higiene pessoal, medicação e cuidados de segurança, resultando na incapacidade de se governar (2; 5).

A Organização das Nações Unidas refere a existência deste tipo de abuso por parte do sistema socioeconómico, afirmando a possibilidade de marginalização dos idosos através de políticas sociais e económicas discriminatórias (2).

Maus-tratos aos idosos como um problema de Saúde Pública

Em 1996, a Assembleia para a Saúde Mundial (World Health Assembly), identificou a violência sobre os idosos como um dos principais problemas mundiais de saúde pública.

Em 2000 a Organização Mundial de Saúde criou uma rede internacional para a sua prevenção e em 2002 passou a considerá-la como um problema de saúde pública. Até finais do século XX este assunto não era assumido nem discutido publicamente, sendo praticamente escondido da opinião pública. Atualmente é encarado como um problema inerente ao processo de envelhecimento e é uma preocupação em termos de saúde pública. Esta temática que começou a ser identificada e abordada nos países desenvolvidos, vai-se tornando progressivamente um fenómeno universal, refletindo a preocupação global relativamente aos direitos, igualdade de géneros, à violência e ao envelhecimento da população que, infelizmente, existe em todos sectores da sociedade (2).

Os idosos vítimas de violência são mais suscetíveis a apresentarem declínio das capacidades cognitivas e psicológicas, aumento dos níveis de stress, sensação de impotência, depressão e aumento da incidência de morbilidades e mortalidade prematura.

Os profissionais de saúde têm um papel decisivo na identificação das situações de abuso ao idoso e, em proporcionar a ajuda necessária para ultrapassar esta situação, com o mínimo de sequelas possíveis. Maddan (1995) salientou a necessidade de os médicos de família terem formação específica para detetar e gerir casos de suspeita de abusos, devendo estar preparados para identificar os sinais de alarme e para intervir com competência e profissionalismo. Tal temática deve ser intervencionada por uma equipa multidisciplinar, englobando profissionais de saúde, do serviço social e profissionais de Direito, etc (1).

Prevalência dos maus-tratos

As sociedades europeias e outras enfrentam desequilíbrio intergeracional por causa de um acentuado envelhecimento populacional (2). Em 2010 foi realizado um inquérito europeu em 7 países da União Europeia incluindo Portugal, “Abuse and health among elderly in europe” (ABUEL) concluindo de que num ano e por ordem decrescente 19,4% das queixas de abusos

são representados por violência psicológica, 3,8%, por abuso financeiro, 2,7% por violência física e 0,7% por violência sexual. Este estudo mostrou que Portugal tem maior prevalência de violência financeira e em segundo lugar a violência sexual. Neste estudo não foi pesquisado negligência como tipo de abuso (5).

Estima-se que em 2025, 1,2 bilhões de pessoas terão 60 ou mais anos. No que diz respeito a Portugal, e no ano de 2011 os idosos representavam 19% do total da população e em 2013, por cada 100 jovens existiam 136 idosos. Segundo o Instituto Nacional de Estatística em 2060, a população idosa representará 32% do total dos portugueses. Tal envelhecimento exponencial levou a Organização Mundial de Saúde a alertar para o aumento dos maus-tratos nos idosos e planejar estratégias de intervenção pública. O estudo sobre “Envelhecimento e violência” levado a cabo pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, de 2011 e 2014, veio reforçar os estudos multinacionais de maus-tratos por parte de familiares, amigos, vizinhos ou profissionais contratados e ainda 3/4 dos inqueridos afirmou ter vivenciado mais do que um tipo de maus-tratos e que abusos financeiros e psicológicos aconteceram mais vezes, numa cifra de 6,3% da população, seguindo-se abuso físico 2,3%, negligência 0,4%, abuso sexual 0,2%. Nesse estudo, a região autónoma da Madeira foi a região de Portugal onde a prevalência de maus-tratos foi maior. Segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, entre 2000 e 2012, através da rede de apoio, concluiu que 82% das vítimas eram de sexo feminino, tendo entre 65 e 75 anos e que os homens são os perpetradores. Nesse estudo, as queixas mais sonantes são físicas e psicológicas e os perpetradores, são cônjuges ou filhos da vítima. O número de queixas em 2007 e 2008 feita pelos idosos aumentou para 20%. Por ser um problema de Saúde Pública o Provedor de Justiça apresentou as denúncias em 2013 mostrando que o número de queixas de abusos aumentou e que estas são feitas pelos próprios idosos e em parte, pelos familiares, amigos e vizinhos. O estudo demonstrou que os maus-tratos ocorrem preferencialmente no lar instituição ou no seio das famílias. Muitos autores chegaram a um consenso de que esta

problemática é uma ponta de iceberg, havendo muitos casos não detetados. O autor Wolf afirmou que “*por cada caso de maus-tratos denunciado, 5 ficam por denunciar*”, por isso, dificilmente se saberá a magnitude da prevalência dos maus-tratos à pessoa idosa, pelo facto do perpetrador e da vítima fugirem da verdade dos factos.

Conclui-se dizendo que, há preocupação em conhecer a incidência e prevalência dos maus-tratos contra a pessoa idosa o que levou a aumentar o número de trabalhos de investigação neste assunto complexo que diz respeito a todos nós. Há quem considere que a maioria dos estudos engloba amostras pequenas e na maioria das vezes, insuficientes para se poderem tirar conclusões desses estudos, por não mostrarem real abrangência do problema (2; 5).

Consequências dos maus-tratos

Vários autores concluíram que as atitudes sociais relacionadas com o idadismo, pode contribuir para desvalorização e marginalização da pessoa idosa, levando a uma diminuição da autoestima e aumentando a probabilidade da exclusão social, comprometendo a capacidade de levar uma vida plena (2). O peso que os maus-tratos físicos e psicológicos podem ter na saúde de qualquer pessoa tem ainda mais repercussão na do idoso, pois estes têm menos flexibilidade e menor capacidade em abandonar um relacionamento abusivo ou tomar decisões, o que contribui para a diminuição da sua qualidade de vida, aumento do risco de desenvolver medos e fobias, perturbações de ansiedade, depressão, sensação de abandono, para além de stress pós-traumático. Podem chegar ao extremo de se suicidarem ou auto agredirem (artigo 6). Outra situação penalizadora para os idosos é o terem rendimentos bastante diminuídos e qualquer redução nos mesmos tem um impacto significativo na sua vida, a tendência social a viverem em locais isolados e sozinhos torna-os mais elegíveis a serem alvos de esquemas fraudulentos (2).

Os efeitos a nível emocional podem ser desastrosos, tornando-se os abusos alimento para o medo, apatia, tristeza, raiva, frustração e fator de risco para o isolamento social. Acresce ainda, o facto de os maus-tratos a idosos estar associado a um crescente número de ida aos serviços de urgência e hospitalizações prolongadas, o que contribui para o aumento dos gastos em saúde, quer para tratamento, quer para reabilitar vítimas e abusadores. Também são necessários apoios comunitários, como apoio domiciliário, locais para institucionalização, cuidados de longa duração, para evitar redução da produtividade e perda de qualidade de vida dos cuidadores. Todas estas ações diretas e indiretas traduzem-se, segundo Bond e Butler, em bilhões de dólares gastos anualmente na prestação de cuidados a idosos vítimas de maus-tratos, pelo que a sociedade deve implementar medidas preventivas desta situação.

Este tema merece mais atenção pela comunidade científica, na medida em que há poucos estudos que abordem as consequências dos maus-tratos nos idosos e as suas consequências na morbidade e mortalidade global do idoso (2; 6).

Níveis de prevenção

Em 2005 Bernal e Gutierrez salientaram que, “...ao *perspetivar-se a história natural de abuso como uma doença, partindo da situação ideal de saudável, em que não existem factores de risco de aparecimento do mesmo, pode-se passar para outra com risco, mas sem maus-tratos e, posteriormente, a evolução para a existência de maus-tratos ocultos ou a deteção de maus-tratos manifestos, por vezes reincidentes*” (1; 2). A prevenção é a primeira etapa a ter em conta em Saúde Pública na erradicação dos maus-tratos a idosos. Deve abarcar toda a estrutura social, incluindo idosos e seus familiares, profissionais de saúde, organizações sanitárias, serviços sociais e outros. Pode ser dividido em primordial, primária, secundária e terciária.

A- Prevenção primordial

Tudo se resume na transformação cultural, adaptando ao nível dos valores de vida social, económica ou cultural, promovendo atitudes e comportamentos saudáveis e proporcionando o bem-estar geral. Tal prevenção abarca valorização da imagem, estatuto da pessoa idosa na sociedade, luta contra formas de pensamentos idadistas com eliminação de estereótipos negativos, ainda o desenvolvimento de estruturas de apoio à população idosa contribuindo para um envelhecimento ativo e intervindo na minoração de fatores de vulnerabilidade à violência. De salientar ainda, 3 objetivos que devem constar no programa de prevenção primordial:

- 1) A informação - importante, mas não suficiente para mudar a mentalidade em relação ao envelhecimento, baseado na educação através dos meios de comunicação e na educação através de programas específicos na escola. Na primeira, falamos de rádio e televisão, dando imagem positiva do idoso, erradicando conceitos pejorativos em campanhas publicitárias. Quanto à educação, acrescentar na escola temas como “*envelhecimento, ciclo de vida, doença, perda de capacidade, tolerância, etc.*”, sensibilizar os alunos quanto aos mitos e estereótipos da idade, tolerância na expressão

degradantes, juntar idosos e crianças nas festividades e colóquios, a fim de se adaptarem as duas populações

2) A formação dos profissionais: conhecedor da falência do idoso, nomeadamente dependência, colmatando a lacuna com formação na geriatria e gerontologia no que concerne aos maus-tratos, de que são verdadeiros e não falsos e quem a negue não contribua para sua prevenção, ainda deve constar dos currículos académicos e formação continua dos profissionais.

3) As políticas institucionais na organização gerontológica e na sua monitorização contempla apoio jurídico, assistencial e social:

3.1) Apoio jurídico inclui monitorização do cumprimento das leis prévias e a implementação doutras normas jurídicas a fim de proteger os idosos, principalmente aqueles com patologias físicas e psicológicas. Relativamente ao âmbito assistencial, falamos no programa de envelhecimento saudável. Dar qualidade de vida e independência aos idosos, através de cuidados domiciliários, acolhimento em Centros de Dia aos idosos, monitorizados por profissionais experientes. A nível social, criar ferramentas para conhecer seus direitos e deveres. Por terem deficiências de várias ordens os habitats são adaptados às suas necessidades. Na carência de apoio familiar ou outro deve-se pensar noutra alternativa como o apoio telefónico ou de outra forma (1; 2).

B- Prevenção primária

A prevenção primária de maus-tratos nos idosos tem como foco a causa e fatores de risco, prevenindo situações de abuso através da monitorização. Tais fatores de risco abarcam tanto os indivíduos, como a sociedade, a cultura e o ambiente. Sendo um fenómeno bastante complexo, tendo em conta múltiplas variáveis, é fundamental analisar as suas origens e situações de risco a fim de intervir precocemente que são: A idade avançada, o sexo feminino, a dependência, a

existência de comorbilidade, a limitação funcional, os escassos recursos económicos, o reduzido nível educacional, o isolamento social, os antecedentes pessoais ou familiares de maus-tratos, o stress, a sobrecarga física e emocional, a doença psiquiátrica, como a depressão, o burnout, a perturbação da personalidade, o abuso de substância, os problemas financeiros, a transmissão intergeracional da violência (da relação), os fatores culturais: a existência de normas culturais e sociais que sejam tolerantes com a violência, encarando-a como normal e aceitável (sociais), a relação conflituosa entre idoso e cuidador, a falta de apoio familiar, social e financeiro. O caso típico de vítima de maus-tratos segundo Bernal e Gutierrez é o seguinte: “...mulher, viúva, 75 anos ou mais, a viver com a família, com rendimentos inferiores, dependente do Cuidador, com polimedicação, ausência de cuidados médicos e sociais”. Assim sendo, além de atuar na prevenção primordial, convém atuar na exclusão social, na sobrecarga dos cuidadores, no serviço de apoio domiciliário, em apoiar economicamente famílias mais carenciadas, em colmatar o stress do cuidador, na divulgação de informação ao público sobre violência, na formação e sensibilização de profissionais que lidam com idosos, na promoção de oportunidade de expansão de rede social da pessoa idosa, evitando o isolamento, estimular a independência do idoso para fazer e decidir. Tais medidas preventivas são baseadas nas potenciais vítimas, perpetradores e seus familiares, eliminando possíveis fatores de risco (artigos 1; 2; 4).

C- Prevenção secundária

Baseia-se na deteção precoce dos maus-tratos (identificando sinais de alerta) e na implementação de medidas para evitar a perpetuação. A atuação dos profissionais de saúde na presença de maus-tratos consumados e ocultos, pretende reduzir a prevalência dos maus-tratos pela deteção precoce dos casos ocultos para evitar consequências mais graves e recidiva (2; 4).

“Estudos U.S. Preventive Services Task Force e a Canadian Task Force on Preventive Health

Care” concluíram que não há evidência científica suficiente para recomendar o uso de instrumentos de rastreio na detecção de maus-tratos no idoso, mas na abordagem ao idoso, os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos de medicina geral e familiar, durante a entrevista devem estar atentos na identificação precoce de fatores de risco e sinais de maus-tratos (artigo 4). Os profissionais de saúde, nomeadamente da prevenção primária são os privilegiados no reconhecimento dos maus-tratos por acompanharem de perto a pessoa idosa e seus familiares, podendo ajudar a solucionar as situações (artigo 2). Nesta fase é fundamental um diagnóstico e intervenção precoce, sendo dificultada pela vergonha da vítima, auto culpabilização, medo de represálias, chantagem emocional por parte do abusador, desconhecimento dos seus direitos e dos recursos disponíveis para a ajuda. O isolamento ou institucionalização, pelo perpetrador dos maus tratos, a negação, o receio de assumir o fracasso ou de sofrer eventuais consequências legais, evitando pedir auxílio à sociedade em geral. O idadismo, a ausência de informação e a sensibilização da comunidade para o tema dos maus-tratos contra o idoso, são valores culturais que salientam este fenómeno de situação privada, que deverá ser tratada na privacidade do seio familiar, sem a intervenção de agentes externos. Devido a tal dificuldade, alguns autores desenvolveram programas de rastreio sistemático, incluindo análise dos diversos fatores de risco aquando da avaliação global do estado de saúde do idoso, dispondo de instrumentos com alta sensibilidade e especificidade, de fácil aplicação, pelos diversos profissionais, usados no rastreio de violência, na avaliação física, na avaliação do risco, na avaliação do cuidador, entre outros.

Os maus-tratos devem ser abordados multidisciplinarmente, com intervenção de áreas de saúde, serviço social e poder judicial. No que diz respeito à intervenção do profissional de saúde a salientar o reconhecimento ou identificação de um abuso ou potencial abuso, alertar as autoridades competentes e continuar o seguimento a longo-prazo da vítima. *“Quando um profissional de saúde se depara com uma possível situação de abuso, tem à sua disposição uma*

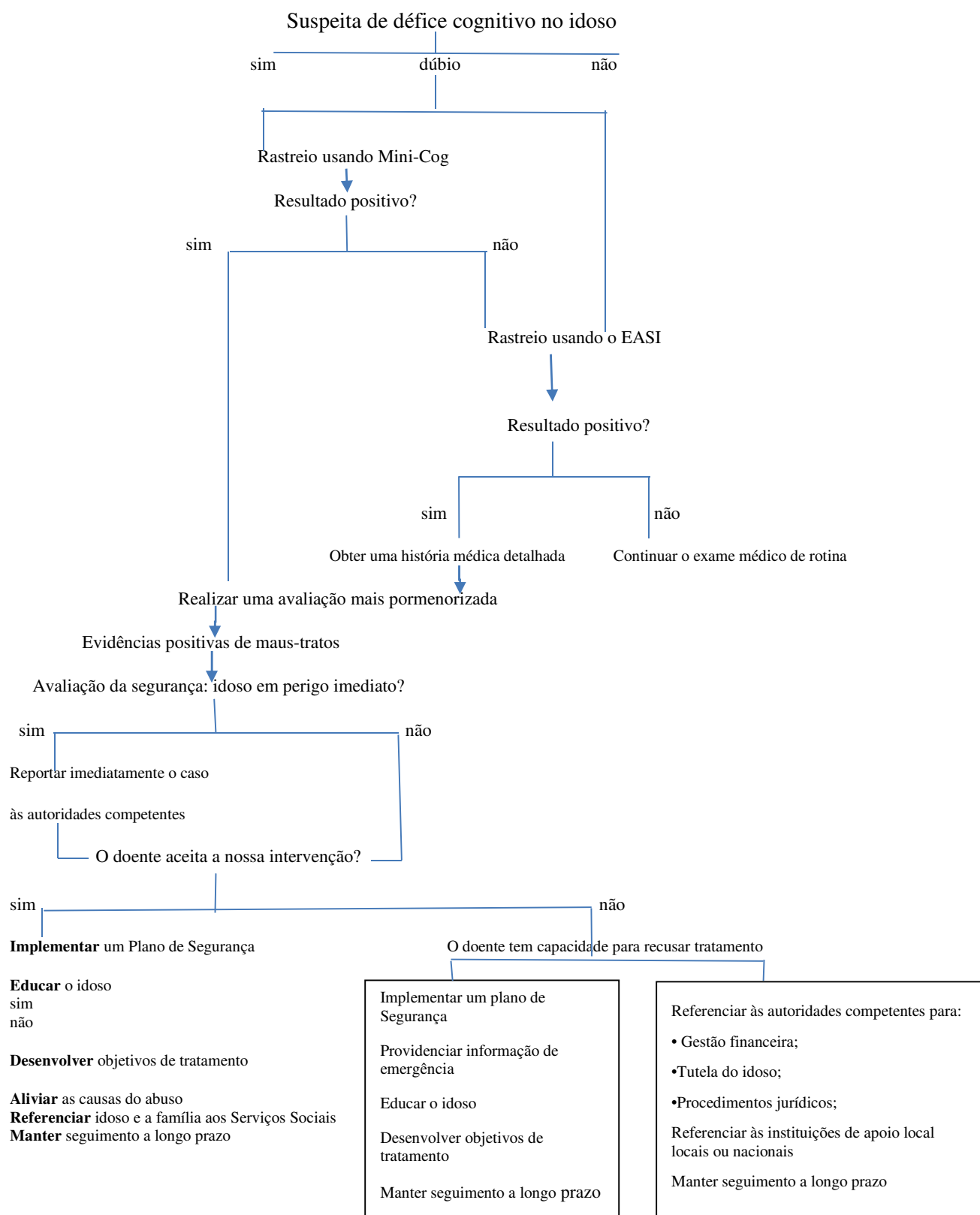
das ferramentas fundamentais para confirmar essa hipótese”: a entrevista clínica (Exemplo: Como vão as coisas em casa? Quem o ajuda se precisar? Tem medo de alguém com quem vive? Etc).

À medida que o número de sinais identificados (emocional, financeiro, físico, negligência, sexual) vão aumentando, a preocupação dos profissionais será também inevitavelmente crescente. Serão abordados com maior detalhe no ponto seguinte os aspectos relativos à gestão de casos de suspeita de maus-tratos (1; 2; 4; 5).

D- Prevenção terciária

Fala-se nesse tipo de prevenção quando os maus-tratos já estão consumados e identificados na comunidade por terceiros e o que se pretende é a sua abolição ou diminuição da sua perpetuação, atuando nas sequelas e no sofrimento que daí advém. Visa nesta fase de prevenção a elaboração de medidas a fim de melhorar a qualidade de vida das vítimas, a abolição de ciclo de violência e a interrupção do risco de reincidência ou, por outras palavras, gerir situações de maus-tratos. É de consenso de vários autores, não deixar atingir esta fase, atuando previamente a nível de prevenção primordial e primária, indo à génese do abuso e dos seus fatores que propiciam maus-tratos para abolir ou diminuir radicalmente este fenómeno, a fim de ficarem completas estas medidas interventivas que visam promover um envelhecimento ativo associado com a manutenção da autonomia e independência dos idosos ao longo do seu ciclo de vida (1; 2; 5).

Gestão de uma suspeita de maus-tratos



“Algoritmo da gestão de uma suspeita de abuso. (EASI – Elder Abuse Suspicion Index). Adaptado de Hoover RM, Polson M, Detecting Elder Abuse and Neglect: Assesment and intervention. Am Fam Physician. 2014 e de Santos C. Vieira DN. Geriatria Fundamental. Lidell; 2014”

Constata-se algum consenso sobre a necessidade de atuação de uma equipa multidisciplinar que permita ampliar as capacidades de intervenção e repartir responsabilidades. A entrevista ao Idoso pelo Médico de família é de extrema importância quando apresenta sinais ou indicadores de ser uma potencial vítima de abuso e para tal convém estabelecer uma relação de confiança entre o médico e o doente. A Medicina Legal tem um papel preponderante como elo de ligação entre a pessoa idosa vítima de abuso e o tribunal, constatando ela prova pericial produzida, conhecimento global do caso e das consequências do dano, contribuindo para ajudar o magistrado na fundamentação e formulação da sentença final (1).

De acordo com Gonçalves, a sequência de intervenção habitualmente adotada inclui três fases: a primeira fase fala da situação de maus tratos, identificando fatores de risco como sinais/indicadores de alerta, entre outros; a segunda fase consiste na avaliação feita por uma equipa multidisciplinar, a fim de ter acesso ao idoso e ao seu Cuidador, para confirmar a suspeita de maus-tratos e a sua origem; a terceira fase visa tratar a causa, através da organização dos cuidados a prestar aos idosos, evitar o isolamento social através de serviços de cuidados domiciliários, centros de dia, etc. Avaliar as limitações do idoso, institucionalizar na incapacidade familiar de garantir cuidados adequados, criação de serviços de suporte legal, psicológico e educativo, para tal temática (2).

Em jeito de conclusão, as pessoas idosas devem fazer parte de toda uma estratégia interventiva criada em que as políticas sociais devem acompanhar os idosos e não serem só para os idosos, na medida em que precisam de acompanhar todo o processo de intervenção (2).

Conclusão

Este trabalho visa alertar para a elevada frequência dos maus-tratos em idosos, bem como a sua complexidade em termos de estudo ou da prática clínica. Os idosos podem ser vítimas de cinco principais tipos de violência, que são por ordem decrescente: violência física, psicológica, financeira, sexual e negligência.

Em Portugal o abuso financeiro e psicológico é mais frequente na comunidade, enquanto que a negligência ocorre mais nos idosos institucionalizados.

Situações como demência do idoso, distúrbios psiquiátricos, abuso de substâncias, comportamento agressivo, problemas financeiros do Cuidador, dependência do agressor, isolamento social, são entre outros, os principais fatores de risco para o desenvolvimento de maus tratos neste escalão etário.

Como fator protetor a salientar o grau de escolaridade elevada.

A Medicina Geral e Familiar, constitui um pilar importante para o diagnóstico desta situação, por ser o elo de ligação, facilitando a suspeita de abuso, além de diagnosticar e fazer a referenciação às autoridades.

Os maus-tratos, além dos custos humanos que acarretam, também têm impacto económico, incluindo os custos relacionados com a saúde, sistemas sociais, legais, etc.

O diagnóstico de casos de maus-tratos em idosos não é fácil porque, muitas vezes, os próprios sinais e sintomas se confundem com a clínica de doenças do envelhecimento, constituindo, por isso um desafio na prática clínica. Em termos de prevenção existem 4 níveis (primordial, primário, secundário e terciário) devendo ser a principal arma de intervenção e abordagem desta entidade, devendo o agressor ser incluído nesta intervenção. Mais estudos nesta área serem feitos para conhecer o grau de capacidade dos médicos, principalmente de Medicina Geral e Familiar e Medicina Interna, nesta área tão complexa e promover uma excelente formação desses profissionais de saúde na abordagem de situações de risco e na sua abolição precoce. De

referir que ainda é muito prevalente nas sociedades tal prática abusiva. Ainda de salientar que mais estudos de raiz são necessários desenhar tanto no mundo, como em Portugal para colmatar o défice no protocolo para o rastreio, diagnóstico e intervenção precoce numa situação de suspeita de abuso e ainda há que promover a solidariedade intergeracional com o objetivo de construir uma sociedade harmoniosa e justa para todos (2; 5).

São necessários mais estudos nesta área para que possa ser realizada uma abordagem de rastreio, diagnóstico e intervenção precoce e, portanto, mais atempada e eficaz minorando assim as consequências desastrosas que esta entidade pode acarretar, quer para o idoso em particular, quer para a sociedade em geral.

Bibliografia

“Algoritmo da gestão de uma suspeita de abuso. (EASI-Elder Abuse Suspicion Index). Adaptado de Hoover RM, Polson M. *Detecting Elder Abuse and Neglect: assessment and Intervention. Am Fam Physician.* 2014; 89(6):453-60; e de Santos C, Vieira DN. *Abuso e maus-tratos de Idosos. In: Geriatria fundamental- Saber e praticar. First Edit. LIdeel- Edições Técnicas, Lda; 2014. P.413-21.*”

Artigos

1. *Abuso e maus tratos de idosos. César Santos, Duarte Nuno Vieira; páginas 414 a 420 “Geriatria fundamental”.*
2. *Os maus tratos em Idosos. Cátia Freitas Tomé de Andrade. Páginas 3 a 56, março de 2015 FMUC.*
3. *Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia de ocorrência. Ana Paula Gil, Irina Kislaya, César Santos, Luísa Mascoli, Alexandra Inácio Ferreira, Duarte Nuno Vieira. “Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31 (6): 1234-1246, junho 2015.*
4. *Maus tratos nos idosos. Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários. Isabel Costa, Ângela Pimenta, Diana Brigas, Luísa Santos, Sofia Almeida. “Ver Port Clí Geral 2009, 25:537-42”.*
5. *Artigo de Revisão – Maus-tratos de Idosos. Ana Sofia da Silva Martinho; páginas 5 a 61- 2016 FMUC*