



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA - TRABALHO FINAL**

ANTONY SOARES DIONÍSIO

**MAUS TRATOS EM IDOSOS: CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO  
INTERNADA NO CHUC**

ARTIGO CIENTÍFICO

**ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA**

**Trabalho realizado sob orientação de:**

PROFESSOR MANUEL TEIXEIRA MARQUES VERÍSSIMO

DOUTOR JOÃO FILIPE GOMES

MARÇO 2018

# MAUS TRATOS EM IDOSOS: CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO INTERNADA NO CHUC

Artigo Científico

Antony Soares Dionísio <sup>1</sup>

Professor Manuel Teixeira Marques Veríssimo <sup>1,2</sup>

Dr. João Filipe Gomes <sup>1,2</sup>

**Endereço de correio eletrónico:** [tonydionisio4@hotmail.com](mailto:tonydionisio4@hotmail.com)

---

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<sup>2</sup> Serviço de Medicina Interna A do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

## Sumário:

Resumo.....	9
Palavras chave .....	10
Abstract .....	11
Keywords .....	12
Abreviaturas .....	13
Introdução.....	14
Materiais e métodos .....	17
Revisão da literatura.....	19
1) Definição e contextualização.....	19
1.1) Envelhecimento .....	19
1.2) Maus tratos em idosos .....	21
1.3) A realidade em Portugal .....	23
2) Teorias explicativas da génese dos maus tratos em idosos .....	25
3) Classificação dos abusos em idosos .....	27
3.1) Abuso físico .....	27
3.2) Abuso psicológico.....	28

3.3) Abuso sexual.....	30
3.4) Abuso financeiro.....	32
3.5) Negligência .....	33
4) Fatores de risco.....	35
5) Consequências dos maus tratos em idosos .....	38
6) O papel do médico nas situações de maus tratos a idosos.....	40
7) Intervenções.....	44
Resultados .....	47
1) Caracterização da amostra .....	47
2) Análise descritiva dos indícios de abuso .....	52
3) Análise bivariada .....	54
3.1) Análise de diferenças no abuso consoante o género .....	55
3.2) Análise de diferenças no abuso consoante a zona de residência .....	57
3.3) Análise de diferenças no abuso consoante o local de residência.....	58
3.4) Análise de diferenças no abuso consoante o agregado familiar .....	59
3.5) Análise de diferenças no abuso consoante o estado civil .....	60
3.6) Análise de diferenças no abuso consoante o nível de escolaridade .....	61

3.7) Análise de diferenças no abuso consoante a auto percepção do estado de saúde .....	63
3.8) Correlação dos indicadores de abuso consoante o grau de dependência e sintomas depressivos .....	64
3.9) Correlação dos indicadores de abuso com a necessidade de cuidados de saúde e medicação diária.....	66
Discussão.....	68
Conclusão.....	74
Agradecimentos.....	76
Bibliografia.....	77
Anexo I- Questionário e consentimento informado .....	82
Anexo II- Parecer da comissão de ética do CHUC .....	90

## Índice de figuras

<b>Figura 1-</b> Gráfico Circular com a distribuição da população quanto ao grau de escolaridade. .....	48
<b>Figura 2-</b> Gráfico circular com a distribuição da população quanto ao tipo de relacionamento com o cuidador. ....	49
<b>Figura 3-</b> Gráfico de Barras com a distribuição da população consoante o score obtido no índice de Katz.....	51
<b>Figura 4-</b> Gráfico de Barras com a distribuição da população consoante o resultado obtido na escala de Yesavage.....	51

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1-</b> Distribuição da população consoante o agregado familiar .....	48
<b>Tabela 2-</b> Estatísticas descritivas dos dados sobre medicação diária e necessidade de recorrer a cuidados de saúde.....	50
<b>Tabela 3-</b> Distribuição da população pelo número total de indicadores de abuso .....	52
<b>Tabela 4-</b> Distribuição da população pelo total de cada tipo de indicadores de abuso .....	52
<b>Tabela 5-</b> Resultado dos testes de Kolmogorov-Smirnov aplicado às variáveis escalares .....	54
<b>Tabela 6-</b> Comparação do número total de indicadores consoante o género (Teste de Mann-Whitney U).....	56
<b>Tabela 7-</b> Comparação do número total de indicadores de abuso consoante a zona de residência (Teste de Mann-Whitney U) .....	57
<b>Tabela 8-</b> Comparação do total de indicadores de abuso consoante o local de residência (teste de Kruskal Wallis).....	58
<b>Tabela 9-</b> Comparação do total de indicadores de abuso consoante os diferentes agregados familiares (teste de Kruskal Wallis) .....	59
<b>Tabela 10-</b> Comparação do total de indicadores de abuso consoante o estado civil (teste de Kruskal Wallis) .....	60

<b>Tabela 11-</b> Comparação do total de indicadores de abuso consoante o nível de escolaridade (teste de Kruskal Wallis) .....	61
<b>Tabela 12-</b> Comparação do total de indicadores de abuso consoante a auto percepção do estado de saúde ( teste de Kruskal Wallis) .....	63
<b>Tabela 13-</b> Correlação do total de indicadores de abuso com os resultados obtidos no índice de Katz e escala de Yesavage (correlação de Spearman) .....	65
<b>Tabela 14-</b> Correlação entre o número de medicamentos diários e necessidade de recorrer a serviços de saúde com o total de indicadores de abuso.....	67



## Resumo

Os maus tratos em idosos representam um problema cada vez mais presente nas sociedades atuais, tornando-se essencial conhecer o seu verdadeiro impacto de modo a criar estratégias de intervenção adequadas. Com este estudo pretende-se avaliar a prevalência de indícios de maus tratos numa população de idosos, internada no serviço de medicina interna A do CHUC e relacioná-los com fatores de risco.

Os dados foram obtidos através de resposta a um questionário, com a participação de 100 idosos internados no serviço de Medicina Interna A do CHUC. O questionário foi dividido em 5 secções, permitindo a recolha de dados sociodemográficos, informação quanto ao estado emocional através da escala de Yesavage, avaliação do estado funcional do idoso recorrendo ao índice de Katz, prevalência de indícios de maus tratos com o instrumento QEEA e dados relativos à saúde dos participantes.

A análise dos resultados permitiu concluir que 36% dos idosos apresentaram pelo menos um indicador de abuso, valor superior ao que seria expectável com base na literatura disponível. Com maior frequência foram detetados indícios de abuso emocional (29%) e negligência (24%), seguindo-se os de abuso financeiro (12%) e por fim os de abuso físico (5%).

Ao relacionar os indicadores de maus tratos com as restantes variáveis concluiu-se que existe uma forte associação entre o total de indicadores de maus tratos e indivíduos do género feminino, baixo grau de escolaridade, sintomas depressivos e com o aumento da dependência funcional. Os indicadores de maus tratos revelaram também uma associação positiva com a quantidade de medicamentos tomados por dia, com o número de visitas ao serviço de urgência e internamentos do último ano.

Este estudo vem alertar para o elevado número de idosos com indícios de maus tratos em Portugal, mais especificamente internados em hospitais centrais. É importante que a comunidade médica e os restantes profissionais de saúde sejam sensibilizados para o tema e que se desenvolvam políticas que permitam minimizar e reverter a situação.

## **Palavras chave**

Idosos, Abuso, Negligência

## **Abstract**

Mistreatment in the elderly people represents an increasingly problem in today's society, making it crucial to know its true impact in order to create appropriate intervention strategies. This study intends to evaluate the signs of mistreatment in a population of elderly people admitted to the Internal Medicine A services of CHUC and relate them with risk factors.

The data were obtained through a questionnaire response, with the participation of 100 elderly people admitted to the Internal Medicine A services of CHUC. The questionnaire was divided into 5 sections, allowing the collection of sociodemographic data, information on emotional status through the Yesavage scale, as well as the evaluation of the functional state of the elderly using the Katz index and the prevalence of evidence of abuse with the QEEA instrument and data on health status.

The analysis of the results concludes that 36% of the elderly have submitted at least one indicator of abuse. Emotional abuse (29%) and negligence (24%) were more frequently detected, followed by financial abuse (12%) and physical abuse (5%).

When relating the indicators of mistreatment with the other variables, it was concluded that there is a strong association between the total of mistreatment indicators and individuals of the female gender, low educational level, depressive symptoms and with increased functional dependence. The indicators of mistreatment also showed a positive connection with the number of medications taken per day, the number of visits to the emergency service and hospitalizations of the last year.

This study is alerting us of the high number of elderly people with signals of mistreatment in Portugal, more specifically in central hospitals. It is important that the medical

community and other health professionals become aware of the issue and that policies are developed to minimize and reverse the situation and do something about it.

## **Keywords**

Elderly, Abuse, Neglect

## **Abreviaturas**

**APAV**- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

**CHUC**- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**OMS**- Organização Mundial de Saúde

**ONU**- Organização das Nações Unidas

**QEEA**- Question to Elicit Elder Abuse

**SPSS**- Statistical Package for Social Science

## Introdução

Os maus tratos em idosos constituem uma violação de direitos humanos fundamentais, representando um problema de saúde pública pelo seu crescimento nos últimos anos. (1) Consequentemente, torna-se imperativo que aumente a investigação por parte da comunidade científica, a discussão no seio da classe política e a consciencialização da sociedade civil. As alterações nos sistemas de saúde e a criação de mecanismos de proteção social efetivos devem ser implementados urgentemente, no sentido de diminuir a dimensão e o impacto decorrente desta situação. (2)

Atualmente, assiste-se a uma explosão demográfica mundial, com um aumento da proporção de pessoas idosas, explicado pelo aumento da esperança média de vida e da melhoria nos cuidados de saúde. (2) Este fenómeno é cada vez mais evidente, estimando-se que a população com mais de 60 anos passe dos 510 milhões em 2011 para 1613 milhões em 2050 nos países em desenvolvimento, e dos 164 milhões em 2011 para 242 milhões em 2050 na Europa. (3) Em Portugal, a percentagem de pessoas com 65 ou mais anos, aumentou de 18,7% para 20,7% entre 2010 e 2015, estimando-se que continue a aumentar nos próximos anos. (4)

Além do envelhecimento demográfico, verificam-se alterações sociais profundas, com valorização das carreiras individuais e desvalorização de valores relacionados com a família e a pessoa idosa.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define maus tratos em idosos como “ato isolado ou repetido, ou falta de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento que supostamente, tem por base a confiança, resultando em danos ou angústia para a pessoa idosa”. (5) Nos últimos anos, estabeleceu-se uma divisão de maus-tratos em

idosos em cinco categorias: abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, abuso financeiro e negligência, podendo estes ocorrer isoladamente ou em simultâneo. (5-7)

Um estudo recente, financiado pela Organização Mundial de Saúde, concluiu que a prevalência de maus tratos em idosos a nível global é de 15,7%, o que significa que um em cada seis idosos sofre de pelo menos um tipo de abuso. Contudo, existe uma grande heterogeneidade da prevalência nas diferentes partes do globo, decorrente das particularidades socioculturais de cada região. (1)

Em Portugal, segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), os crimes contra pessoas idosas têm sido cada vez mais reportados, tendo aumentado 179%, de 2000 para 2012. Em 2012 foram registados 809 casos, subindo para 1009 no ano de 2016. A grande maioria dos autores destes crimes são cônjuge, filhos, outros familiares e vizinhos. (8, 9) Em Portugal, segundo um estudo recente, realizado pelo Instituto Ricardo Jorge, a prevalência de abusos em idosos é de 12,3%. (10) Outros estudos realizados em Portugal, em regiões do interior do país, apontam para prevalências superiores, atingindo os 70%. (11, 12) Estes números divergem pelas características inerentes a cada estudo, mas também pelas diferenças intrínsecas às comunidades estudadas. Estes dados reforçam assim a necessidade de continuar a investigação a nível nacional e regional, procurando esclarecer a verdadeira dimensão do problema e caracterizar as populações mais afetadas.

Investigações recentes denotam uma forte relação entre maus tratos em idosos e um aumento de mortalidade, morbidade, internamentos e recorrência a serviços de urgências. (1, 13-15) O aumento de ansiedade, depressão e tendência suicida nas vítimas de abusos encontram-se também documentados. (16, 17)

Os profissionais de saúde encontram-se numa posição privilegiada para a identificação dos casos de maus tratos. No entanto, os médicos, nomeadamente os médicos de família, são das classes profissionais que menos reportam estas situações. (18, 19)

Este estudo pretende assim contribuir para o aumento do conhecimento sobre maus tratos em idosos, caracterizando uma população de idosos internados no CHUC quanto à existência de indícios de maus tratos. Pretende-se, também, relacionar a presença de indícios de abuso com alguns dos fatores de risco descritos na literatura, bem como possíveis consequências para a saúde das vítimas. Espera-se ainda, que a divulgação dos resultados do estudo permita alertar a comunidade médica e restantes profissionais de saúde para a dimensão do problema, bem como estimular o desenvolvimento de futuras investigações e intervenções.



## **Materiais e métodos**

O estudo realizado foi observacional, transversal de carácter quantitativo. Os dados foram recolhidos em apenas um momento, sem existir qualquer intervenção.

Este estudo realizou-se no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) no serviço de Medicina Interna A. A investigação decorreu entre os dias 15 de outubro e 31 de dezembro de 2017 com base num questionário (anexo I) distribuído individualmente aos doentes internados no serviço. Para os doentes sem capacidade de responder ao questionário escrito, de forma autónoma, a recolha de dados processou-se por meio de entrevista guiada pelos itens do questionário, realizada pelo investigador. Foi fornecida uma explicação sobre o tema e as condições do estudo com preenchimento do consentimento informado (anexo II).

Participaram neste estudo 100 doentes internados no serviço de Medicina Interna A do CHUC, durante o período de tempo estabelecido. Foram incluídos os doentes com mais de 65 anos, e excluídos os que não apresentavam capacidade de resposta decorrente das suas condições médicas. Foram também excluídos os que não apresentaram um desempenho cognitivo suficiente para a compreensão e resposta credível às questões.

O anonimato dos participantes foi garantido, uma vez que no questionário não existiam itens que permitissem a identificação dos mesmos. A duração do preenchimento do questionário foi de aproximadamente vinte minutos.

O questionário foi dividido em cinco secções. A primeira secção consistiu na recolha de dados sociodemográficos, visando a caracterização da amostra. Na segunda secção reproduziu-se a escala de Katz de forma a caracterizar os participantes quanto à autonomia para as atividades diárias. Na terceira parte do questionário utilizou-se a escala de depressão geriátrica

de Yesavage, que providenciou informação quanto ao estado emocional dos idosos incluídos neste estudo. A quarta secção do questionário baseou-se na utilização do instrumento Question to Elicit Elder Abuse (QEEA), adaptado em Português por Ferreira-Alves e Sousa. Esta escala permitiu averiguar a existência de indícios de maus tratos em idosos, divididos consoante o tipo de abuso: físico, emocional, sexual, financeiro ou negligência. (20, 21) A última parte do questionário consistiu num conjunto de perguntas referentes ao estado de saúde dos participantes, permitindo relacionar os indícios de maus tratos com o estado de saúde dos mesmos.

Após a conclusão da recolha dos dados, foi elaborado um estudo estatístico com o programa SPSS, versão 22.0. Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva de modo a caraterizar a população estuda. Seguidamente, procedeu-se a um estudo estatístico inferencial, visando relacionar os indicadores de abuso com alguns fatores de risco descritos na literatura. Foram utilizados testes não paramétricos, uma vez que não se verificou a normalidade dos dados após aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov. De modo a poder generalizar os resultados do estudo para a população, considerou-se um nível de significância de 0,05 ( $p < 0,05$ ).

# **Revisão da literatura**

## **1) Definição e contextualização**

### **1.1) Envelhecimento**

De modo a abordarmos a questão dos maus tratos em idosos, importa recordar alguns fatos relacionados com o envelhecimento fisiológico, inerente a todos os seres humanos. O envelhecimento é um processo natural, em que ocorrem alterações biológicas, que levam, invariavelmente, à diminuição de função dos mais diversos órgãos e sistemas. Consequentemente, este declínio associa-se a uma redução na capacidade de adaptação às alterações ambientais e diminuição da independência, culminando num aumento de vulnerabilidade e mortalidade. (1, 11)

Atualmente, assiste-se a um envelhecimento populacional global, que não pode ser ignorado. A proporção de pessoas com mais de 65 anos encontra-se em crescimento acelerado, o que está a transformar por completo a pirâmide social tal como a conhecemos. Estas alterações vieram abrir portas a novos desafios, sendo necessário encontrar um ponto de equilíbrio, que permita a melhor adaptação possível dos idosos e restantes grupos etários. (11)

Segundo o relatório de envelhecimento e saúde, publicado pela Organização Mundial de Saúde em 2015, atingiu-se pela primeira vez na história da humanidade, um ponto em que a maioria da população tem uma esperança de vida superior a 60 anos. (22) No Japão, as pessoas com mais de 60 anos excedem já os 30% da população, estimando-se que em 2050 mais de trinta países se encontrarão na mesma situação, incluindo Portugal e a maioria das nações Europeias.

Segundo o relatório da ONU, elaborado aquando a segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em 2011, existiam cerca de 700 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos. Em 2050 estima-se que este número irá aumentar até 2000 milhões. Neste mesmo relatório prevê-se, ainda, que exista o dobro de mulheres em relação a homens, no grupo etário com idade superior a 80 anos. (23)

Um dos principais objetivos dos estudos realizados nesta área tem sido avaliar a qualidade de vida associada ao envelhecimento. Quando este decorre de modo saudável, contribui positivamente para o desenvolvimento da humanidade, cabendo aos governos elaborar políticas que visem incluir os idosos, readaptando o seu papel comunitário. No entanto, este grupo populacional tem sido bastante ignorado, apresentando elevados níveis de pobreza associados a dificuldades no acesso a condições básicas de higiene, alimentação e saúde. Em alguns casos, mesmo atravessando grandes dificuldades financeiras, os idosos representam a principal fonte monetária para o agregado familiar. (23)

Torna-se evidente a necessidade da criação de respostas que pretendam diminuir o impacto negativo associado ao envelhecimento. Alguns instrumentos políticos têm sido utilizados desde o Plano Internacional de Ação e Envelhecimento de Madrid, divulgado em 2002. Estas medidas pretendem reforçar positivamente as qualidades e potenciais dos idosos, baseando-se no ideal do envelhecimento ativo. No entanto, apesar de algumas tentativas, a maioria dos países não pôs em prática medidas concretas.

## 1.2) Maus tratos em idosos

Nos últimos anos, foram surgindo grandes alterações de mentalidade no que concerne ao papel do idoso na sociedade. A imagem dos idosos deteriorou-se progressivamente, deixaram de ser encarados como sábios e experientes, passando a ser considerados incapazes, dependentes e um fardo a nível familiar e comunitário. Esta mudança gerou uma perda do respeito pela pessoa idosa, tornando-a mais suscetível a situações de abusos. (11)

Os abusos dependem de características étnicas, religiosas e culturais, variando a sua compreensão em cada comunidade. Esta particularidade dificulta o consenso em definir maus tratos em idosos. Em França, por exemplo, é visto como um “ato cruel a nível moral”, enquanto que na Noruega é visto como “falta de harmonia familiar”. (24) A OMS definiu então, abuso de pessoas idosas como o “ato isolado ou repetido, ou falta de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento que supostamente, tem por base a confiança, resultando em danos ou angústia para a pessoa idosa”. Os maus tratos podem assumir várias formas como abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico, abuso financeiro e negligência. (5, 6, 11) Esta definição permitiu excluir algumas situações que poderiam ser confundidas com maus tratos, tais como os crimes por desconhecidos e a discriminação. Permitiu também incluir outras que poderiam à partida não ser consideradas, nomeadamente os casos de negligência.

Um estudo financiado pela OMS, concluiu que a nível mundial cerca de um em cada seis idosos é vítima de maus tratos, representando cerca de 141 milhões de pessoas. Esta estimativa baseia-se na revisão de diversos estudos realizados em vinte e oito países diferentes, entre 2000 e 2015. No entanto, os autores reforçam a necessidade de continuar a trabalhar nesta área, tendo em conta as lacunas encontradas na informação de alguns estudos. O tipo de abuso mais prevalente foi a violência psicológica, seguida de abuso financeiro e negligência. Concluiu-se, também, que existe uma variação importante entre os diferentes países, tanto a

nível de incidência global como do tipo de abuso encontrado. Na base destas diferenças estão características dos próprios estudos, porém, o principal motivo prende-se com as diferenças socioculturais inerentes a cada região. (1) Segundo Dong, menos de 4% dos abusos são identificados e reportados às autoridades competentes, o que permite inferir que a dimensão do problema poderá ser substancialmente mais grave do que o esperado. (25)

A maioria dos casos identificados ocorre no seio familiar, envolvendo filhos, netos, cônjuges e vizinhos. No entanto, também acontecem em instituições como lares e residências para idosos, sendo várias vezes reportadas restrições excessivas, excesso ou falta de medicação, agressões verbais, exploração financeira, infantilização, despersonalização e desumanização. (11)

Segundo um estudo realizado por Lacher et Al, 46% dos abusadores são familiares e 37% são cuidadores profissionais afetivos a lares e outras instituições semelhantes. (26)

### **1.3) A realidade em Portugal**

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), tem-se assistido a uma diminuição da população residente em território nacional, explicada pelo declínio do crescimento natural da população e pela diminuição de fluxos migratórios para o nosso país. Verifica-se, também, uma queda do número de pessoas em idade jovem, associada a um aumento de indivíduos com idade superior a 65 anos, resultando num aumento da idade média da população dos 42 para os 44 anos, entre 2010 e 2015. (4) Em Portugal, o número de pessoas com mais de 65 anos de idade aumentou de 8% em 1960 para os 19,4% em 2004, sendo este envelhecimento demográfico explicado pela queda da taxa de natalidade, aumento da longevidade e aumento da emigração. (11)

O envelhecimento demográfico em Portugal acompanha a tendência internacional, facto que está associado ao surgimento de alguns problemas, nomeadamente ao aumento da violência contra pessoas idosas. O relatório da APAV sobre violência em idosos, com dados recolhidos entre 2013 e 2016, refere 4 475 processos de apoio, sendo que os números apresentam uma tendência de crescimento anual importante. No ano de 2000 foram registados 290 processos de apoio, tendo chegado aos 941 no ano de 2013 e atingido os 1261 no ano de 2016. A maioria das vítimas foi do género feminino, salientando que 73,5% dos agressores eram pessoas em quem confiavam, tais como filhos, cônjuges, netos e vizinhos. Mais de 80% dos casos de violência reportados ocorreram na residência habitual do idoso. (8, 9)

Um dos maiores estudos realizados em Portugal sobre violência no idoso decorreu entre 2011 e 2014, tendo sido financiado pelo Instituto Ricardo Jorge. Concluiu-se que cerca de 12% das pessoas com mais de 60 anos sofreu pelo menos um ato de violência por parte de familiar, vizinho, amigo ou profissional associado a cuidados de idosos, nos 12 meses prévios à participação no estudo, tendo afetado mais de 300 000 pessoas entre 2011 e 2012. A violência

física e financeira foram os tipos de violência mais referenciados, atingindo cerca de 6,3% dos idosos. Demonstrou-se, ainda, que o aumento da idade se encontra associado a um aumento do risco de ser vítima, aumentando cerca de 10% por cada ano de idade superior a 76 anos. A dependência nas atividades diárias revelou, também, ser um importante fator de risco. A escolaridade, por sua vez, apresentou-se como característica protetora, principalmente em idosos que frequentaram até ao segundo ciclo de escolaridade. Outro dado importante, a retirar deste estudo, é que 63% das vítimas de violência nunca chegaram a apresentar qualquer tipo de denúncia. (10)

No concelho da Guarda, foi realizado um estudo em que se demonstrou que cerca de 70% dos idosos inquiridos apresentavam pelo menos um indício de abuso. (12) Outro estudo, realizado na zona Centro de Portugal, encontrou uma prevalência de 23,5%. (11) Todos estes dados revelam uma heterogeneidade, que importa ser esclarecida, pelo aumento da investigação nesta área.



## **2) Teorias explicativas da gênese dos maus tratos em idosos**

Nos últimos anos, devido ao aumento da prevalência dos abusos em idosos, foram formuladas distintas teorias de modo a compreender o mecanismo bem como os fatores envolvidos na sua gênese.

A teoria da troca social pressupõe que, durante uma relação entre duas pessoas, exista sempre uma troca de ganhos e perdas. Os membros que participem numa interação social irão de algum modo ser beneficiados ou prejudicados, sendo que o ideal é que ambos consigam um máximo de benefícios. No caso dos idosos, principalmente nos mais dependentes, a relação com o cuidador encontra-se em total desequilíbrio, o que poderá estar na origem de uma situação de abuso. O idoso, cada vez mais dependente, torna-se cada vez menos capaz de retribuir com benefícios para o cuidador. Este desequilíbrio vai-se acentuando, chegando a um ponto em que gera frustração no cuidador, podendo este recorrer a ameaças e violência numa tentativa de restabelecer o controlo. (27)

A teoria feminista foi gerada por se verificar uma maior prevalência de maus tratos em mulheres. Segundo esta teoria, a diferença no número de vítimas de abusos entre géneros é explicada pela superioridade da força física no género masculino e pela maior dependência económica e menor prestígio social do género feminino. (27)

Outra das teorias formuladas é a teoria da economia política. Esta teoria assenta no pressuposto que existe uma marginalização crescente da população idosa, tanto a nível familiar e social como a nível político. Existe um momento fulcral que marca o início do declínio da utilidade do idoso para a sociedade, levando à estigmatização deste grupo etário. Este momento é o início da reforma, em que os idosos perdem o seu emprego e vão consequentemente perdendo o seu papel no seio familiar e social, tornando-se mais vulneráveis. (27)

Diversos trabalhos demonstram um número mais elevado de situações de abuso em idosos cujos cuidadores sofram de psicopatologia, nomeadamente sintomas depressivos, ansiedade e consumo de substâncias como álcool ou drogas ilícitas. Nasceu, por isso, a teoria da psicopatologia do cuidador, afirmando que os idosos com cuidadores sofrendo de psicopatologia são mais suscetíveis de serem vítimas de maus tratos. (27)

Ao observar que a maioria dos abusos são perpetrados por parte de familiares próximos, nomeadamente, cônjuges, filhos e netos, nasceu a teoria da acumulação de papéis. Segundo esta teoria, os familiares que se deparem com um idoso dependente irão somar o papel de cuidador a todas as suas outras tarefas quotidianas. Esta acumulação de papéis gera elevados níveis de stress e frustração pelo seu impacto na rotina do cuidador, potenciando o risco de ocorrência de maus tratos. (27)

Segundo a teoria da aprendizagem social, a violência pode ser encarada como um comportamento aprendido e transmitido de geração em geração. Esta teoria assenta no pressuposto, que cuidadores que tenham assistido a cenários de violência no seio familiar durante a infância, apresentam maior probabilidade de se tornarem geradores de violência. Assim sendo, esta teoria defende que os idosos que tenham cometido atos de violência, perante cônjuges ou filhos ao longo da vida, irão estar mais vulneráveis a tornarem-se vítimas de maus tratos em idades mais avançadas. (27)

Deste modo, na génese dos maus tratos em idosos poderão estar envolvidos todos os fatores referenciados anteriormente. Fatores estes que podem surgir individualmente ou atuar simultaneamente e sinergicamente.

### **3) Classificação dos abusos em idosos**

De modo a conseguir-se uma melhor compreensão da prevalência e dos mecanismos subjacentes aos maus tratos em idosos e à sua perpetuação, a OMS criou uma definição que possibilita distinguir cinco tipos diferentes de abusos: abuso físico, abuso psicológico, abuso financeiro, abuso sexual e negligência. Cada um destes tipos de maus tratos possui características próprias e a sua distinção permite uma abordagem facilitada na deteção e correção destes cenários.

#### **3.1) Abuso físico**

Todas as ações realizadas contra pessoas idosas, com a intenção de causar dano físico ou infligir dor e mau estar por meio de violência física ou brutalidade, são consideradas abuso físico.

Um dos cenários de abuso físico mais frequentemente reportado é a restrição física inapropriada, em que os idosos se encontram muitas vezes imobilizados apenas para diminuir o trabalho do cuidador e não para o bem-estar do idoso. Mas, como é fácil de entender, existe um enorme leque de situações que podem constituir abuso físico, desde agressões físicas propriamente ditas pela utilização de armas, até transferências de forma agressiva e descuidada, bem como sobredosagem medicamentosa. (18)

As principais manifestações clínicas são resultado direto das agressões, incluindo abrasões, lacerações, contusões, fraturas, queimaduras e dor. Existem também algumas manifestações indiretas como depressão, delirium ou outras alterações comportamentais, nomeadamente na interação com estranhos e com o próprio médico. É, por isso, importante

estar atento a este conjunto de sinais, tentando compreender se realmente aconteceram abusos, confrontando idoso e cuidador, e avaliando se as lesões são compatíveis com a explicação fornecida. As lesões que se localizam principalmente nos membros superiores, cabeça e pescoço encontram-se mais frequentemente associadas a maus tratos físicos. As fraturas da mandíbula ou do osso zigomático são fortemente sugestivas de agressões na face.

É, assim, fundamental conduzir parte da entrevista apenas com o idoso, e verificar se existem discrepâncias relativamente à história fornecida pelo cuidador. Deve redobrar-se a atenção quando o idoso recorre muitas vezes a serviços médicos por quedas repetidas, e quando as lesões parecem ser mais graves do que seria expectável ou inconsistentes com a história apresentada. (6, 18, 24)

### **3.2) Abuso psicológico**

Os abusos psicológicos são atos realizados com o objetivo de causar danos emocionais e ansiedade em pessoas idosas. São considerados tanto os atos verbais como os não verbais.

Estas situações são bastante frequentes e incluem atitudes como mentir com o objetivo de causar frustração e ansiedade, esconder pertences, humilhar, infantilizar, ridicularizar e rebaixar o idoso, gritar violentamente, insultar, ameaçar e não respeitar a privacidade. Estes acontecimentos ocorrem muitas vezes em ambiente isolado. Por vezes, acontecem na presença de espetadores, o que pode potenciar a frustração e ansiedade causada ao idoso caso estes não denunciem o abuso, tornando-se assim cúmplices do agressor.

O clínico deve equacionar a hipótese de abuso psicológico quando assiste diretamente a linguagem demasiado abusiva e ofensiva, ou quando sente que o idoso se encontra reprimido e deixa que o cuidador responda a todas as perguntas no seu lugar. Sintomas depressivos, ansiedade ou evidências de isolamento social, apesar de comumente presentes em idosos, devem também alertar o clínico, uma vez que podem ser consequências diretas de maus tratos psicológicos. De modo a compreender melhor a situação, deve inquirir-se diretamente o idoso sobre o modo como é abordado pelo cuidador, tentando apurar-se a frequência com que ocorrem gritos, discussões e ameaças.

São situações de grande complexidade, e será imperativo uma avaliação correta da rede social, bem como da presença de familiares, vizinhos e amigos disponíveis para ajudar o idoso. Deve sempre avaliar-se a existência de depressão, ansiedade e estado de cognição de preferência com escalas standardizada. É bom lembrar que os abusos psicológicos estão muitas vezes associados a outros tipos de maus tratos, devendo, por isso, ser feita uma avaliação

em rede, não esquecendo de explorar a possibilidade de coexistirem outras formas de abuso. (6, 18, 24)

### **3.3) Abuso sexual**

Define-se abuso sexual, como qualquer forma de contacto sexual não consentido, com ou sem penetração.

Considera-se que existe abuso sexual quando há toque, contacto ou masturbação ..sexual de forma não consentida, conseguidos com base na coerção e manipulação ou através do uso de força. As conversas de teor sexual ofensivas são, naturalmente, também consideradas uma forma de abuso sexual.

Todas as lesões que se localizem na zona genital e anorretal, doenças sexualmente transmissíveis adquiridas recentemente e infeções do trato urinário repetidas constituem as principais manifestações clínicas que devem alertar o médico para a presença de abuso sexual. Estas situações acontecem mais frequentemente em instituições onde existem indivíduos com demência associada a total desinibição sexual.

É importante abordar o tema de forma calma, de modo a não intimidar a vítima, questionando-a sobre atos sexuais não consentidos. É imprescindível realizar um exame físico detalhado, e em caso de forte suspeita de abuso sexual recente enviar o idoso para o serviço de urgência, com o objetivo de se realizarem as colheitas de material biológico. Este procedimento é equivalente ao que é realizado com vítimas de violência sexual em qualquer outra idade, reforçando-se, neste caso, a necessidade de avaliar o desempenho cognitivo do idoso. (6, 18, 24)

### **3.4) Abuso financeiro**

O abuso financeiro consiste na apropriação não consentida de dinheiro ou de qualquer outro bem pertencente à pessoa idosa.

A utilização de cartões de crédito do idoso, a venda das suas propriedades, a falsificação de assinaturas, a ocultação de informações sobre os seus bens, a coerção e persuasão para que tomem atitudes prejudiciais em relação ao seu património, são todos exemplos de situações que se enquadram no conceito de abuso financeiro.

O clínico deverá estar atento, suspeitando de abuso financeiro quando se depara com idosos com incapacidade de adquirir medicamentos necessários, que faltem frequentemente a consultas sem justificação plausível, que apresentem falta de adesão terapêutica ou agravamento de doenças crónicas sem qualquer explicação. Este grupo de idosos apresentar-se-á rotineiramente com sinais de desnutrição e perda de peso, não explicadas por nenhuma patologia médica. O abuso financeiro poderá manifestar-se, também, como dificuldade em pagar contas ou manter um padrão mínimo de qualidade de vida, nomeadamente no que se refere à higiene e vestuário. Deve questionar-se o idoso, tentando averiguar se alguma vez notou que lhe tenha sido tirado dinheiro sem o seu consentimento, ou se existem pessoas que dependam dele financeiramente. A avaliação das funções cognitivas é, mais uma vez, um procedimento indispensável nestes casos, uma vez que poderá ser necessário recorrer a um representante legal em caso de incapacidade marcada de gestão adequada dos bens. (6, 18, 24)

Segundo Peterson et al, 4,7% dos idosos sofrem de abuso financeiro durante a sua vida. Aqueles que pertencem aos grupos socioeconómicos mais vulneráveis são vítimas com maior frequência. (28)



### **3.5) Negligência**

Contrariamente ao que foi desenvolvido anteriormente, em que ocorrem atos que lesam o bem-estar do idoso, neste caso é a falta de ação que constitui mau trato. Assim sendo, a negligência define-se como incapacidade do cuidador em satisfazer as necessidades básicas do idoso, ocorrendo de forma involuntária ou voluntária.

Existe negligência quando o cuidador não fornece ajuda e orientação para a aquisição de objetos necessários para a vida diária como muletas, andarilhos, aparelhos auditivos, óculos ou dentaduras. O abandono de idosos por longos períodos sem qualquer visita, a falta de condições mínimas de higiene, a habitação demasiado quente ou fria, não possuir acesso telefónico, vestuário não apropriado ao clima, desnutrição por dieta inadequada, a inexistência de controlo da medicação e atrasos significativos na procura de ajuda médica evidenciam a presença de negligência.

As principais manifestações clínicas de negligência são úlceras de pressão, desidratação, malnutrição, falta de cuidados de higiene, erros na medicação e delirium. O médico deverá, por isso, avaliar a higiene, bem com a existência de roupa adequada e deverá ainda proceder a um exame físico minucioso para detetar úlceras de pressão e inquirir sobre a adesão terapêutica. Deve calcular-se o índice de massa corporal, avaliar a função renal e os sinais de desidratação e desnutrição. É boa prática conversar com o cuidador, explicando as necessidades do idoso e aferir se existe abertura para correção dos problemas, uma vez que nem todos os casos de negligência ocorrem de forma intencional. (6, 18, 24)

É bom relembrar, que de todos os tipos de maus tratos, a negligência pode ser o mais difícil de identificar, uma vez que a própria definição varia consoante os valores intrínsecos de

cada pessoa e grupo comunitário. Não existem sinais tão diretos de negligência como nos outros tipos de abuso, pelo que será necessária uma sensibilidade redobrada. (29)

## 4) Fatores de risco

Encontram-se descritos na literatura vários fatores que podem, por si só ou em combinação, potencializar o risco de ocorrência de abusos em idosos. Estes fatores podem estar associados ao próprio idoso, a características do cuidador ou até mesmo ao próprio ambiente social e comunitário em que ambos se inserem. (11)

Diversas são as características das vítimas identificadas como fatores de risco, nomeadamente, a existência de um elevado grau de dependência, a presença de demência, a história de violência, a repetição de comportamentos agressivos, o consumo de substâncias alcoólicas ou drogas ilícitas e a presença de problemas psiquiátricos. Aparentemente, a ocorrência e perpetuação de maus tratos é também maior em idosos do género feminino. Quanto à faixa etária, os idosos com idade menos avançada encontram-se em risco acrescido de serem vítimas, possivelmente, por residirem ainda com filhos ou companheiros, que, na maioria dos casos, são os responsáveis pela ocorrência de maus tratos. Os idosos com rendimentos mais baixos e fraca rede de apoio social constituem também um grupo de risco.

Apesar de não se encontrarem descritas doenças específicas que potenciem a ocorrência de maus tratos, todas poderão, consoante as comorbilidades associadas, ser consideradas fatores de suscetibilidade, uma vez que podem aumentar o grau de dependência e de incapacidade física ou psíquica. (6)

Segundo XinQi Dong, Rujia Chen e Melissa Simon, os idosos com demência encontram-se mais fragilizados e desprotegidos, sendo mais frequentemente reportado abuso psicológico nestes casos, com uma prevalência estimada entre 27,9 e 63,2 %. Os autores concluíram ainda que 60% dos idosos vítimas de maus tratos apresentam demência ou algum grau de declínio cognitivo. (13) Porém, é importante não esquecer que, muitas vezes, os idosos dementes não

apresentam consciência do ocorrido ou capacidade para se queixarem. Um estudo de grandes dimensões, realizado em Chicago, demonstrou que uma diminuição ligeira da capacidade cognitiva potencia a ocorrência de maus tratos, bastando apenas, a diminuição de um ponto no questionário MMSE. (30) Cerca de um terço dos familiares que tenham a seu cargo idosos com demência, acabam, mais cedo ou mais tarde, por apresentar um comportamento abusivo. (31)

Os fatores de risco relacionados com o cuidador são a sobrecarga de trabalho, partilha de residência com o idoso, dependência financeira do idoso e consumo de substâncias alcoólicas e drogas ilícitas. Ser portador de patologia psiquiátrica e ter sido vítima ou ter assistido a violência física ou sexual na infância são também fatores de risco. (26, 32) A presença de elevados níveis de ansiedade funciona como rastilho para o surgimento de discussões, conflitos e consequentes abusos. Cuidadores com filhos e que tenham também a seu cargo um idoso, encontram-se mais propensos a elevados níveis de stress e isolamento social, devido ao tempo despendido a exercer a função de cuidador. (33)

Segundo Acierno et al, todos os tipos de maus tratos estão fortemente ligados à falta de apoio social, sendo que o risco de sofrer abusos pode triplicar nos casos em que existe um fraco círculo social. (32) Alterações recentes na dinâmica familiar, como a morte de um membro, a chegada de um recém-nascido ou o surgimento de uma doença crónica com elevada mortalidade representam também um risco.

O aumento da população idosa com as suas dependências e exigências, conjugado com a diminuição da disponibilidade familiar associada ao modo de vida das sociedades atuais, tem proporcionado um número cada vez maior de idosos a residir em lares ou outras instituições semelhantes. Na maioria dos casos estas funcionam corretamente, proporcionando cuidados adequados e especializados, sendo que o número de maus tratos identificados é substancialmente mais baixo em comparação com os que ocorrem no seio familiar. No entanto,

tem-se verificado um aumento da incidência de violência física, psicológica e negligência nestas instalações. (34)

Os casos mais reportados são o uso incorreto de medicamentos, a falta de cuidados de enfermagem, más condições de higiene e falta de competências e conhecimentos por parte dos trabalhadores. O mais benéfico para o idoso é a individualização de cuidados, no entanto, por falta de recursos das instituições, assiste-se frequentemente ao cenário inverso. Esta prestação indiferenciada de cuidados, resulta na impossibilidade em colmatar necessidades específicas, devendo muitas vezes ser encarada como negligência. (34)

Nos casos de abusos que ocorrem em lares, os principais potenciadores são a insatisfação dos empregados com salário e exigências patronais, a infantilização do idoso, elevadas exigências de carga laboral, a presença de abusos e violência doméstica no seio familiar dos empregados, a patologia psiquiátrica e o abuso de álcool ou drogas. (33)

## 5) Consequências dos maus tratos em idosos

Os maus tratos em idosos geram um forte impacto negativo na saúde da vítima, contudo é importante lembrar que este também se faz sentir a nível social, político e económico.

Os idosos que sofrem de maus tratos, demonstram uma diminuição crescente da sua independência, uma necessidade aumentada de recorrer a serviços de urgência e internamentos de longa duração, bem como, um aumento da mortalidade e da prevalência de comportamentos auto lesivos associados a um risco elevado de suicídio. (30) Num estudo realizado por Wong e Waite, concluiu-se que vítimas de maus tratos psicológicos e físicos apresentaram, passados cinco anos, maior número de sintomas relacionados com ansiedade e solidão, mas também mais comorbilidades físicas. (22)

A dor e o trauma instalados após abusos físicos apresentam-se como consequências diretas e evidentes. (3) No entanto, as vítimas de maus tratos apresentam também um aumento considerável da mortalidade e um agravamento das suas patologias crónicas, podendo manifestar-se sob forma de agudização ou de acentuação no ritmo de agravamento da doença. Diversos estudos demonstram uma associação entre a prevalência de abusos em idosos e um aumento marcado da mortalidade, especialmente em casos de negligência. A população idosa, com menor capacidade cognitiva e maior dependência, surge com um risco de mortalidade mais elevado em comparação com a restante base populacional. (13, 35)

Para além das consequências diretas para a saúde e qualidade de vida das vítimas, os maus tratos apresentam um impacto económico que não é tido em conta por parte das organizações políticas e sociedade civil. Os custos inerentes aos cuidados de saúde prestados, ao treino de profissionais e à deteção dos casos de abuso não podem ser negados. O impacto económico

também pode surgir indiretamente, se for tida em conta a diminuição da capacidade de produção e menor contribuição para o capital social. (24)

Um artigo, publicado por DeLiema et al, relata um caso de um idoso com demência, trazido a um serviço de urgência em mau estado. Foi encontrado em casa, gravemente desnutrido, despido, com edemas generalizados e úlceras de declive no hemicorpo esquerdo. Investigações mais pormenorizadas revelaram um nódulo pulmonar que posteriormente se confirmou tratar-se de carcinoma com metastização óssea. Este idoso residia com o filho, que impediu o internamento do pai numa residência apropriada aquando o diagnóstico da demência, e encontrava-se sob efeito de drogas pesadas no momento em que o idoso foi encontrado. (36)

Trata-se de um caso de maus tratos, com evidentes sinais de negligência, que levou a um sofrimento físico e psicológico inaceitável. O atraso no diagnóstico da patologia, por falta de consultas regulares, resultou neste internamento com necessidade de tratamentos prolongados e mais agressivos, com elevado custo económico para os serviços de saúde. Neste caso, os médicos do serviço de urgência foram os responsáveis por sinalizar o caso às autoridades competentes. Com base neste exemplo, podemos concluir que o abuso de pessoas idosas gera impacto negativo a nível individual, social e económico.

## **6) O papel do médico nas situações de maus tratos a idosos**

Os médicos encontram-se numa posição privilegiada para detetar casos de abuso em idosos, visto que estão em contacto com os pacientes cerca de quatro a cinco vezes por ano, devendo estar alerta para alguns sinais e mudanças de comportamento. No entanto, segundo a literatura, tem sido uma das classes profissionais que menos reporta este tipo de crimes. (18) Segundo Schmeidel et al, além de familiares e cuidadores, os médicos fazem parte de um grupo restrito que consegue manter um contacto regular com idosos. (19)

É importante que se proceda a uma entrevista individual com o idoso, uma vez que o cuidador é, frequentemente, o abusador. Deve também entrevistar-se o cuidador, num momento posterior, aumentando a suspeição, caso se identifiquem várias discrepâncias entre relatos. As entrevistas devem ser efetuadas, preferencialmente, por pessoas com experiência na área, caso contrário, poderão potenciar uma escalada dos problemas. A intervenção mais correta é realizada em equipa, havendo necessidade de realizar uma visita domiciliária, por agentes do serviço social, com o intuito de identificar problemas subjacentes. O papel do clínico, em situações de abuso, baseia-se na identificação do problema, reportando-o às entidades competentes. Posteriormente, este constitui parte integrante e fundamental na atuação, que visa à minimização do impacto na saúde da vítima. A intervenção é similar independentemente do tipo de abuso ocorrido, tornando-se imprescindível, num primeiro momento, salvaguardar a segurança da vítima. (6)

Os clínicos referem grandes dificuldades em identificar vítimas idosas de maus tratos, afirmando que uma vez identificadas estas situações se instala um desconforto inerente ao modo de atuação. Uma grande parte das vítimas tenta reiteradamente esconder o sucedido, e nalguns casos, é mesmo incapaz de compreender e relatar o ocorrido por diminuição de desempenho cognitivo. Por outro lado, as doenças crónicas mais prevalentes na população idosa podem



simular cenários compatíveis com maus tratos, originando uma confusão que leva ao atraso na detecção destes casos. Muitas das vezes, a certeza da ocorrência de abusos surge, apenas, alguns meses após o primeiro contacto entre clínico e paciente, o que dificulta a tomada de decisões atempadamente. Todos os médicos devem estar muito atentos a possíveis sinais de alarme, excluindo ou confirmando a ocorrência de maus tratos. (6)

Alguns médicos admitem poder identificar casos de abusos sem os reportar. A falta de vontade dos doentes em denunciar a situação e o não conhecimento dos meios corretos de atuação são apontadas como as principais razões para esta passividade. A maioria dos casos tem sido notificada por enfermeiros e assistentes sociais. (19)

A dificuldade dos médicos em atuar perante cenários de maus tratos permite-nos suspeitar que o número efetivo destas situações é ainda desconhecido. Estima-se que apenas um quinto dos casos de abusos são reportados e alvo de uma correta intervenção. Uma das principais dificuldades prende-se com a necessidade sentida pelos clínicos em respeitar a vontade e autonomia dos doentes. A possibilidade de quebrar o direito de confidencialidade, com repercussões no relacionamento entre o médico e o doente, é um fator que pesa na decisão dos clínicos. Outros problemas apontados são a precariedade do sistema de proteção dos idosos receando-se um agravamento da situação, bem como a falta de tempo e a similaridade de sinais apresentados em doenças crónicas altamente prevalentes na população idosa, como referido anteriormente. Estes fatores associados ao desconhecimento do enquadramento legal quanto à quebra de sigilo, resultam na denúncia apenas dos casos inequívocos e com vontade manifesta das vítimas em prosseguir com a queixa. (2)

Em caso de negligência deve fornecer-se a melhor assistência possível em articulação com os serviços sociais. Em primeiro lugar deverá abordar-se o cuidador, avaliando o stress e carga de trabalho, e fornecer-lhe a educação e ferramentas necessárias para corrigir a situação, uma

vez que nem todos os casos de negligência acontecem de modo intencional. Em casos mais graves, as soluções passam por avaliar a possibilidade de recorrer a outro familiar para cuidar do idoso, ou recorrer a instituições que forneçam apoio domiciliário, centros de dia e lares. Os serviços sociais devem manter-se atentos à situação avaliando regularmente a situação. (6)

Quando ocorrem abusos psicológicos, é benéfico para a vítima o acompanhamento em consulta de psiquiatria, de modo a minimizar os sintomas relacionados com ansiedade e depressão decorrentes do trauma vivido. É importante proceder também a uma avaliação do agressor, quanto a possíveis condições médicas e aditivas que possam ter despertado a agressão. Em casos graves, em que não se prevejam melhorias, o idoso deverá ser afastado do agressor por parte dos serviços sociais. (6)

Quanto ao abuso financeiro, o papel do médico é reduzido. É necessário reportar a situação, permitindo que se ativem os mecanismos legais previstos.

A atuação nos casos de maus tratos físico e sexual é semelhante. Ao identificar-se uma destas situações, principalmente se tiver ocorrido recentemente, deve iniciar-se de imediato o procedimento previsto no enquadramento legal. Muitas vezes, a vítima é retirada do seu ambiente para sua proteção, evitando a perpetuação do crime. É, frequentemente, necessário reencaminhar estes pacientes para o serviço de urgência ou solicitar uma avaliação por parte do médico legista. (6)

Nos serviços de urgência, é comum existirem dificuldades no diagnóstico de maus tratos, uma vez que estes se apresentam com inúmeras semelhanças com os traumatismos acidentais. (15) Um estudo recente concluiu que nos casos de abuso físico as lesões se localizam mais frequentemente nas extremidades dos membros superior e inferior, na nuca, no crânio, e a nível maxilofacial. Os mecanismos maioritariamente reportados são agressões físicas através de

murros e arremesso de objetos. Os radiologistas podem assumir um papel importante na identificação destes casos, uma vez que foram evidenciados vários padrões comuns nas radiografias de vítimas de abusos físicos. É de salientar que um elevado número de idosos é levado ao serviço de urgência mais de 24 horas após a ocorrência do acidente, e que o mecanismo reportado raramente é compatível com as lesões apresentadas.(37)

A falta de conhecimento sentida por diversos clínicos, no que se refere a situações de maus tratos em idosos, realça a importância de aumentar a formação nesta área. A identificação e notificação de cenários de abuso em idosos deve ser praticada por todos os médicos, tanto os clínicos de Medicina Geral e Familiar que apresentam maior proximidade com os seus pacientes, como os que trabalham nos serviços de urgência a nível hospitalar.

De modo a facilitar a abordagem do médico na deteção de situações de abuso em idosos, foram desenvolvidas, ao longo dos anos, algumas escalas que permitem identificar os idosos em risco. A escala Brief Abuse Screen for the Elderly destaca-se pela sua aplicação rápida, utilizada em locais com menor tempo disponível, baseando-se na resposta a cinco questões. A Elder Assessment Instrument, constituída por quarenta e um itens, foi desenhada para avaliar queixas subjetivas, sinais e sintomas sugestivos de maus tratos, negligência ou abandono. A escala Elder Abuse Suspicion Index, apenas com seis itens, deve ser utilizada quando já existem fortes suspeitas por parte do clínico que tenham ocorrido maus tratos. A escala Question to Elicit Elder Abuse, avalia a presença de indícios de maus tratos com base na resposta a quinze questões, repartindo os itens pelos diferentes tipos de maus tratos. Esta última escala foi traduzida para português e validada por Ferreira-Alves e Sousa. A aplicação destas escalas, no momento adequado, por parte de profissionais com treino e experiência, potencia a validade dos seus resultados. (21, 27)

## 7) Intervenções

A escassez de informação na literatura sobre intervenções preventivas e corretivas, relacionadas com maus tratos a idosos é notória, revelando um fosso entre a dimensão do problema e as soluções encontradas. Não pode ser negada a utilidade da atuação pós-traumática, uma vez que minimiza o impacto negativo instalado na vida das vítimas. Contudo, é importante não esquecer, que a abordagem mais eficaz se prende com a prevenção, visando uma diminuição significativa do número de casos ocorridos. (24)

O principal foco de intervenção deveria ser na prevenção, de modo a diminuir a prevalência do problema. Ao delinear as melhores estratégias preventivas e de deteção precoce, é necessário um conhecimento alargado dos principais fatores de risco. Pretende-se minimizar os efeitos negativos na saúde emocional e física dos idosos, visando obter menor prevalência de idosos com depressão e ansiedade, menos casos de agravamento de patologias crónicas e menos necessidade de hospitalizações. A melhor abordagem apenas pode ser garantida com recurso a equipas multidisciplinares, uma vez que se trata de um problema interdimensional. (16, 25, 38)

Algumas medidas gerais têm sido recomendadas a nível internacional, como a criação de uma linha de apoio telefónico para fornecimento de informações e ajuda para enfrentar o problema. Propõe-se a criação de casas de abrigo para situações emergentes, semelhantes às já existentes para casos de tráfico de seres humanos e violência doméstica. Estes abrigos permitiriam não só a proteção imediata contra os abusos, mas também a programação não precipitada da reintegração social. Outra área de intervenção recomendada é o fornecimento de apoio económico. Este tipo de intervenção, adotada em alguns países, revelou ser útil para reduzir casos de abuso financeiro e proporcionar maior independência à pessoa idosa. Um dos principais fatores de risco é a existência de um fraco círculo social, sendo recomendada a

realização de visitas periódicas por parte de agentes dos serviços sociais, principalmente nos idosos mais isolados. (38)

Estudos sugerem que o tratamento de sintomas depressivos em cuidadores reduz os níveis de descontentamento e agressividade, diminuindo a possibilidade de ocorrer agressões físicas e outros abusos. Torna-se, então, importante não só uma intervenção direcionada à vítima, mas também ao cuidador. Esta abordagem pode ser realizada por médicos, apoiados de outros profissionais, nomeadamente dos serviços sociais. Pretende-se, assim, uma otimização do estado físico e psíquico do cuidador e fornecimento de apoio para enfrentar dificuldades socioeconómicas presentes. Os cuidadores podem ser ajudados, diminuindo as responsabilidades e carga de trabalho, nomeadamente com preparação e distribuição de refeições, com serviços de limpeza das casas de idosos e com programas de educação e suporte. (33)

Aconselha-se uma forte aposta na formação médica, com otimização dos métodos de atuação. A divulgação e explicação do enquadramento legal em vigor é importante, e se necessário devem realizar-se alterações que permitam aos clínicos notificar casos de abuso, mesmo sem vontade manifesta por parte do doente. (2) É de salientar a importância da identificação e intervenção a nível dos cuidados primários por parte do médico de família, uma vez que este contacta mais vezes com os doentes e respetivos círculos sociofamiliares.

O arrastar de situações de maus tratos e negligência, sem identificação nem intervenção, leva muitas vezes a internamentos desnecessários, justificados mais por questões sociais que por questões médicas.

Em Portugal, o número de idosos abandonados em instituições de saúde tem representado um problema crescente, imperando a necessidade de implementação de medidas políticas. Este problema leva a maiores dificuldades no tratamento e gestão a nível hospitalar, maior risco de infeções nosocomiais e gastos económicos desnecessários.

O dia 15 de junho foi considerado o dia mundial contra o abuso de idosos, devendo aproveitar-se a oportunidade para realizar campanhas de divulgação. É fundamental que toda a população esteja alerta, conseguindo identificar e intervir em situações de maus tratos, que muitas vezes ocorrem em meios fechados, no seio familiar ou em instituições. Todos têm o dever de denunciar estas situações, independentemente da proximidade ou área profissional, uma vez que se trata de uma questão de direitos humanos.

Devem ser encorajadas ações que promovam uma aproximação ao indivíduo idoso, promovendo encontros intergeracionais através da troca de correspondência, de visitas a instituições com atividades dinâmicas, jogos e programas tutoriais, incutindo nas gerações mais novas uma ideia positiva em relação ao envelhecimento, desmistificando os preconceitos presentes, nomeadamente o da inutilidade. Estas atitudes pretendem reverter os estigmas instalados nas últimas décadas, através da educação das gerações mais jovens. (24)

## **Resultados**

Foram recolhidos dados através da distribuição de questionários (anexo 1) e de entrevista baseada nos mesmos, a 100 idosos internados no serviço de Medicina Interna A do CHUC.

### **1) Caracterização da amostra**

Pretendendo proceder-se à caracterização da amostra, utilizaram-se métodos de estatística descritiva. Foram calculadas frequências (relativas e absolutas), medidas de tendência central e medidas de dispersão.

Quanto ao género, a amostra é composta por 42 indivíduos do género masculino e 58 do género feminino. A idade dos participantes está compreendida entre os 65 e 96 anos, apresentando uma média de 80,18 anos com desvio padrão de 8,180.

Quanto ao estado civil, a grande maioria dos idosos são viúvos (46%) e casados (47%). Podemos ainda encontrar idosos solteiros (5%) e divorciados (2%).

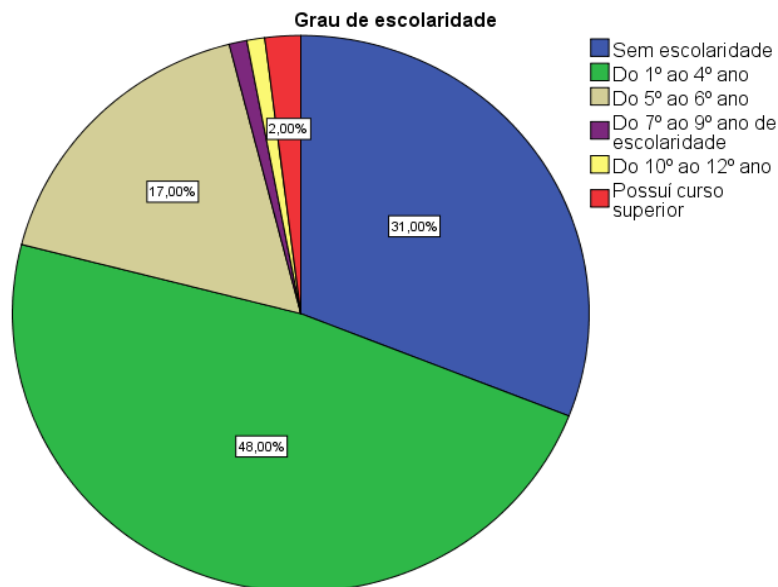
Quanto à zona de residência, 31% dos entrevistados reside em zona urbana, contrastando com 69% que residem em zona rural.

Quanto ao local de residência, a maioria (69%) reside em casa própria, sendo que os restantes residem em casa de familiares (16%), ou em lares e residências para idosos (15%).

Quanto ao agregado familiar, 18% dos idosos residem sozinhos e 82% residem acompanhados. Na tabela 1 pode observar-se a distribuição de percentagens consoante o tipo de agregado familiar.

Com quem partilha habitação?	Percentagem (%)
Sobrinho	1 %
Irmã	2 %
Neto(s)	3 %
Companheiro, filho(s) e neto(s)	4 %
Filho(s)	6 %
Filho(s) e neto(s)	6 %
Companheiro e filho(s)	16 %
Sozinho	18 %
Companheiro(a) /marido/mulher	29 %

A *Tabela 1- Distribuição da população consoante o agregado familiar* população estudada apresenta um grau de escolaridade relativamente baixo, sendo que 31% dos idosos inquiridos não tem qualquer escolaridade. A figura 1, permite uma representação da distribuição dos idosos consoante as habilitações literárias.

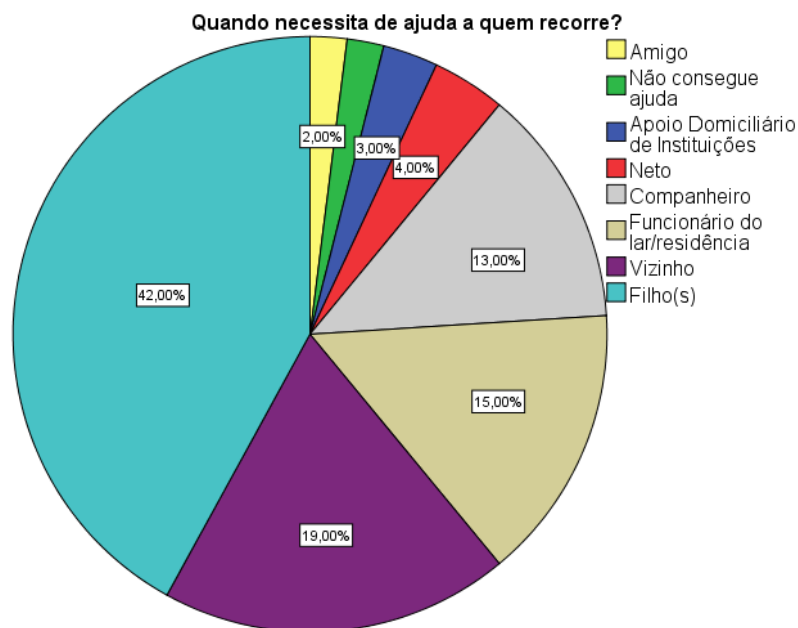


*Figura 1- Gráfico Circular com a distribuição da população quanto ao grau de escolaridade*



Dos idosos que aceitaram participar no estudo, 26% afirmaram depender de outra pessoa financeiramente e os restantes 74% referiram conseguir enfrentar as suas despesas com base nos rendimentos auferidos.

De modo a avaliar o círculo social, o questionário incluiu perguntas sobre o hábito de receber visitas e visitar familiares ou amigos, sendo que, apenas 56% afirmaram receber frequentemente visitas. Apenas 24 % costumam sair de casa para visitar familiares ou amigos. Quanto à pessoa disponível para ajudar nos momentos de necessidade, os dados são apresentados na figura 2. Apenas 2% afirmaram não conseguir ajuda.



**Figura 2-** Gráfico circular com a distribuição da população quanto ao tipo de relacionamento com o cuidador.

Quanto à percepção do estado de saúde, a maioria respondeu que se considerava doente (39%) ou com uma saúde razoável (33%). Alguns responderam que eram saudáveis (13%) ou muito doentes (9%) e uma minoria que se encontrava muito saudável (6%).

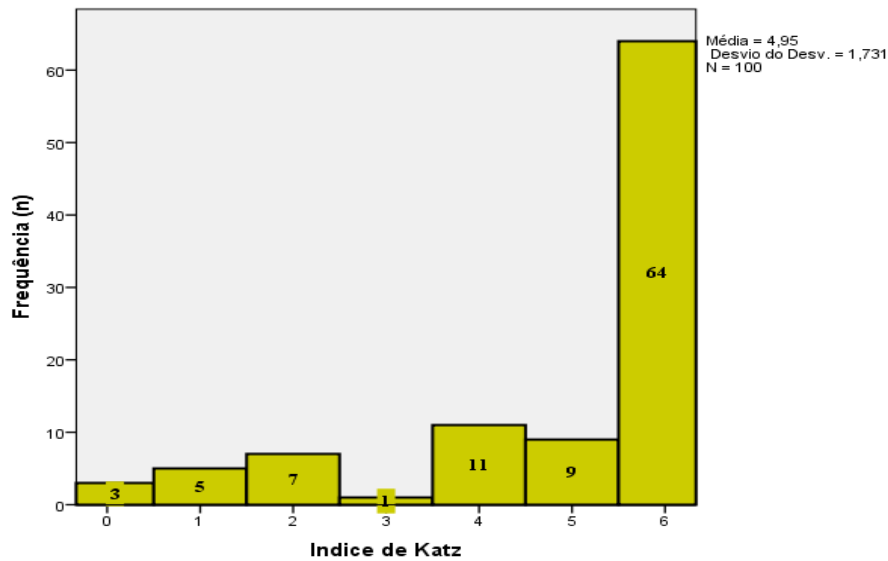
Ao serem inquiridos sobre a capacidade de gerir a medicação sem auxílio de terceiros, 30% afirmaram não conseguir fazê-lo.

	Número	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Quantos medicamentos toma diariamente?	100	0	13	7,16	3,256
Idas ao médico de família no último ano	100	0	12	3,47	2,634
Idas ao serviço de urgência no último ano	100	0	8	2,04	1,370
Internamentos no último ano	100	1	5	1,52	,835

*Tabela 2- Estatísticas descritivas dos dados sobre medicação diária e necessidade de recorrer a cuidados de saúde*

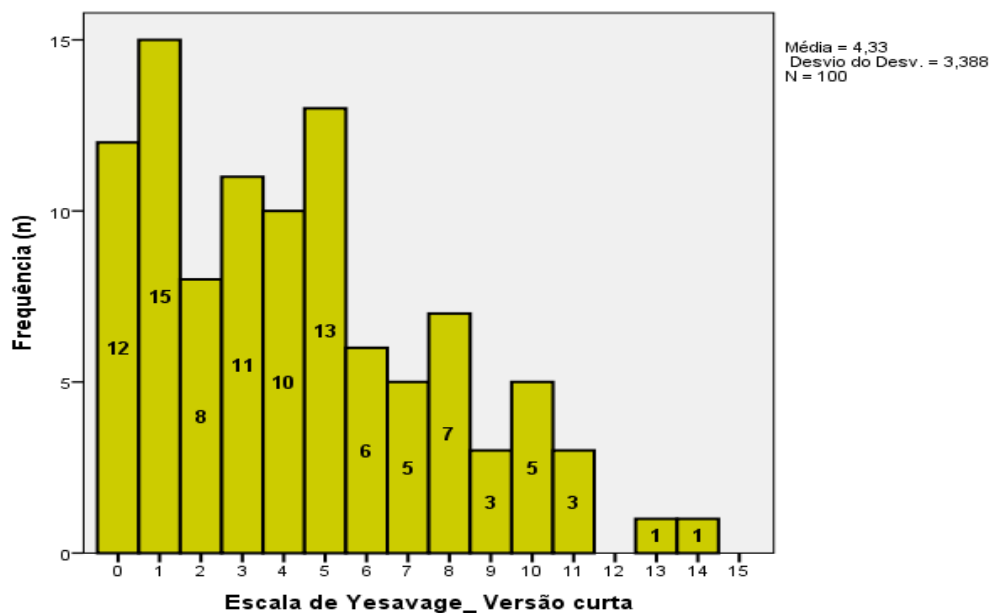
Na tabela 2, apresentam-se alguns dados relacionados com a medicação e necessidade de recorrer a serviços de saúde. Verificou-se que, em média, os participantes se encontravam medicados com 7 fármacos distintos. O serviço de saúde mais solicitado foi o médico de família, seguindo-se o serviço de urgência. Os participantes apresentaram uma média de 1,5 internamentos no último ano.

Foi utilizado o Índice de Katz para avaliar os participantes quanto ao grau de dependência. A figura 3 evidencia os resultados obtidos na aplicação deste teste, podendo observar-se que 64% dos idosos inquiridos apresentavam 6 pontos representativos de independência total e que 3 % apresentavam dependência total com 0 pontos. Os restantes apresentaram algum grau de dependência funcional, sendo a média de 4,95 com um desvio padrão de 1,73.



**Figura 3-** Gráfico de Barras com a distribuição da população consoante o score obtido no índice de Katz

Para avaliar a presença de sintomas depressivos, foi utilizada a versão curta da escala de Yesavage, apresentando-se os resultados obtidos na figura 4. Dos inquiridos, 69% não apresentavam depressão, com um score entre 0 e 5 pontos, 26% apresentavam depressão ligeira entre 6 e 10 pontos e apenas 5% com mais de 10 pontos apresentavam sintomas depressivos graves.



**Figura 4-** Gráfico de Barras com a distribuição da população consoante o resultado obtido na escala de Yesavage

## 2) Análise descritiva dos indícios de abuso

Foi aplicada a escala Question to Elicit Elder Abuse, traduzida para português, de modo a averiguar a presença de indicadores de abuso na população estudada, classificando-os em quatro categorias: negligência, abuso físico, abuso emocional e abuso financeiro.

Na tabela 3 podem ser analisadas as percentagens relativas ao número total de indicadores de abuso, sendo que 36% apresentaram pelo menos 1 indicador e o máximo de indicadores registados no mesmo idoso foi de 8.

<b>Total de indicadores de abusos</b>	
	<b>Percentagem (%)</b>
0	64,0
1	6,0
2	9,0
3	7,0
4	7,0
5	4,0
6	1,0
8	2,0

*Tabela 3- Distribuição da população pelo número total de indicadores de abuso*

Na tabela 4 pode analisar-se a percentagem do total de indicadores de abuso, assim como a prevalência para cada tipo de indicadores de abuso. É de salientar que as percentagens não são cumulativas, uma vez que cada idoso pode apresentar diferentes tipos de abuso em simultâneo.

	<b>Percentagem (%)</b>
Total de indicadores de abuso emocional	29%
Total de indicadores de negligência	24%
Total de indicadores de abuso financeiro	12%
Total de indicadores de abuso físico	5%
Total de indicadores de abusos	36%

*Tabela 4- Distribuição da população pelo total de cada tipo de indicadores de abuso*

O abuso mais detetado pelo questionário utilizado foi o abuso emocional, com 29% dos idosos apresentando respostas consistentes com este tipo de abuso. Com 1 indicador de abuso emocional, obtivemos 11% dos idosos, com 2 indicadores 13%, com 3 indicadores 3% e com 4 indicadores 2%.

Seguem-se os indicadores de negligência com uma prevalência de 24%, em que 16% apresentaram 1 indicador, 7% apresentaram 2 indicadores e apenas 1% apresentaram 3 indicadores.

Quanto aos indicadores de abuso financeiro, obtiveram-se 19% dos inquiridos com resposta positiva, sendo que 12% apresentaram 1 indicador e 7% apresentaram 2 indicadores.

O tipo de abuso menos detetado foi o abuso físico, em que apenas 5% dos inquiridos apresentaram respostas consistentes com este tipo de violência. Destes, 3% tinham apenas 1 indicador e 2% tinham 2 indicadores.

### 3) Análise bivariada

De modo a realizar análises bivariadas, avaliou-se a distribuição das variáveis escalares com o objetivo de decidir pelo uso de testes paramétricos ou não paramétricos. Os resultados apresentados na tabela 5, após aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnov, permitem concluir que nenhuma das escalas apresentou distribuição normal pelo que serão usados testes não paramétricos.

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		M	DP	Absolute	Positive	Negative		
Total de indicadores de abuso físico	100	,07	,326	,535	,535	-,415	5,351	,000
Total de indicadores de abuso emocional	100	,54	,968	,421	,421	-,289	4,215	,000
Total de indicadores de negligência	100	,33	,652	,454	,454	-,306	4,536	,000
Total de indicadores de abuso financeiro	100	,26	,579	,483	,483	-,327	4,832	,000
Total de indicadores de abusos	100	1,15	1,877	,370	,370	-,270	3,700	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

*Tabela 5- Resultado dos testes de Kolmogorov-Smirnov aplicado às variáveis escalares*

### **3.1) Análise de diferenças no abuso consoante o género**

Com o objetivo de relacionar os indicadores de abuso com o género foi aplicado o teste de Mann-Whitney U. Como pode ser visto na tabela 6, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos indicadores de abuso emocional ( $U=954,500$ ;  $p=0,021$ ) e no total dos indicadores ( $U=964,000$ ;  $p=0,039$ ). Analisando a ordenação média dos valores, concluiu-se que os indicadores são mais elevados no género feminino, tanto para o abuso emocional ( $Mdn=51,47$ ), como para o abuso em geral ( $Mdn=54,88$ ).

Quanto aos restantes tipos de abuso, apesar da ordenação média dos valores parecer ser maior no género feminino, o valor de significância ( $p>0,05$ ) não permite generalizar os dados.

	Género						Total
	Masculino			Feminino			
	N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks	N
Total de indicadores de abuso físico	42	49,17	2065,00	58	51,47	2985,00	100
Total de indicadores de abuso emocional	42	44,23	1857,50	58	55,04	3192,50	100
Total de indicadores de negligência	42	46,71	1962,00	58	53,24	3088,00	100
Total de indicadores de abuso financeiro	42	49,20	2066,50	58	51,44	2983,50	100
Total de indicadores de abusos	42	44,45	1867,00	58	54,88	3183,00	100

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Total de indicadores de abuso físico	1162,000	2065,000	-1,036	,300
Total de indicadores de abuso emocional	954,500	1857,500	-2,303	,021
Total de indicadores de negligência	1059,000	1962,000	-1,488	,137
Total de indicadores de abuso financeiro	1163,500	2066,500	-,557	,577
Total de indicadores de abusos	964,000	1867,000	-2,067	,039

a. Grouping Variable: Género

*Tabela 6- Comparação do número total de indicadores consoante o género (Teste de Mann-Whitney U)*



### 3.2) Análise de diferenças no abuso consoante a zona de residência

Foi aplicado o teste de Mann-Whitney U, de modo a relacionar o total de indicador de abusos com a zona de residência (rural ou urbana). Como se pode observar na tabela 7, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ), para nenhum tipo de indicadores de abuso.

Test Statistics <sup>a</sup>				
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Total de indicadores de abuso físico	992,000	1488,000	-1,530	,126
Total de indicadores de abuso emocional	965,500	1461,500	-,970	,332
Total de indicadores de negligência	962,000	1458,000	-1,074	,283
Total de indicadores de abuso financeiro	1026,500	1522,500	-,469	,639
Total de indicadores de abusos	960,500	1456,500	-,947	,344

a. Grouping Variable: Zona de residência

*Tabela 7- Comparação do número total de indicadores de abuso consoante a zona de residência (Teste de Mann-Whitney U)*

### 3.3) Análise de diferenças no abuso consoante o local de residência

Na tabela 8 podemos observar os resultados da aplicação do teste de Kruskal Wallis, relacionando, o total dos indicadores de abuso com o local de residência do idoso. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Test Statistics <sup>a,b</sup>			
	Chi-square	Df	Asymp. Sig.
Total de indicadores de abuso físico	2,658	2	,265
Total de indicadores de abuso emocional	,346	2	,841
Total de indicadores de negligência	3,755	2	,153
Total de indicadores de abuso financeiro	4,137	2	,126
Total de indicadores de abusos	,697	2	,706

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Local de residência

*Tabela 8- Comparação do total de indicadores de abuso consoante o local de residência (teste de Kruskal Wallis)*

### 3.4) Análise de diferenças no abuso consoante o agregado familiar

Foi aplicado o teste de Kruskal Wallis, para avaliar a existência de diferença estatisticamente significativa entre o total de indicadores de abuso e os diferentes agregados familiares. Como se pode observar na tabela 9, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	Chi-square	Df	Asymp. Sig.
Total de indicadores de abuso físico	14,340	8	,073
Total de indicadores de abuso emocional	9,647	8	,291
Total de indicadores de negligência	8,432	8	,392
Total de indicadores de abuso financeiro	6,639	8	,576
Total de indicadores de abusos	8,444	8	,391

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Com quem partilha habitação?

*Tabela 9- Comparação do total de indicadores de abuso consoante os diferentes agregados familiares (teste de Kruskal Wallis)*

### 3.5) Análise de diferenças no abuso consoante o estado civil

Para analisar diferenças nos indicadores de abuso consoante o estado civil, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis. Como se pode observar na tabela 10, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Test Statistics <sup>a,b</sup>			
	Chi-square	Df	Asymp. Sig.
Total de indicadores de abuso físico	3,596	3	,308
Total de indicadores de abuso emocional	4,008	3	,261
Total de indicadores de negligência	1,439	3	,696
Total de indicadores de abuso financeiro	2,188	3	,534
Total de indicadores de abusos	2,763	3	,430

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Estado civil

*Tabela 10-Comparação do total de indicadores de abuso consoante o estado civil (teste de Kruskal Wallis)*

### 3.6) Análise de diferenças no abuso consoante o nível de escolaridade

Foi aplicado o teste de Kruskal Wallis para avaliar diferenças no total de indicadores de abuso consoante o nível de escolaridade. Os resultados podem ser observados na tabela 11

Total de indicadores	Grau de escolaridade												Total
	Sem escolaridade		Do 1º ao 4º ano		Do 5º ao 6º ano		Do 7º ao 9º ano de escolaridade		Do 10º ao 12º ano		Possuí curso superior		
	N	Mean Rank	N	Mean Rank	N	Mean Rank	N	Mean Rank	N	Mean Rank	N	Mean Rank	
abuso físico	31	52,90	48	50,04	17	48,00	1	48,00	1	48,00	2	48,00	100
abuso emocional	31	62,92	48	45,16	17	43,94	1	77,00	1	36,00	2	36,00	100
Negligência	31	56,44	48	48,08	17	46,62	1	84,50	1	38,50	2	38,50	100
abuso financeiro	31	55,73	48	50,31	17	43,74	1	41,00	1	41,00	2	41,00	100
de abuso	31	60,95	48	47,19	17	42,53	1	75,00	1	32,50	2	32,50	100

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	Chi-square	Df	Asymp. Sig.
Total de indicadores de abuso físico	2,669	5	,751
Total de indicadores de abuso emocional	15,287	5	,009
Total de indicadores de negligência	6,866	5	,231
Total de indicadores de abuso financeiro	5,061	5	,409
Total de indicadores de abusos	10,595	5	,060

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Grau de escolaridade

*Tabela 11- Comparação do total de indicadores de abuso consoante o nível de escolaridade (teste de Kruskal Wallis)*

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas nos indicadores de abuso emocional ( $U=15,287$ ;  $p=0,009$ ), tendo os idosos sem escolaridade apresentado valores mais elevados ( $Mdn=52,90$ ) após análise da ordenação média dos valores. Nos restantes tipos de abuso os valores são também mais elevados em idosos com menos escolaridade, no entanto, não é possível generalizar os resultados ( $p>0,05$ ).

### 3.7) Análise de diferenças no abuso consoante a auto percepção do estado de saúde

Para avaliar diferenças nos indicadores de abuso consoante a percepção do estado de saúde foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, evidenciando-se os resultados na tabela 12. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Test Statistics <sup>a,b</sup>			
	Chi-square	df	Asymp. Sig.
Total de indicadores de abuso físico	5,646	4	,227
Total de indicadores de abuso emocional	5,971	4	,201
Total de indicadores de negligência	3,153	4	,533
Total de indicadores de abuso financeiro	5,366	4	,252
Total de indicadores de abusos	5,509	4	,239

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Como sente que é o seu estado de Saúde

*Tabela 12- Comparação do total de indicadores de abuso consoante a auto percepção do estado de saúde ( teste de Kruskal Wallis)*

### **3.8) Correlação dos indicadores de abuso consoante o grau de dependência e sintomas depressivos**

Para avaliação do grau de dependência foi aplicado o índice de Katz com um resultado final possível entre 0 e 6 pontos (quanto maior o score obtido, menor o grau de dependência do idoso). Foi aplicado o teste do coeficiente de correlação de Spearman, com o objetivo de relacionar o total de indicadores de abuso com o grau de dependência dos idosos, como se pode observar na tabela 13. Verificaram-se correlações negativas da escala de Katz com os indicadores de abuso emocional ( $r = -0,257$ ;  $p = 0,010$ ) e com o total de abuso ( $r = -0,271$ ;  $p = 0,006$ ), o que significa que quanto maior o grau de dependência dos idosos, maior o número de indicadores de abuso emocional e de abuso total encontrados.

Para avaliação dos sintomas depressivos, foi utilizada a escala de depressão geriátrica de Yesavage, com um resultado possível entre 0 e 15 pontos (quanto maior o score obtido, maior a presença de sintomas emocionais negativos sugestivos de depressão). Foi aplicado o teste de correlação de Spearman para relacionar os indicadores de abuso com os resultados obtidos na escala de Yesavage. A presença de sintomas emocionais negativos relacionou-se positivamente com os indicadores de abuso físico ( $r = 0,202$ ;  $p = 0,044$ ), emocional ( $r = 0,534$ ;  $p = 0$ ), negligência ( $r = 0,437$ ;  $p = 0$ ), financeiro ( $r = 0,382$ ;  $p = 0$ ) e com o total dos indicadores de abuso ( $r = 0,585$ ;  $p = 0$ ). Os resultados podem ser observados na tabela 13.



		Índice de Katz	Escala de Yesavage_ Versão curta
Total de indicadores de abuso físico	Correlation Coefficient	-,087	,202*
	Sig. (2-tailed)	,392	,044
	N	100	100
Total de indicadores de abuso emocional	Correlation Coefficient	-,257**	,534**
	Sig. (2-tailed)	,010	,000
	N	100	100
Total de indicadores de negligência	Correlation Coefficient	-,179	,437**
	Sig. (2-tailed)	,075	,000
	N	100	100
Total de indicadores de abuso financeiro	Correlation Coefficient	-,144	,382**
	Sig. (2-tailed)	,154	,000
	N	100	100
Total de indicadores de abusos	Correlation Coefficient	-,271**	,585**
	Sig. (2-tailed)	,006	,000
	N	100	100

**Tabela 13-** Correlação do total de indicadores de abuso com os resultados obtidos no índice de Katz e escala de Yesavage (correlação de Spearman)

### **3.9) Correlação dos indicadores de abuso com a necessidade de cuidados de saúde e medicação diária**

Foi aplicado o coeficiente de correlação de Spearman, de modo a relacionar o total de indicador de abusos com o número de medicamentos tomados por dia e com as variáveis que dizem respeito a necessidade de recorrer a diferentes serviços de saúde (tabela 14).

Verificou-se existirem correlações positivas dos indicadores de abuso emocional com o número de medicamentos ( $r=0,215$ ;  $p=0,032$ ), com o número de idas ao serviço de urgência no último ano ( $r=0,218$ ;  $p=0,030$ ) e com o número de internamentos no último ano ( $r=0,234$ ;  $p=0,019$ ).

Os indicadores de negligência apresentaram uma correlação positiva com a necessidade de internamentos ( $r=0,211$ ;  $p=0,035$ ).

Os indicadores de abuso financeiro apresentaram correlações positivas com o número de idas ao serviço de urgência no último ano ( $r=0,277$ ;  $p=0,005$ ) e com o número de internamentos no último ano ( $r=0,300$ ;  $p=0,002$ ).

Os indicadores de abuso apresentaram correlações positivas com o número de medicamentos diário tomados pelo idoso ( $r=0,201$ ;  $p=0,045$ ), com o número de idas ao serviço de urgência ( $r=0,26$ ;  $p=0,009$ ), e com o número de internamentos no último ano ( $r=0,253$ ;  $p=0,11$ ).

			Quantos medicamentos toma diariamente?	Idas ao médico de família no último ano	Idas ao serviço de urgência no último ano	Internamentos no último ano	
Spearman's rho	Total de indicadores de abuso físico	Correlation Coefficient	,179	,089	,086	,119	
		Sig. (2-tailed)	,074	,376	,396	,237	
		N	100	100	100	100	
	Total de indicadores de abuso emocional	Correlation Coefficient	,215*	,031	,218*	,234*	
		Sig. (2-tailed)	,032	,758	,030	,019	
		N	100	100	100	100	
	Total de indicadores de negligência	Correlation Coefficient	,129	-,005	,195	,211*	
		Sig. (2-tailed)	,201	,960	,052	,035	
		N	100	100	100	100	
	Total de indicadores de abuso financeiro	Correlation Coefficient	,135	,019	,277**	,300**	
		Sig. (2-tailed)	,179	,855	,005	,002	
		N	100	100	100	100	
	Total de indicadores de abusos	Correlation Coefficient	,201*	,007	,261**	,253*	
		Sig. (2-tailed)	,045	,948	,009	,011	
		N	100	100	100	100	
			Sig. (2-tailed)	,154	,326	,000	.
			N	100	100	100	100

**Tabela 14-** Correlação entre o número de medicamentos diários e necessidade de recorrer a serviços de saúde com o total de indicadores de abuso

## Discussão

Esta investigação surge na tentativa de melhorar a compreensão relativamente ao fenómeno crescente dos maus tratos em pessoas idosas no panorama nacional. Os dados obtidos permitem aumentar o conhecimento relativamente ao tema, sendo, no entanto, importante realçar que se estudou uma população específica, podendo os resultados serem influenciados pelas características da mesma.

Quanto ao principal objetivo deste estudo, de quantificar os indícios de maus tratos em idosos com a aplicação do instrumento QEEA, verificou-se que 36% dos participantes apresentaram pelo menos 1 indicador de abuso, independentemente do tipo de abuso, e que no máximo, foram encontrados até 8 indicadores no mesmo indivíduo. Quanto maior o número de indicadores presentes, maior a probabilidade de o idoso ser efetivamente uma vítima deste crime, sendo que da população estudada 30% apresentaram pelo menos 2 indicadores.

Segundo a OMS, 1 em cada 6 idosos é vítima de maus tratos a nível internacional, valor que se aproxima da realidade nacional apresentada no estudo realizado pelo Instituto Ricardo Jorge, com uma prevalência de 12%. (1, 10) Os resultados da nossa investigação são superiores, justificando-se pela utilização da escala QEEA, uma vez que esta permite obter o número de indícios, e não uma certeza inquestionável quanto à ocorrência de maus tratos. Esta escala com elevada sensibilidade e boa especificidade representa um bom método de rastreio, sendo necessário depois continuar a investigação de modo a confirmar que o idoso é realmente uma vítima deste crime.

Com os resultados desta investigação podemos observar que o tipo de abuso mais prevalente é o abuso emocional (29%), seguindo-se a negligência (24%), o abuso financeiro (12%) e por fim o abuso físico (5%). Tendo em conta os estudos analisados, pode concluir-se

que existe uma grande heterogeneidade quanto ao tipo de abuso mais frequentemente encontrado, sendo apenas de realçar que o abuso emocional é praticamente sempre considerado um dos tipos mais prevalentes. (1, 8-12). Estas diferenças podem muito provavelmente ser vistas como fruto das particularidades socioculturais de cada população estudada, uma vez que existem consoante as suas características fatores que potenciem a ocorrência de certo tipo de abuso em detrimento de outros.

Da análise descritiva dos dados sociodemográficos realça-se a baixa escolaridade, em que 31% dos inquiridos não frequentaram qualquer tipo de ensino e 48% frequentaram a escola no máximo até ao final do 1º ciclo. Associado ao elevado grau de iliteracia, 26% dos idosos afirmaram depender financeiramente de terceiros. Além disso pode observar-se que estes indivíduos vivem muitas vezes de modo isolado, sendo que 44% afirmaram não receber visitas de pessoas conhecidas e 76% não costumam sair de casa para visitar ninguém. Estes dados realçam alguns dos problemas da nossa sociedade em colmatar as necessidades deste grupo populacional. Contrastando com estes aspetos negativos, 98% dos idosos entrevistados afirmaram conseguir sempre ajuda de alguém próximo em caso de necessidade, o que demonstra uma boa organização social e preocupação com os idosos mais frágeis.

Dos dados relacionados com a saúde dos participantes, importa realçar que a maioria dos idosos se encontra polimedicada, com uma média de 7 fármacos por dia e que um número elevado (30%) respondeu não conseguir gerir a medicação sem auxílio de terceiros. Estes dados tornam-se particularmente preocupantes nas vítimas de abuso, nomeadamente de negligência, podendo levar à deterioração do estado clínico com agravamento das suas patologias crónicas por falta de adesão terapêutica.

Com a aplicação do índice de Katz, os resultados obtidos foram que 64% dos idosos eram totalmente independentes, 33% parcialmente dependentes e 3% com dependência total.

Estes dados não representam fidedignamente o conjunto de idosos internados no serviço de medicina interna A do CHUC no período de realização dos questionários, uma vez que os indivíduos com maior deterioração do estado geral não foram incluídos no estudo por incapacidade de resposta. Segundo Momtaz et al, o grau de dependência é um dos fatores chave para o surgimento de situações de maus tratos, pelo que o total de indicadores de abuso encontrado poderia ter sido mais elevado caso não se tivessem excluído idosos pela metodologia escolhida. (27)

Quanto à avaliação da sintomatologia depressiva, através da escala de Yesavage, 69% dos participantes não apresentaram respostas consistentes com depressão. Dos 31% idosos com sintomas depressivos, apenas 5% apresentaram depressão grave. O número de idosos com sintomas depressivos é elevado e bastante relevante, uma vez que estes são considerados um fator de risco para a ocorrência de abusos, assim como uma consequência dos mesmos. (22, 26, 32)

Ao relacionar o género com os indicadores de maus tratos, pode concluir-se que existe uma diferença estatisticamente significativa, sendo que os indivíduos do género feminino apresentaram maior número de indicadores, indo estes resultados ao encontro com a informação apresentada por Lachs et al, que afirmam que as mulheres são mais propensas a sofrer de maus tratos em relação aos homens. (6) Quanto aos tipos de abuso, apenas se encontrou uma associação com o abuso emocional.

Ao analisar a relação entre o total de indicadores de abuso e o grau de escolaridade da população em estudo, é possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas nos casos de abuso emocional, encontrando-se maior número de indicadores deste tipo de abuso em idosos com menor grau de instrução. Este resultado vai ao encontro da informação apresentada no estudo realizado pelo Instituto Ricardo Jorge, que concluiu que os idosos com

baixa escolaridade são mais suscetíveis de se tornarem vítimas de maus tratos. (10) Quanto aos restantes tipos de abuso e ao total de indicadores não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Quanto à relação entre o grau de independência avaliado pelo índice de Katz e o total de indicadores de abuso, obtiveram-se correlações negativas para indicadores de abuso emocional ( $r = -0,257$ ) e para o total de indicadores de abuso ( $r = -0,271$ ), o que significa que quanto maior a independência funcional, menor o número de indicadores de abuso encontrados. Quanto aos restantes tipos de abuso, não foi possível concluir quanto a possíveis correlações ( $p > 0,05$ ). Esta é uma relação expectável, tendo em conta os resultados apresentados por Dong, Simon e Evans, que evidenciam a dependência e a necessidade de cuidados como principais fatores de risco para a ocorrência de maus tratos em pessoas idosas. (39)

Ao analisar a correlação entre sintomas depressivos e indicadores de abuso, foi possível observar que a presença de sintomas emocionais negativos se relacionou positivamente com os indicadores de abuso físico ( $r = 0,202$ ), emocional ( $r = 0,534$ ), negligência ( $r = 0,437$ ), financeiro ( $r = 0,382$ ) e com o total dos indicadores de abuso ( $r = 0,585$ ). Neste estudo, a presença de sintomas depressivos revelou ser uma das características mais intimamente ligada a todos os tipos de indicadores de maus tratos. Estes dados vão ao encontro de diversos estudos realizados nesta área, que concluíram que os sintomas depressivos podem ser encarados tanto como fator de risco ou consequência de maus tratos. (22, 26, 32) É importante realçar que foram encontradas maiores taxas de ideações suicidas em idosos vítimas de maus tratos. (16)

Analisou-se a relação entre o número de medicamentos prescritos por dia e o total de indicadores de abusos, observando-se uma relação positiva com os indicadores de abuso emocional, com os indicadores de negligência e com o número total de indicadores de abusos. Esta pode ser uma relação preocupante, uma vez que o agravamento de doenças crónicas e o

aumento da mortalidade são consequências possíveis em idosos vítimas de maus tratos. (35)  
Outra preocupação prende-se com o elevado número de idosos que afirmaram ser incapazes de gerir a sua medicação de forma autónoma (30%).

Ao analisar a relação entre os indicadores de abuso e a necessidade de utilização dos serviços de saúde, observou-se uma correlação positiva entre abuso emocional, abuso financeiro e total de indicadores de abuso com o número de vindas ao serviço de urgência e internamentos no último ano. Estes dados são consistentes com aqueles apresentados num estudo realizado por Dong et al, em que se observou que os idosos vítimas de abuso apresentavam maior necessidade de recorrer a serviços de urgência e maior número de hospitalizações. (35)

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre indicadores de abuso e variáveis como a zona de residência, local de residência, agregado familiar, estado civil e auto percepção do estado de saúde, provavelmente pelas características da população em estudo, assim como pela dimensão da amostra.

Os resultados apresentados neste estudo não apresentam nenhum conflito de interesses, no entanto é possível afirmar que existem algumas limitações relacionados com a metodologia utilizada, com o instrumento de recolha e com características da amostra.

A questão dos maus tratos é ainda pouco abordada na nossa sociedade, sendo alvo de preconceitos relacionados com o processo de envelhecimento e dinâmica familiar, existindo muitas dificuldades em abordar o assunto ou admitir a sua existência, o que dificulta a percepção real quanto à quantificação. Os próprios idosos sentem-se muitas vezes envergonhados em admitir o sucedido, o que pode originar resultados distintos da realidade.



Os participantes do estudo encontravam-se internados no CHUC, o que limitou geograficamente a população estudada, dificultando a generalização para a população portuguesa. O facto dos idosos se encontrarem internados, revela que tiveram capacidade de procurar ajuda médica ou que foram auxiliados por cuidadores, podendo não corresponder à realidade nacional. Os idosos completamente isolados, com declínio funcional marcado, poderão não ser capazes de obter assistência médica e pertencer a um subgrupo com maior prevalência de situações de maus tratos.

Os idosos que participaram no estudo foram selecionados com base na função cognitiva, apresentando capacidade de compreensão e resposta ao questionário, pretendendo-se a maior credibilidade possível nas respostas fornecidas. Durante o período de realização dos questionários, encontravam-se muitos idosos internados com quadros demenciais marcados e declínio cognitivo, associados a elevado grau de dependência, não tendo sido incluídos no estudo por estes motivos. Sendo estes fatores conhecidos como potenciadores da ocorrência de maus tratos em idosos, é de salientar que os resultados obtidos relativamente aos indícios de maus tratos poderiam ser mais elevados que os resultados encontrados. (6, 30, 31)

Por fim, o tamanho da amostra pode ter influenciado os resultados, uma vez que poucos idosos revelaram indícios de abuso físico e financeiro. Este facto pode estar na origem da falta de diferenças estatisticamente significativas encontradas nas análises bivariadas com este tipo de indicadores.

## Conclusão

Com este trabalho conseguiu atingir-se o principal objetivo de quantificar o número de idosos, internados numa enfermaria de um hospital central, quanto à presença de indícios de maus tratos. Concluiu-se que 36% dos idosos apresentavam pelo menos um indicador de maus tratos, mais frequentemente de abuso emocional (29%) e negligência (24%), sendo esta percentagem mais elevada do que seria de esperar com base em estudos anteriores, revelando uma dimensão preocupante deste problema de saúde pública.

Este estudo permitiu evidenciar que é possível detetar situações de maus tratos com base numa entrevista guiada por alguns instrumentos, nomeadamente o QEEA, sendo recomendado a sua aplicação por parte de profissionais de saúde de modo mais sistemático. A deteção destes casos precocemente, pode ser um elemento importante para se conseguir intervir de modo correto, corrigindo a situação e minimizando as consequências decorrentes do abuso. Este tipo de atuação pode ser fundamental, inclusive por diminuir a necessidade de idas a serviços de urgência e internamentos, devendo ser iniciada nos cuidados de saúde primários por parte do médico de família.

A análise inferencial permitiu concluir que a presença de indicadores de maus tratos apresentou relações estatisticamente significativas com o género feminino, baixo grau de escolaridade, sintomas depressivos, dependência funcional, número de medicamentos tomados por dia, número de visitas ao serviço de urgência e número de internamentos no último ano.

Pela análise descritiva de algumas variáveis é também possível concluir que este grupo populacional se encontra numa posição bastante precária e fragilizada. Dos idosos que participaram no estudo, 31% não frequentaram qualquer tipo de ensino, 26% apresentavam dependência financeira de terceiros, 76% não visitam pessoas conhecidas e 44% não recebem

visitas de ninguém o que revela isolamento social, 36% apresentavam algum grau de dependência funcional e 31% apresentavam sintomas depressivos.

Com base nos dados obtidos, recomenda-se que sejam efetuados mais estudos nesta área, uma vez que o envelhecimento demográfico é uma realidade inegável e com tendência para um crescimento exponencial nas próximas décadas. Os maus tratos em idosos representam já um problema de saúde pública, tendendo a tornar-se cada vez mais prevalente com o aumento do envelhecimento populacional.

Conclui-se com este estudo que os idosos são um grupo populacional esquecido e marginalizado, urgindo a necessidade de se adotar medidas no sentido de modificar a percepção do envelhecimento. É fundamental desenvolver o ideal de envelhecimento ativo nas sociedades atuais, como recomendado pela ONU, de modo a proporcionar a melhor qualidade de vida possível e a diminuir as consequências sociais, económicas e legais associadas. Para tal, é imperativo a cooperação das mais diversas áreas da sociedade, nomeadamente de profissionais de saúde, agentes dos serviços sociais e grupos políticos, envolvendo a comunidade e modificando o modo como se percebe e lida com este grupo fragilizado. A reintegração dos idosos no papel comunitário de forma útil, adaptando as suas tarefas com base nas suas limitações e capacidades é reconhecida como a melhor estratégia de prevenção.

## **Agradecimentos:**

Agradeço, em primeiro lugar, ao Professor Manuel Veríssimo pela orientação, apoio, e simpatia demonstrados ao longo da investigação.

Agradeço ao Doutor João Filipe Gomes, pela simpatia, apoio e disponibilidade que sempre manifestou ao longo deste percurso.

Agradeço ao Professor Armando Carvalho, que permitiu a realização do trabalho no serviço de Medicina Interna A do CHUC.

Agradeço aos enfermeiros e médicos do serviço de Medicina Interna A do CHUC pelo apoio e disponibilidade em orientar-me na seleção dos doentes.

Por fim, agradeço também a todas as pessoas que aceitaram participar no estudo, sem as quais não teria sido possível a sua realização.

## **Bibliografia**

1. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):e147-e56.
2. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*. 2016;56 Suppl 2:S194-205.
3. Sten KD, Soares JJ, Viitasara E, Stankunas M, Sundin O, Melchiorre MG, et al. The relationship between abuse, psychosocial factors, and pain complaints among older persons in Europe. *Medicina (Kaunas)*. 2014;50(1):61-74.
4. INE IP. Estatísticas Demográficas 2015. Lisboa-Portugal: Instituto Nacional de Estatística, IP; 2016.
5. Organization WH. WORLD REPORT ON AGEING AND HEALTH. Geneva-Switzerland; 2015.
6. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse. *N Engl J Med*. 2015;373(20):1947-56.
7. Dong X, Simon MA. Vulnerability risk index profile for elder abuse in a community-dwelling. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(1):10-5.
8. APAV. Estatísticas APAV- Pessoas idosas vítimas de crime e de violência 2013-2016. Lisboa- Portugal: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima; 2017.
9. APAV. Estatísticas APAV- Pessoas idosas vítimas de crime e de violência [2000-2012]. Lisboa-Portugal: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima; 2013.

10. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge I. Projeto Envelhecimento e Violência. Lisboa- Portugal2014.
11. Martins R, Neto MJ, Andrade A, Albuquerque C. Abuse and maltreatment in the elderly. *Aten Primaria*. 2014;46 Suppl 5:206-9.
12. Ermelinda M, Agostinha C, António B, Luís V, Maria B, Maria N, et al. Índícios de Maus tratos à pessoa idosa no Concelho da Guarda. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2014.
13. Dong X, Chen R, Simon MA. Elder abuse and dementia: a review of the research and health policy. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(4):642-9.
14. Dong X, Simon MA. Association between reported elder abuse and rates of admission to skilled nursing facilities: findings from a longitudinal population-based cohort study. *Gerontology*. 2013;59(5):464-72.
15. Rosen T, Bloemen EM, LoFaso VM, Clark S, Flomenbaum NE, Lachs MS. Emergency Department Presentations for Injuries in Older Adults Independently Known to be Victims of Elder Abuse. *J Emerg Med*. 2016;50(3):518-26.
16. Dong X, Chen R, Wu B, Zhang NJ, Mui AC, Chi I. Association between Elder Mistreatment and Suicidal Ideation among Community-Dwelling Chinese Older Adults in the USA. *Gerontology*. 2015;62(1):71-80.
17. Cisler JM, Begle AM, Amstadter AB, Acierno R. Mistreatment and self-reported emotional symptoms: results from the National Elder Mistreatment Study. *J Elder Abuse Negl*. 2012;24(3):216-30.

18. Yaffe MJ, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician*. 2012;58(12):1336-40, e695-8.
19. 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.
20. Duque Ana, Gruner Heidi, Clara João, José E, Manuel V. Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI).
21. Borralho O. Maus-Tratos e Negligência a Pessoas Idosas: Identificação e Caracterização de casos no Serviço de Urgência de um Hospital Central. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2010.
22. Wong JSM, Waite LJP. Elder mistreatment predicts later physical and psychological health: Results from a national longitudinal study. *J Elder Abuse Negl*. 2017;29(1):15-42.
23. United Nations GA. Follow-up to the Second World Assembly on Ageing  
Report of the Secretary-General. 2011.
24. United Nations ECfE. UNECE Policy Brief on Aging nº14. 2013.
25. Dong X. Advancing the field of elder abuse: future directions and policy implications. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(11):2151-6.
26. Simone L, Wettstein A, Senn O, Rosemann T, Hasler S. Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Med Wkly*. 2016;146:w14273.

27. Abolfathi Momtaz Y, Hamid TA, Ibrahim R. Theories and measures of elder abuse. *Psychogeriatrics*. 2013;13(3):182-8.
28. Peterson JC, Burnes DP, Caccamise PL, Mason A, Henderson CR, Jr., Wells MT, et al. Financial exploitation of older adults: a population-based prevalence study. *J Gen Intern Med*. 2014;29(12):1615-23.
29. de Queiroz ZP, Lemos Nde F, Ramos LR. [Factors potentially associated to domestic negligence among elders assisted in home assistance program]. *Cien Saude Colet*. 2010;15(6):2815-24.
30. Dong X, Simon M, Rajan K, Evans DA. Association of cognitive function and risk for elder abuse in a community-dwelling population. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011;32(3):209-15.
31. Cooper C, Blanchard M, Selwood A, Walker Z, Livingston G. Family carers' distress and abusive behaviour: longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2010;196(6):480-5.
32. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, Resnick HS, Steve K, Muzzy W, et al. Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health*. 2010;100(2):292-7.
33. Kohn R, Verhoek-Oftedahl W. Caregiving and elder abuse. *Med Health R I*. 2011;94(2):47-9.
34. Burns D, Hyde P, Killett A. Wicked problems or wicked people? Reconceptualising institutional abuse. *Sociol Health Illn*. 2013;35(4):514-28.



35. Dong XQ, Simon MA, Beck TT, Farran C, McCann JJ, Mendes de Leon CF, et al. Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*. 2011;57(6):549-58.
36. DeLiema M, Homeier DC, Anglin D, Li D, Wilber KH. The Forensic Lens: Bringing Elder Neglect Into Focus in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2016;68(3):371-7.
37. Murphy K, Waa S, Jaffer H, Sauter A, Chan A. A literature review of findings in physical elder abuse. *Can Assoc Radiol J*. 2013;64(1):10-4.
38. Pillemer K, Connolly MT, Breckman R, Spreng N, Lachs MS. Elder mistreatment: priorities for consideration by the white house conference on aging. *Gerontologist*. 2015;55(2):320-7.
39. Dong X, Simon M, Evans D. Decline in physical function and risk of elder abuse reported to social services in a community-dwelling population of older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(10):1922-8.

## Anexo I- Questionário e consentimento informado

Questionário: Maus tratos em idosos: “Caracterização de uma população internada no CHUC”

### 1) Identificação/Dados Sociodemográficos

Idade: \_\_\_\_\_

Género: Masculino  Feminino

Localidade: \_\_\_\_\_

Local de residência: Casa própria  Casa de familiares   
Lar/Residência para idosos  Outro: \_\_\_\_\_

Se residir em casa própria ou em casa de familiares com quem reside?

Sozinho  Companheiro(a)/marido/mulher

Filho(s)  Neto(s)  Outro(s) : \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Depende financeiramente de outra pessoa? Sim  Não

Recebe visitas frequentemente de amigos ou familiares? Sim  Não

Visita frequentemente amigos ou familiares? Sim  Não

Se necessitar de ajuda a quem recorre? \_\_\_\_\_

### 2) Índice de Katz

Responda às seguintes perguntas, colocando uma cruz na opção que considerar mais adequada à sua situação em cada uma das categorias:

#### -Banho:

Independente: necessita de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo, por exemplo costas ou extremidades do corpo / toma banho completamente sem ajuda

Dependente: necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo/ necessita de ajuda para entrar e sair da banheira/ não se lava sozinho

-Vestir:

Independente: escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a. Excluí atar os sapatos

Dependente: precisa de ajuda para se vestir/ não se consegue vestir

- Utilização da sanita:

Independente: não necessita de ajuda para entrar e sair do WC/ usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente sozinho; pode utilizar urinol durante a noite

Dependente: usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder ou utilizar a sanita

-Transferência (cama/cadeirão)

Independente: não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas como bengalas

Dependente: necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama /cadeira; está acamado

-Continência

Independente: Controlo completo da micção e defecação

Dependente: Incontinência parcial/total vesical e/ou fecal; utilização de enema, algália, urinol ou arrastadeira

-Alimentação:

Independente: leva a comida do prato à boca sem ajuda; excluí cortar a carne;

Dependente: Necessita de ajuda para comer; Não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica ou parentérica;

**3) Escala de Yesavage Versão curta**

Responda sim ou não a cada uma das seguintes questões:

1. Está satisfeito com a sua vida?

Sim  Não

2. Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?

Sim  Não

3. Sente que a sua vida está vazia?  
Sim  Não
4. Sente-se frequentemente aborrecido?  
Sim  Não
5. Na maior parte do tempo está de bom humor?  
Sim  Não
6. Tem medo que algo de mau lhe aconteça?  
Sim  Não
7. Sente-se feliz na maior parte do tempo?  
Sim  Não
8. Sente-se frequentemente abandonado/desemparedado?  
Sim  Não
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?  
Sim  Não
10. Sente que tem mais problemas de memória do que outros com a mesma idade?  
Sim  Não
11. Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?  
Sim  Não
12. Sente-se inútil?  
Sim  Não
13. Sente-se cheio de energia?  
Sim  Não
14. Sente-se sem esperança?  
Sim  Não
15. Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sr<sup>a</sup>?  
Sim  Não

#### 4) Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA)

- 1- Atualmente sente medo de alguém em sua casa?  
Sim  Não
- 2- No último ano aconteceu ter sido agarrado(a), batido(a) ou pontapeado(a) por alguém?  
Sim  Não
- 3- No último ano aconteceu ter sido amarrado(a) ou fechado(a) num quarto?  
Sim  Não

- 4- No último ano aconteceu alguém tocar-lhe no corpo sem a sua permissão?  
Sim  Não
- 5- Atualmente sente-se sozinho?  
Sim  Não
- 6- No último ano, alguma vez foi ameaçado(a) de que seria castigado(a) ou privado(a) das coisas que gosta, ou ainda de que seria posto(a) num lar de idosos?  
Sim  Não
- 7- No último ano aconteceu-lhe não lhe terem prestado atenção ou ter sido ignorado(a) por alguém quando o que esperava era que conversassem consigo?  
Sim  Não
- 8- No último ano aconteceu ter sido forçado(a) a comer?  
Sim  Não
- 9- Quando as pessoas com quem vive não concordam consigo acontece alguma das seguintes situações: discussões verbais violentas, agressões físicas, ameaças ou abandono?  
Sim  Não
- 10- Sente falta de usar próteses de auditiva, óculos ou dentes postiços?  
Sim  Não
- 11- No último ano alguma vez foi deixado(a) sozinho(a), sem o desejar por longos períodos de tempo?  
Sim  Não
- 12- Atualmente, se necessitar de auxílio de emergência, consegue obtê-lo(a)?  
Sim  Não
- 13- Quando precisa de ajuda para as tarefas do quotidiano consegue obtê-las?  
Sim  Não
- 14- A(s) pessoa(s) que vive(m) consigo e/ou que cuida(m) de si depende(m) de si para ter um lugar onde habitar ou para ter apoio financeiro?  
Sim  Não
- 15- No último ano deu conta de que lhe tiraram dinheiro sem o seu consentimento?  
Sim  Não

5) **Estado de Saúde**

1. -Como sente que é o seu estado de saúde?  
Muito saudável  Saudável  Razoável  Doente  Muito doente

2. -Quantos medicamentos toma por dia? \_\_\_\_\_

3. -Consegue tomar a medicação sozinho(a)? Sim  Não

4. -Quantas vezes foi ao seu médico de família no último ano? \_\_\_\_\_

5. -Quantas vezes necessitou de ir ao serviço de urgência no último ano?  
\_\_\_\_\_

6. -Quantas vezes necessitou de internamento hospitalar no último ano?  
\_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO** (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

**Título do estudo:** “Maus tratos em idosos: Caracterização de uma população internada no CHUC”

**Enquadramento:** Estudo realizado no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, nas enfermarias do serviço de Medicina Interna A. Este estudo realiza-se no âmbito da elaboração do trabalho final para obtenção do grau de Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Este estudo é realizado na área científica de Geriatria sob orientação do Professor Manuel Teixeira Marques Veríssimo e coorientação do Dr. João Filipe de Ferreira Gomes.

**Explicação do estudo:** O estudo consiste na recolha de dados através de um questionário com diferentes secções, pretendo avaliar dados sociodemográficos, capacidade funcional, sintomas de depressão, indicadores de maus tratos e negligência em idosos e alguns indicadores de saúde. Não serão colhidos dados que permitam a identificação dos participantes. O questionário será distribuído para preenchimento autónomo ou poderá ser efetuado através de entrevista pelo investigador ou coinvestigadores em caso de dificuldades por parte do participante. Os participantes neste estudo são doentes internados no serviço de Medicina Interna A do CHUC, com idade superior a 65 anos e sem qualquer complicação cognitiva ou outra que não permita capacidade de reposta. A duração média estimada do questionário é de 20 minutos.

**Condições e financiamento:** Este estudo não constitui qualquer tipo de encargo nem compensação financeiro para os participantes. A participação neste estudo é de caráter meramente voluntário não implicando qualquer contrapartida para quem se negue a participar. Este estudo mereceu parecer favorável por parte da comissão de ética do CHUC.

**Confidencialidade e anonimato:** Os dados recolhidos serão usados exclusivamente para o desenvolvimento deste estudo, estando garantido o anonimato, uma vez que não serão registados dados que permitam identificação dos participantes.

Agradeço a sua participação e colaboração neste estudo. Antony Soares Dionisio, estudante de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.



Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

**Assinatura do investigador:** \_\_\_\_\_

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que forneço voluntariamente, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

**Nome:** \_\_\_\_\_

**BI/CC N.º:** \_\_\_\_\_ **Data/Validade** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Tipo de Representação:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

## Anexo II- Parecer da comissão de ética do CHUC



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



CHUC  
CENTRO HOSPITALAR  
E UNIVERSITÁRIO  
DE COIMBRA

### Comissão de Ética para a Saúde

Visto à U.D.  
para aprovação

*Dr. Francisco Parente*  
Diretor Clínico  
C.H.U.C. - EPE

Exmo. Senhor  
Dr. Francisco Parente  
Dign.<sup>o</sup> Director Clínico do CHUC

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 0144/CES Proc. N.º <b>CHUC-055-17</b>	08-09-2017

**ASSUNTO:** Estudo Observacional "Maus tratos e negligência em idosos: Caracterização de uma população de idosos internados no CHUC" – Antony Soares Dionísio - aluno do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (estudo a ser realizado no Serviço de Medicina Interna A do CHUC).  
(Entrada do processo na CES a 31.05.2017)

Cumprir informar Vossa Ex.<sup>a</sup> de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 25 de Agosto de 2017, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por maioria.

Trata-se de um estudo que envolve a resposta a questionários anonimizados.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
DO CHUC, E.P.E.

Dr. Mário Branco  
Vice-Presidente da CES do CHUC

IP/CES

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Fátima Pinho Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Ent.<sup>a</sup> Adília Inácio Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Farias Ribeiro; Prof. Dr. José António Afonso Pais; Dr. José António Falcão; Dr. José Alves Grilo-Gonçalves; Ent.<sup>a</sup> Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Rigueiredo.