



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Idoso

Relatório de Estágio

**“Rastreio de Suspeita de Violência e
Maus-Tratos à Pessoa Idosa que recorre a um
Serviço de Urgência”**

Rui Pedro Gil Penedo

2011





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Idoso

Relatório de Estágio

Rui Pedro Gil Penedo

Orientado por: Professora Graça Melo

Co-orientado por: Enfermeiro Carlos Neto

2011

RESUMO

O envelhecimento populacional constitui um dos principais problemas da sociedade actual. Tal constatação impulsionou o desenvolvimento de estratégias promotoras de um envelhecimento activo pelos órgãos governamentais dos diferentes países, visando que as pessoas idosas participem nas actividades culturais, sociais, políticas e de saúde na comunidade, numa tentativa de contrariar os estereótipos associados ao envelhecimento, como dependência e incapacidade funcional, resultando em estados depressivos e isolamento social, que constituem factores de risco no mau-trato.

O mau-trato é definido como um acto único ou repetido que ocorre dentro de uma relação de confiança que causa dano ou sofrimento ao idoso, classificando-se em sete categorias: físico, sexual, psicológico, financeiro, abandono, negligência e auto-negligência.

A sub-referenciação do mau-trato surge associada ao medo de represálias como ameaças de institucionalização, perda do cuidador, recriminações, entre outras. Os principais agressores são indivíduos da confiança da pessoa idosa, nomeadamente cônjuge e filhos.

A magnitude e complexidade do mau-trato, sustentam a avaliação por uma equipa multidisciplinar especializada, constituída por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, autoridades de saúde, elementos policiais e jurídicos, devendo contemplar o perfil da vítima e do agressor e os principais factores de risco.

O serviço de urgência, apresenta-se, na sua maioria das vezes, como a primeira linha de recurso da população idosa ao sistema de saúde, pelo que é expectável que os seus profissionais, nomeadamente o enfermeiro especialista, estejam conscientes e sensibilizados para a problemática dos maus-tratos.

A aquisição de competências no cuidar à pessoa idosa, visando o metaparadigma da Enfermagem, torna-se imprescindível para a correcta identificação, notificação e monitorização dos maus-tratos, devendo o enfermeiro actuar nos três níveis de prevenção.

A teoria de Enfermagem de Patricia Benner, através do seu modelo de aquisição e desenvolvimento de competências, serviu de base à realização do estágio e do presente relatório.

Palavras-Chave: Mau-trato; Idoso; Serviço Urgência; Enfermeiro Especialista

ABSTRACT

Population aging is one of the main problems of contemporary societies. This fact has boosted to the development of strategies to promote active aging by government agencies of different countries in order that older people hold an active and participatory role in the cultural, social, political and health in the community in an attempt to counter the stereotypes associated with aging, such as dependency and functional disability, resulting in social isolation and depressive states, which are risk factors in elder abuse.

The mistreatment is defined as a single or repeated act that occurs in a relationship of trust that causes harm or elderly distress, classified in seven categories: physical, sexual, psychological, financial, abandonment, neglect and self-neglect.

The under-referral of elder abuse is associated with fear of reprisals as threats of institutionalization, loss of caregiver, recriminations, among others. The main perpetrators are individuals of elder trust, in particular spouse and sons.

The magnitude and complexity of the mistreatment, support the assessment by a specialized multidisciplinary team composed by doctors, nurses, social workers, psychologists, health authorities, police and legal elements and should contemplate the victim and offender profiles and the main risk factors.

The emergency department is presented, in its most often, as the first line of recourse in the elderly population to the health system, and it is expected that its professionals, including specialist nurses, be conscious and sensibilized to the elder abuse problem.

The acquisition of skills in caring of the elderly, considering the Nursing metaparadigm, become essential for the correct identification, reporting and monitoring of elder abuse, should the nurse act on three levels of prevention.

The Nursing theory of Patricia Benner, across the model of acquisition and development skills, was the basis of the clinical practice development and the present report.

Key-Words: Mistreatment; Elder; Emergency Department; Specialist Nurse

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à Professora Graça Melo, minha orientadora neste processo académico, pela sua orientação, pelos conhecimentos transmitidos, pela sua dedicação e empenho, que em muito contribuíram para a minha formação académica e pessoal.

Agradeço também ao Enfermeiro Carlos Neto, meu chefe no serviço de urgência do CHLN, EPE – HSM e orientador de estágio, pela sua orientação e compreensão ao longo de todo este processo de aprendizagem.

Ao Professor Doutor José Ferreira-Alves, pela sua orientação, conhecimentos transmitidos e disponibilidade que em muito contribuíram para a realização deste trabalho.

À equipa nº 1, minha equipa de Enfermeiros e Assistentes Operacionais pelo apoio nas horas difíceis e pela compreensão demonstrada nas minhas ausências.

A toda a equipa multidisciplinar do serviço de urgência pelo apoio prestado.

Às colegas e grandes amigas Célia Cardoso e Susana Neto pelas muitas horas de partilha, de lamúrias e AJUDA durante todo este processo que foi de aprendizagem académica, mas essencialmente de VIDA.

Aos participantes do estudo de investigação pela sua colaboração.

Ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria pelo suporte fornecido para o estágio e para o estudo de investigação.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho e para a superação desta fase.

Por fim, quero agradecer de forma muito especial aos meus PAIS, pela força, amor, carinho, compreensão e apoio económico que sempre me deram para a concretização desta fase académica, profissional e pessoal da minha vida.

A todos, um grande MUITO OBRIGADO!

SUMÁRIO

	Pág.
Resumo	ii
Abstract	iii
Agradecimentos	iv
Índice de Quadros	vii
Índice de Tabelas	vii
	Pág.
INTRODUÇÃO	8
CAPITULO I – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	10
RESUMO	11
1. REVISÃO DE LITERATURA	12
1.1. Envelhecimento	12
1.2. Violência e Maus-Tratos	13
2. MATERIAIS E MÉTODOS	20
2.1. Participantes	20
2.2. Procedimentos	20
2.3. Medidas da Pessoa Idosa	20
2.4. Análise Estatística	22
3. PRINCIPAIS RESULTADOS	23
3.1. Características dos Participantes	23
3.2. A Influência da Dependência na realização das Actividades Instrumentais de Vida Diária e o Mau-Trato	25
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	27
5. CONCLUSÃO	31
CAPITULO II – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	33
1. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA	34
2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO	36
3. OBJECTIVOS	38

3.1. Primeiro Objectivo	38
3.2. Segundo Objectivo	44
3.3. Terceiro Objectivo	47
4. IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS	49
5. CONCLUSÃO	51
BIBLIOGRAFIA	53
APÊNDICES	60
Apêndice I – Consentimento Informado	61
Apêndice II – Cronograma de Estágio	63
Apêndice III – Planeamento da Sessão de Formação	66
Apêndice IV – Diapositivos da Sessão de Formação – Rastreo de Suspeita de Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa que recorre a um Serviço de Urgência	70
Apêndice V – Ficha de Avaliação da Sessão de Formação	78
Apêndice VI – Ilustração em Poster dos principais Sinais e Sintomas de Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa	81
ANEXOS	83
Anexo I – Carta de autorização do Sr. Enf. Chefe do Serviço de Urgência Central do CHLN, EPE – HSM para a realização do Estudo de Investigação	84
Anexo II – Carta de autorização da Sr. ^a Dr. ^a Directora Clínica do Serviço de Urgência Central do CHLN, EPE – HSM para a realização do Estudo de Investigação	90
Anexo III – Carta de autorização do Sr. Presidente da Comissão de Ética do CHLN, EPE – HSM para a realização do Estudo de Investigação	96
Anexo IV – Carta de autorização do Sr. Presidente do Conselho de Administração e Director Clínico do CHLN, EPE – HSM para a realização do estudo de investigação	98
Anexo V – Guião de Entrevista à Dr. ^a Catarina Paulos	100
Anexo VI – Guião de Entrevista ao Dr. Fernando Vieira	102
Anexo VII – Esquema de Rastreo e Avaliação do Mau-Trato na Pessoa Idosa	104

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Estudo de Caso 1	41
Quadro 2 – Estudo de Caso 2	41
Quadro 3 – Estudo de Caso 3	42

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Características dos Participantes	23
Tabela 2 – Caracterização dos participantes relativamente às Actividades Instrumentais de Vida Diária (IADL)	24
Tabela 3 – Relação entre Funcionalidade Instrumental e Mau-Trato	25
Tabela 4 – Relação entre Dependência nas Actividades Instrumentais de Vida Diária e o Mau-Trato	26

INTRODUÇÃO

Todo o cidadão deve ser atendido por profissionais reconhecidos pelo elevado nível dos cuidados prestados e pela sua adequação às necessidades da pessoa doente/família, e isso só é possível pela promoção e desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da disciplina de Enfermagem, através de um percurso de desenvolvimento profissional no sentido da especialização dos enfermeiros.

O enfermeiro especialista é aquele que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que aplica níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, que assume o papel de prestador de cuidados diferenciados mas também de supervisor e consultor para os colegas e outros elementos da equipa de saúde, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

Como referido pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), através do Decreto-Lei nº 104/08 de 21 de Abril, “o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade” (Decreto-Lei n.º 104/98).

Perante a evidência estatística, nacional e mundial, do aumento do número de pessoas idosas, emergem preocupações em torno da sua saúde e bem-estar, bem como de um envelhecimento saudável e activo.

A problemática da violência e maus-tratos à pessoa idosa surge na maioria das vezes associada a fenómenos relacionados com o processo de envelhecimento, designados por critérios de fragilidade, dos quais se destacam a doença crónica e a dependência de outrem, entre outros.

O papel do enfermeiro perante a detecção de situações suspeitas de violência e maus-tratos ao idoso torna-se imprescindível, nomeadamente no que diz respeito ao seu rastreo, pelo que o presente relatório explana as principais aprendizagens e competências adquiridas e desenvolvidas no decorrer do estágio realizado no Serviço de Urgência Central do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria, no período de 27 de Setembro de 2010 a 28 de Fevereiro de 2011.

Este relatório encontra-se inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 3º semestre.

Consciente da responsabilidade e validade de um trabalho deste teor foram delineados como **objectivos**: explorar a problemática da violência e maus-tratos à pessoa idosa num serviço de urgência; descrever competências adquiridas e desenvolvidas nos cuidados de enfermagem ao utente idoso com

suspeita de violência e maus-tratos e reflectir sobre as actividades executadas e as implicações éticas e legais na abordagem dos maus-tratos à pessoa idosa.

Primeiramente, de forma introdutória, contextualiza-se o problema e enumeram-se os objectivos propostos para este relatório.

Este trabalho é constituído por dois capítulos. O primeiro descreve o trabalho de investigação realizado ao longo do estágio, que teve como objectivos identificar as principais características dos utentes idosos vítimas de abuso e mau-trato que recorreram ao serviço de urgência e analisar a influência da dependência na realização de actividades instrumentais de vida diária na ocorrência de abuso e mau-trato ao utente idoso.

O segundo capítulo inclui a reflexão efectuada sobre a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa idosa e encontra-se dividido em 5 partes: papel do enfermeiro especialista e quadro teórico de enfermagem que sustentou a construção deste relatório e do estágio, a caracterização do serviço de urgência, a descrição e análise dos objectivos de estágio e respectivas actividades preconizadas no projecto de estágio, as implicações éticas e legais que envolvem a problemática da violência e maus-tratos à pessoa idosa e as principais linhas conclusivas que se apreenderam com a realização deste relatório.

Por último, surge a bibliografia, onde se expõem todas as referências consultadas.

O quadro teórico de Enfermagem que sustentou o estágio e o presente relatório foi o de Patricia Benner, tendo em conta o seu modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus. Este modelo preconiza que a aquisição e desenvolvimento de competências se efectua em cinco estádios (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito), durante os quais, o enfermeiro desenvolve um pensamento intuitivo-reflexivo na sua prática clínica (Benner, 2001).

Em relação à metodologia utilizada na realização deste relatório, pretendeu-se que fosse fundamentalmente descritiva e analítica, servindo de base o estudo de investigação realizado e a bibliografia consultada.

Em anexo, serão apresentados alguns documentos que sustentaram a minha prática.

CAPÍTULO I

ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

**“Rastreo de Suspeita de Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa
que recorre a um Serviço de Urgência”**

RESUMO

Objectivos: Identificar as principais características dos idosos vítimas de abuso e mau-trato que recorreram ao serviço de urgência; Identificar a frequência de ocorrência dos quatro tipos de abuso e mau-trato ao utente idoso; Analisar a influência da dependência na realização das actividades instrumentais de vida diária na ocorrência de abuso e mau-trato ao utente idoso.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal. Os participantes foram 90 idosos admitidos por doença aguda num serviço de urgência, numa amostra de conveniência sem défice cognitivo com recurso a uma entrevista estruturada. O mau-trato foi avaliado com perguntas de elicitación do abuso ou negligência a adultos idosos (QEEA), depressão e funcionalidade com a escala reduzida de depressão geriátrica (GDS-15) e de actividades instrumentais de vida diária (IADL). Para o estado cognitivo utilizou-se o teste de avaliação breve do estado mental (MMSE). Foi utilizada a regressão linear.

Resultados: A população foi maioritariamente do sexo feminino (65,6%), com idade média de 74 anos, casada (50,0%), 4,8 anos de escolaridade em média, residente em casa própria com o cônjuge (50,0%), recebe e efectua visitas a amigos e familiares (74,4%) e com “bom” estado de saúde (47,8%). Verificou-se prevalência do mau-trato psicológico (73,3%), seguido da negligência (53,3%), financeiro (48,9%) e físico (22,2%). A (in)capacidade para lidar com finanças foi forte preditora do mau-trato psicológico ($\beta=0,522$; $t(89)=5,734$; $p=0,000$) e da classificação total ($\beta=0,374$; $t(89)=3,780$; $p=0,000$). A (in)capacidade para tratamento da roupa ($\beta=0,318$; $t(88)=2,997$; $p=0,004$) e cozinhar ($\beta=-0,321$; $t(51)=-3,947$; $p=0,000$) foram preditoras do abuso financeiro e a (in)capacidade para usar o telefone da negligência ($\beta=0,344$; $t(89)=3,435$; $p=0,001$).

Conclusão: Evidencia-se a importância da avaliação sistemática do mau-trato ao idoso num serviço de urgência, da necessidade de uma abordagem multidisciplinar e do reconhecimento do problema no desenvolvimento de intervenções específicas ao utente idoso vítima de mau-trato.

Palavras-Chave: Mau-Trato; Idoso; Funcionalidade Instrumental; Serviço de Urgência.

1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1. Envelhecimento

Um dos fenómenos que se tem vindo a verificar na sociedade actual, desde meados do século XX, é o denominado processo de envelhecimento da sociedade a nível mundial (PNSPI, 2004; OMS, 2005).

A evidência dos dados estatísticos internacionais demonstram epidemiologicamente o envelhecimento global da população, através de dados de projecção que afirmam que em 2025, o número de pessoas com mais de 60 anos será de aproximadamente 1,2 biliões, número esse que ascenderá a dois biliões no ano de 2050, dos quais 80% em países em desenvolvimento (OMS, 2005).

O envelhecimento na Europa acompanha o crescimento mundial. O Eurostat estimou que em 1990 13,7% da população da UE27 apresentava idade igual ou superior a 65 anos tendo aumentado para 17,4% em 2010 (Eurostat, 2010). A população idosa em Portugal era de 13,2% em 1990 e 17,9% em 2010 (Eurostat, 2010). O Instituto Nacional de Estatística estimou que em 2007 existiam 26 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa, ascendendo este número a 34 em 2025 e a 58 em 2050 (INE, 2008 e 2010).

O **envelhecimento** caracteriza-se como sendo um

“processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte” (Netto e Borgonovi, 2002) .

O **Idoso** é definido cronologicamente como uma pessoa com mais de 65 anos de idade nos países desenvolvidos e com mais de 60 anos em países em desenvolvimento (WHO, 1995). No entanto existem várias sub-classificações de acordo com a idade: “idoso jovem” (65-74 anos), “idoso médio” (75-84 anos) e “idoso idoso” (acima dos 85 anos) (Imaginário, 2004).

Apesar destas definições, os indivíduos não envelhecem todos de forma igual, pelo que devem ser observadas as alterações físicas, funcionais, mentais e de saúde individual, pois perante a mesma idade biológica, podem verificar-se diferentes idades cronológicas (Paschoal, 2002).

Existem vários mecanismos e teorias que explicam o fenómeno do envelhecimento, baseando-se essencialmente em alterações metabólicas, alterações dos sistemas orgânicos e alterações celulares e macromoleculares (Netto e Borgonovi, 2002; Paúl e Fonseca, 2004).

A fisiologia do envelhecimento é explicada através da classificação das alterações em 5 categorias: **celulares** (nucleares, citoplasmáticas e da membrana celular), **tecidulares** (sistema colagénico e sistema elástico), **orgânicas** (composição corporal, estatura, peso e alterações morfológicas), **funcionais**

(cardíaca, pulmonar, renal, hepática) e **mecanismos de homeostase** (sistema nervoso, sistema endócrino e imunológico) (Filho, 2002).

Na antiguidade, o idoso assumia um papel de elevado destaque e mérito na sociedade, sendo respeitado e venerado, ao contrário do que se verifica actualmente, sendo este um motivo de preocupação da sociedade actual (Gonçalves, 2006). O profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro especialista, deve ter presente que “cada pessoa é única e traz consigo sua herança genética, psicológica, social e existencial.” (Zimerman, 2000).

Perante a evidência epidemiológica do envelhecimento e de todos os aspectos envolventes, verifica-se uma crescente preocupação no desenvolvimento de medidas políticas em torno das pessoas idosas, com vista a proteger os seus direitos e deveres para com a sociedade actual. Vários programas têm vindo a ser desenvolvidos mundialmente. Portugal tem acompanhado essa preocupação, e como exemplo disso, surge o Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), do Ministério da Saúde.

Um dos aspectos defendidos no referido PNSPI é o envelhecimento activo, definido como “o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005), devendo basear-se “no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas.” (OMS, 2005).

A ideia de dependência de outrem, suscitada pelo fenómeno de envelhecimento, leva a que a família seja percepcionada como a maior força de suporte ao indivíduo idoso (Garcia, 1994). Como refere Osório (2007), “a vida, como empreendimento pessoal e biográfico, culmina na velhice”, fase em que o indivíduo é mais propício a actos de violência e maus-tratos, na maioria das vezes, associada à vulnerabilidade e dependência junto da sua família e da sociedade em que se inserem.

1.2. Violência a Maus-Tratos à Pessoa Idosa

O início do estudo da problemática da violência e maus-tratos à pessoa idosa reporta-se ao final dos anos 70, princípio dos anos 80 (Fulmer *et. al.*, 2004; Collins, 2006; Mercurio e Nyborn, 2007; Stiegel, 2007; Podnieks *et. al.*, 2010), sabendo-se, no entanto, que sempre existiu ao longo de toda a história da humanidade (Magalhães, 2010).

A definição de **mau-trato** surge em 1993 pela organização Action on Elder Abuse (AEA, 2006), tendo posteriormente sido adoptada pela World Health Organization (WHO) e defendida pelo International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA). Este constitui “um acto único, ou repetido, ou a falta

de medidas adequadas, ocorrendo dentro de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança que causa dano ou sofrimento de uma pessoa mais velha” (AEA, 2006), devendo a sua avaliação contemplar os três níveis de prevenção, subjacente a uma abordagem multidisciplinar (Aravanis et. al., 1993; WHO, 2002; Miller, 2004; OMS, 2005; Paulos, 2006 e 2007; WHO, 2008; Costa et. al., 2009; Lowenstein, 2009; Phelan, 2010; Donatelli, 2011).

A **violência** foi definida pela World Health Organization (WHO) em 1996 como uso intencional de força física ou poder, sob ameaça ou real, contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que provoque ou tenha alta probabilidade de provocar lesão, morte, dano psicológico, malformação ou privação (WHO, 2002).

A fenomenologia da violência e maus-tratos à pessoa idosa assenta em pressupostos conceptuais:

- **Modelo de Stress Situacional** – Este modelo justifica que a ocorrência de maus-tratos surge como fenómeno situacional, resultante da presença de stress no cuidador, o qual é atribuível à incapacidade física ou mental da pessoa idosa, bem como por condições socioeconómicas desfavoráveis e por baixas competências de coping do cuidador (Aravanis et. al., 1993; Fulmer et. al., 2004, Donatelli, 2011).

- **Teoria da Troca Social** – Este modelo assenta no pressuposto de que cada relação é caracterizada pela expectativa de aquisição de benefícios ou recompensas, sendo que comporta igualmente responsabilidades. Uma vez que, numa relação, cada elemento procura retirar o maior número de recompensas e o menor número de prejuízos, quando se contempla a conotação negativa associada ao envelhecimento, nomeadamente o baixo estatuto social, depreende-se um desequilíbrio nas trocas sociais entre o utente idoso e o seu cuidador. Esta diferença de poder, conduz à alteração da reciprocidade, conduzindo o cuidador a experimentar sentimentos de maior poder e simultaneamente de menor recompensa na relação, constituindo um factor de risco que pode suscitar desde o abuso financeiro aos maus-tratos físicos e psicológicos (Aravanis et. al., 1993; Fulmer et. al., 2004; Donatelli, 2011).

- **Modelo da Violência Transgeracional** – Segundo este modelo, o abuso provém de um ciclo de violência familiar, no qual as crianças com passado de abuso ou mau-trato, tendem a tornar-se abusadores, ou seja, o abuso e mau-trato derivam de um processo de aprendizagem ao longo do desenvolvimento, promovidos pela observação e/ou experiência de abuso ou maus-tratos, sendo perpetuados de geração em geração (Aravanis et. al., 1993; Fulmer et. al., 2004; Donatelli, 2011).

- **Modelo da Psicopatologia do Perpetrador** – A conceptualidade deste modelo pressupõe que o risco de abuso está relacionado com as características do abusador, com especial destaque para aspectos relacionados com a sua saúde mental (Aravanis et. al., 1993; Fulmer et. al., 2004, Donatelli, 2011).

A classificação defendida pelo Comité Nacional de Abuso de Idosos nos Estados Unidos (NCEA, 1998) define sete tipos de abuso:

- **Abuso físico** – Uso de força física que pode resultar em ferimentos corporais, dor física ou em incapacidade. As punições físicas constituem um exemplo deste abuso, bem como a sub-medicação;
- **Abuso sexual** – Caracteriza-se pelo contacto sexual, não consentido, de qualquer tipo de pessoa com a pessoa idosa;
- **Abuso psicológico ou emocional** – Descreve a inflicção de angústia, dor ou aflição, com recurso a meios verbais ou não verbais. São exemplos deste tipo de abuso, a humilhação, infantilização ou ameaças de qualquer tipo;
- **Exploração material ou financeira** – Constitui o uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens da pessoa idosa;
- **Abandono** – Este tipo de abuso é referente à fuga de responsabilidade e ausência física por parte do cuidador, relativamente à pessoa idosa, sob a qual detinha a sua custódia física ou tinha assumido a responsabilidade no fornecimento de cuidados.
- **Negligência** – Caracteriza-se pela falha em proporcionar o cuidado físico ou mental essencial à pessoa idosa.
- **Auto-negligência** – Referente a comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. Esta definição exclui situações nas quais a pessoa idosa, mentalmente capaz, toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em actos que ameaçam a sua saúde ou segurança.

Os dados epidemiológicos dos Estados Unidos, com base no relatório do Congresso de 1991, evidenciam que cerca de 1,5 a 2 milhões de pessoas com idades superiores a 60 anos tenham sido abusadas anualmente (Aravanis *et. al.*, 1993). A mesma fonte acrescenta que, segundo um estudo transversal comunitário, 32 em cada 1000 idosos com idades superiores a 60 anos, experimentou, pelo menos uma vez, algum tipo de mau-trato. No entanto, a estimativa de casos reportados às agências públicas, foi de 1 em cada 14 casos identificados (Aravanis *et. al.*, 1993).

Mais recentemente, um estudo realizado em 15 estados dos Estados Unidos, em 1996, estimou a existência de cerca de 449 mil pessoas idosas com idades superiores a 60 anos vítimas de abuso e negligência (Zhang *et. al.*, 2011).

Em relação à sociedade Portuguesa, em 2007 verificaram-se 656 casos notificados e em 2008 ocorreu um aumento de 20,7%, ou seja, 972 casos (APAV, 2010). No ano de 2010, verificou-se um total de 649

casos de violência e maus-tratos à pessoa idosa assinalados pela APAV (8,4%) do total de 7711 crimes (APAV, 2011). Este relatório apontou que, em 70% dos casos, o autor do crime é do sexo masculino (maioritariamente acima dos 65 anos), e com maior frequência dos cônjuges/companheiros e filhos (APAV, 2010). No que concerne à prevalência, evidencia-se maior número dos maus-tratos psíquicos, seguidos dos físicos, de coação, apresentando-se os de cariz sexual como os menos frequentes (APAV, 2011).

O estudo de incidência nacional de abuso ao idoso (NCEA, 1998), refere que a nível mundial, houve prevalência de negligência, seguida do abuso psicológico/emocional, abuso financeiro/material e por último o físico.

A dificuldade na identificação e avaliação de idosos vítimas de violência e maus-tratos prende-se com a sub-referenciação, pelo receio da vítima na ocorrência de represálias pelo cuidador (Ferreira-Alves, 2004), e pela inexistência de um instrumento universalmente aceite para a sua classificação (Aravanis *et. al.*, 1993; Bass *et. al.*, 2001; Erlingsson, Carlson e Saveman, 2005; Yaffe, Wolfson e Lithwick, 2009; Lowenstein, 2009), pelo que os números apresentados, provavelmente, não descrevem com rigor a dimensão do problema. A Teoria do Iceberg traduz com clareza o problema da sub-referenciação e da identificação do mau-trato nos idosos, representando a zona emersa o número de casos notificados e a zona submersa os casos não notificados (NCEA, 1998).

Tendo por base a literatura existente, são vários os autores (Wieland, 2000; Ferreira-Alves, 2004; Fulmer *et. al.*, 2004; Lachs e Pillemer, 2004; NCEA, 1998 e 2005; Neno R. e Neno M., 2005; WHO, 2008; Costa *et. al.*, 2009; Verté e Donder, 2009; Borralho, Lima e Ferreira-Alves, 2010; Donatelli, 2011) que defendem a existência de **factores de risco** que contribuem para que uma pessoa idosa seja vítima de maus-tratos:

- a) Idade;
- b) Comorbilidades;
- c) Limitação funcional;
- d) Deterioração cognitiva (como a demência);
- e) Alterações psicológicas e comportamentais;
- f) Dependência física e emocional do idoso em relação ao cuidador;
- g) Recursos económicos diminutos;
- h) Baixo nível educacional;
- i) Isolamento social;
- j) Antecedentes pessoais ou familiares de maus-tratos.

Tendo em conta os factores de risco anteriormente identificados, torna-se pertinente observar em que medida interferem com o fenómeno da violência e mau-trato, nomeadamente a sua potenciação. Assim, vários autores (NCEA, 2005; AEA, 2006; Collins, 2006; Mercurio e Nyborn, 2007) defendem que são considerados como **potenciais agentes** de violência e maus-tratos, todos aqueles que apresentem uma relação de proximidade com a pessoa idosa, com principal destaque para:

- a) o cônjuge;
- b) filhos ou parentes;
- c) amigos ou vizinhos;
- d) trabalhadores remunerados ou voluntários;
- e) profissionais da saúde;
- f) assistentes sociais;
- g) outros cuidadores dos idosos.

O cônjuge e os filhos do sexo masculino entre os 35 e 45 anos, com factores de risco associados, como doença mental, stress, abuso de álcool e drogas, dependência emocional e financeira do idoso (pobreza) e história de abuso dentro ou fora da família, são as principais características do **perfil do agressor** (Mouton *et. al.*, 2001; Collins, 2006).

O **perfil da vítima** também se encontra identificado na literatura nacional e internacional (Mouton *et. al.*, 2001; McGarry e Simpson, 2009; APAV, 2011; Donatelli, 2011) pelas seguintes características:

- a) Sexo feminino;
- a) 65 a 75 anos;
- b) Reformada;
- c) Residente em meio urbano;
- d) Dependente.

Tratando-se de um problema público e com grande destaque nas actuais medidas sociais e políticas, a literatura defende que a sua abordagem deve ser realizada por uma equipa multidisciplinar (Donatelli, 2011). O papel do profissional de saúde é de extrema importância na identificação, notificação e monitorização da violência e maus-tratos, uma vez que são os serviços de saúde, nomeadamente os serviços de urgência, que recebem utentes idosos numa primeira linha de abordagem, pelo que a consciencialização e a formação dos referidos profissionais, se torna imprescindível (Aravanis *et. al.*, 1993; Wieland, 2000; Miller, 2004; WHO, 2008; McGarry e Simpson, 2009; Phelan, 2010).

Para além dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes sociais), a equipa multidisciplinar deve ser constituída por autoridades de saúde, agentes policiais e agências de protecção à vítima (Gonçalves, 2006).

Só recentemente, com a publicação da lei n.º 112/2009, no Diário da República n.º 180, 1ª Série, de 16 de Setembro de 2009, a problemática da violência e maus-tratos à pessoa idosa é contemplada, surgindo esta como “vítima especialmente vulnerável”, definindo-a como:

“a vítima cuja especial fragilidade resulte, nomeadamente, da sua diminuta ou **avançada idade**, do seu estado de saúde ou do facto de o tipo, o grau e a duração da vitimização haver resultado em lesões com consequências graves no seu equilíbrio psicológico ou nas condições da sua integração social.”

(lei n.º 112/2009, no DR n.º 180, 1ª Série, de 16 de Setembro de 2009)

A intervenção perante situações de violência e maus-tratos à pessoa idosa obedece a uma sequência de três fases (Gonçalves, 2006):

- **Identificação** – Esta deve ser efectuada através do reconhecimento e identificação dos vários sinais e sintomas de alerta de violência e maus-tratos, não se devendo, no entanto, cingir aos profissionais de saúde, mas sim a toda a comunidade em geral.
- **Avaliação** – Deverá ser coordenada por uma equipa multidisciplinar (profissionais de saúde, assistentes sociais, agentes de autoridade e agências de protecção à vítima), de forma a aceder ao utente idoso e ao prestador de cuidados, numa tentativa de confirmar, ou não, a suspeita de abuso e respectiva etiologia.
- **Ação** – Consiste na intervenção coordenada e organizada dos cuidados a prestar ao utente idoso, preferencialmente, permitindo a permanência da vítima no seu ambiente habitacional. Torna-se desta forma imprescindível evitar o isolamento social da pessoa idosa, com especial enfoque nos cuidados domiciliários, centros de dia e intervenção de profissionais de acção social.

A actuação da equipa multidisciplinar deve actuar em pressupostos preventivos, sendo de destacar três tipos de prevenção: **primária** (consiste na consciencialização da sociedade em geral de modo a eliminar os factores de risco, desenvolvimento de factores de protecção e sensibilização e formação dos profissionais de saúde); **secundária** (com especial ênfase na detecção de situações de risco dirigida a pessoas ou grupos em posição de fragilidade) e **terciária** (este tipo de prevenção preconiza a redução das consequências do mau-trato, minorando as sequelas e proporcionando qualidade de vida ao idoso, através de tratamento e reabilitação da pessoa idosa e do agressor) (Paulos, 2007).

Numa abordagem multidisciplinar, e enquanto profissional de saúde, o enfermeiro detém um papel activo e encontra-se numa posição privilegiada no que concerne à identificação e notificação dos vários tipos de maus-tratos (Brown, Streubert e Burgess, 2004; Fulmer *et. al.*, 2004; Miller, 2004; Neno R. e Neno M., 2005; Costa *et. al.*, 2009).

Constituindo-se os maus-tratos à pessoa idosa um problema complexo e desafiador, o enfermeiro, nomeadamente do serviço de urgência, deve ser dotado de grande capacidade de suspeita e estar desperto para indícios físicos e comportamentais nos utentes, pois muitas vezes as lesões não estão associadas à queixa principal, podendo suscitar a suspeita de violência e maus-tratos, sendo para isso necessária uma compilação dos problemas que envolvem o utente idoso, cuidadores e meio ambiente envolvente, numa abordagem metaparadigmática de Enfermagem (Moore, 2001; Miller, 2004).

Vocacionado para a prática de cuidados específicos e diferenciados, o serviço de urgência, a par dos constantes avanços tecnológicos, tem permitido aumentar a sobrevida, utilizando para isso todos os recursos disponíveis. Pode assim caracterizar-se como um ambiente hostil, desconhecido, e “complicado” ao olhar do idoso, em que existe uma exposição contínua a estímulos dolorosos, luminosos, procedimentos invasivos, ruído, entre outros, dificultando uma observação integral do utente idoso e sua família.

Pela complexidade e dimensão da problemática, é imprescindível a aquisição e desenvolvimento de competências alicerçadas em construtos práticos e científicos, sendo imprescindível o desenvolvimento de um pensamento intuitivo-reflexivo. A evidência da tomada de decisões dos enfermeiros na prática, não se baseia na melhor evidência prática, mas sim no julgamento intuitivo individual, apropriando as suas acções ao desafio clínico (Lamond e Thompson, 2000).

A teoria Humanista retratada pela teórica de Enfermagem Patricia Benner, parece adequada à problemática da violência e maus-tratos à pessoa idosa no serviço de urgência, uma vez que uma das dificuldades na sua avaliação assenta na identificação e no auto-relato dos sinais e sintomas, que com a aquisição e desenvolvimento de competências, experiência e pensamento intuitivo-reflexivo por parte do enfermeiro, podem facilitar todo este processo (Benner, 2001; Ferreira-Alves, 2004). O seu modelo teórico, baseado no Modelo de Dreyfus de desenvolvimento de competências, identifica cinco níveis: **iniciado**, **iniciado avançado**, **competente**, **proficiente** e **perito** (Benner, 2001).

Em Portugal constata-se a existência de escassa investigação em torno do tema da violência e maus-tratos à pessoa idosa, sendo de salientar a existência de estudos comunitários e institucionais, como os de Ferreira-Alves *et. al.*, 2006 e 2009; Paloteia, 2008; Borralho *et. al.*, 2009; Chaves *et. al.*, 2009; Fernandes e Dionísio, 2009; Vergueiro, 2009 e Vilarinho, 2010.

Tendo em conta a problemática dos maus-tratos à pessoa idosa, propõem-se como objectivos:

- Identificar as principais características dos utentes idosos vítimas de abuso e mau-trato que recorreram ao serviço de urgência;
- Analisar a influência da dependência na realização de actividades instrumentais de vida diária na ocorrência de abuso e mau-trato ao utente idoso.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Participantes

A amostra é constituída por 90 utentes idosos, de ambos os sexos, com idade superior ou igual a 65 anos, sem défice cognitivo, admitidos no serviço de urgência com doença aguda, recrutados consecutivamente da triagem do Serviço de Urgência Central do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, Hospital de Santa Maria.

2.2. Procedimentos

Foi realizada uma entrevista estruturada com aplicação de um instrumento de colheita de dados construído para o estudo, após explicação de todos os procedimentos e obtenção de consentimento informado (Apêndice I). Esta foi conduzida pelo único investigador. O estudo foi submetido a aprovação do Enfermeiro Chefe e da Directora Clínica do Serviço de Urgência Central (Anexos I e II) e obteve aprovação da Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria (Anexo III) e do Conselho de Administração e Direcção Clínica da referida instituição (Anexo IV).

2.3. Medidas da Pessoa Idosa

- **Caracterização socio-demográfica:**

Foi obtida no decurso da entrevista e contempla: motivo de admissão na triagem (triagem de Manchester), idade, sexo, estado civil, escolaridade, tipo de habitação, co-habitação, visita alguém ou recebe visitas, frequência de centros de dia ou associações, hobbies ou passatempos, meios de subsistência e percepção do estado de saúde actual.

- **Função Cognitiva:**

Com a finalidade de excluir os idosos com défice cognitivo foi utilizado o MMSE (Folstein *et. al.*, 1975; Guerreiro *et. al.*, 2008).

O MMSE é o teste padronizado mais amplamente utilizado em toda a prática clínica, com o objectivo de avaliar a função cognitiva. É composto por 30 questões enquadradas em 6 domínios: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e a habilidade construtiva. Cada resposta correcta

pontua um ponto e cada resposta incorrecta, não pontua. A classificação total corresponde à soma dos pontos.

Considera-se presença de défice cognitivo, pontuação ≤ 15 em indivíduos analfabetos, pontuação ≤ 22 em indivíduos com escolaridade entre 1 e 11 anos e, pontuação ≤ 27 em indivíduos com mais de 12 anos de escolaridade.

▪ **Funcionalidade na realização de Actividades Instrumentais de Vida Diária**

Com a finalidade de avaliar a dependência na realização de actividades instrumentais de vida diária foi utilizada a IADL (Lawton & Brody, 1969; Madureira e Verdelho, 2008).

A IADL é constituída por oito dimensões de funcionalidade (capacidade para usar o telefone, compras, cozinhar, lida da casa, tratamento da roupa, deslocações, responsabilidade pelos seus próprios medicamentos e capacidade para tratar das finanças), pontuando de 1 a 9, sendo que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência.

▪ **Depressão**

A escala de depressão geriátrica – GDS-15 – (Yesavage *et. al.*, 1983; Barreto *et. al.*, 2008) foi utilizada para avaliar a sintomatologia depressiva nos participantes. É constituída por 15 questões com pontuação dicotómica (0 – não / 1 – sim), resultando o valor total, da soma da pontuação obtida em cada questão, com especial atenção às questões que se encontram com pontuação invertida. O ponto de corte para a população Portuguesa é de 5, sendo que a presença ou ausência de sintomatologia depressiva é observada consoante a pontuação total é superior ou inferior a 5, respectivamente.

▪ **Abuso e Mau-Trato à Pessoa Idosa:**

O instrumento “Perguntas de Elicitação do Abuso ou Negligência a Adultos Idosos” (QEEA) (Carney, Kahan & Paris, 2003; Ferreira-Alves e Sousa, 2005; Ferreira-Alves e Santos, 2010) foi utilizado para realizar o rastreio de violência e maus-tratos e é constituído por um conjunto de 15 questões que permitem identificar indicadores prováveis de abuso.

As 15 questões encontram-se distribuídas por 4 domínios, determinando a presença de abuso físico, psicológico/emocional, negligência e financeiro/material.

O primeiro domínio – *físico* – é constituído por quatro questões (1 a 4); o segundo domínio – *psicológico/emocional* – é constituído por cinco questões (5 a 9); o terceiro domínio – *negligência* – é

constituído por quatro questões (10 a 13) e o quarto domínio – *financeiro/material* – é constituído por duas questões (14 e 15).

Todas as questões são de resposta dicotómica pontuando positivamente um ponto em cada resposta afirmativa (1 – Sim; 0 – Não).

Existem particularidades de pontuação em três questões: questão 9, 12 e 13. A questão 9, inserida no domínio do mau-trato por negligência, encontra-se organizada de uma forma diferente. Aqui o utente é questionado sobre o que acontece quando as pessoas com quem vive não concordam com ele em alguma coisa, sendo apresentadas 7 opções de resposta que pontuam de acordo com a resposta apresentada. Contudo, a sua pontuação máxima é de um ponto. Segundo Ferreira-Alves, esta questão permite medir a gravidade do mau-trato. As questões 12 e 13, do domínio psicológico/emocional, apresentam uma classificação invertida, ou seja, resposta positiva, não pontua e resposta negativa pontua um ponto.

A pontuação total é obtida com a soma das respostas positivas às questões, permitindo observar a sua variação em cada domínio de mau-trato.

2.4. Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada com recurso ao software de estatística: Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 18.0).

Para caracterizar a amostra, foi realizada a análise estatística descritiva com as variáveis sócio-demográficas (motivo de admissão na triagem, idade, sexo, estado civil, escolaridade, tipo de habitação, co-habitação, visita alguém ou recebe visitas, frequência de centros de dia ou associações, hobbies ou passatempos, meios de subsistência e percepção do estado de saúde actual).

A regressão linear foi utilizada para analisar a influência das oito dimensões da escala de funcionalidade de actividades instrumentais de vida diária nos quatro tipos de mau-trato.

3. RESULTADOS

3.1. Características dos Participantes

As principais características dos participantes encontram-se sumariadas na tabela 1. Destaca-se a prevalência do sexo feminino (n=59; 65,6%), com uma idade média de 74,34±6,40 anos, residente em casa própria com o cônjuge (n=45; 50,0%) e que classifica o estado de saúde como “bom” (n=43; 47,8%). O nível de instrução foi baixo, com uma média de 4,92±4,86 anos.

Tabela 1 – Caracterização da População

	Sexo Masculino (n=31)		Sexo Feminino (n=59)	
	n	%	n	%
Estado Civil				
Solteiro	0	0,0	1	1,1
Casado	17	18,9	28	31,1
Viúvo	14	15,6	30	33,3
Casa própria	21	23,3	46	51,1
Reside com cônjuge	17	18,9	28	31,1
Reside com o filho/cônjuge	16	17,8	17	18,9
Reside Só	1	1,1	16	17,8
Institucionalização	3	3,3	2	2,2
Visita ou recebe visitas	22	24,4	45	50,0
Centros de dia ou associações	2	2,2	7	7,8
Hobbies ou passatempos	13	14,4	26	28,9
Meios de Subsistência – Pensão/reforma	31	34,4	59	65,6
Percepção do estado de saúde actual				
Razoável	11	12,2	29	32,2
Bom	17	18,9	26	28,9
Muito Bom	3	3,3	4	4,4
	$\bar{x} \pm \sigma$			
Idade	74,42±6,09		74,31±6,61	
Escolaridade	5,16±5,08		4,80±4,78	
Depressão	3,10±4,08		3,56±3,23	

Relativamente à sintomatologia depressiva (GDS-15) verificou-se que 69 participantes (76,7%) apresentavam ausência de sintomatologia depressiva, enquanto que os restantes 21 (23,3%) apresentavam pontuação positiva para presença de sintomatologia depressiva. A média total é de 3,40±3,53, sendo superior nos participantes do sexo feminino (3,56±3,23).

Relativamente à escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (IADL) (Tabela 2), verificou-se um maior número de participantes com dependência na realização de actividades como tratamento da roupa (n=37; 41,1%), lida da casa (n=33; 36,7%) e capacidade para lidar com finanças (n=30; 33,3%). A pontuação média para a escala IADL na amostra foi de $12,00 \pm 5,29$.

Tabela 2 – Caracterização dos participantes relativamente à dependência nas Actividades Instrumentais de Vida Diária (IADL)

		Frequência (n=90)	Percentagem (%)	$\bar{x} \pm \sigma$
Capacidade para usar o telefone	1 - Usa e marca	78	86,7	1,19±0,52
	2 - Alguns números	7	7,8	
	3 - Só atende	5	5,6	
Compras	1 - Independente	70	77,8	1,33±0,70
	2 - Pequenas compras	12	13,3	
	3 - Apoiado	6	6,7	
	4 - Incapaz	2	2,2	
Cozinhar	1 - Independente	77	85,6	1,36±0,90
	2 - Prepara se fornecidos ingredientes	8	8,9	
	3 - Aquece e serve	4	4,4	
	4 - Necessita que preparem e sirvam	1	1,1	
Lida da casa	1 - Cuida sozinho	57	63,3	2,16±1,72
	2 - Trabalhos leves	8	8,9	
	3 - Limpeza ineficaz	1	1,1	
	4 - Necessita ajuda em todas as actividades	2	2,2	
	5 - Não participa	22	24,4	
Tratamento da roupa	1 - Cuidado completo	53	58,9	1,77±0,95
	2 - Pequenas peças	5	5,6	
	3 - Realizado por outros	32	35,6	
Deslocações	1 - Independente	62	68,9	1,70±1,17
	2 - Só de táxi	5	5,6	
	3 - Transportes públicos acompanhado	15	16,7	
	4 - Táxi ou automóvel com ajuda	4	4,4	
	5 - Não viaja de todo	4	4,4	
Responsabilidade pelos seus próprios medicamentos	1 - Responsabilidade total	81	90,0	1,14±0,46
	2 - Se separada previamente	5	5,6	
	3 - Incapaz	4	4,4	
Capacidade para tratar das finanças	1 - Independente	60	66,7	1,36±0,53
	2 - Apenas no dia-a-dia	28	31,1	
	3 - Incapaz	2	2,2	
IADL – Total				12,00±5,29

Quando observados os dados relativos ao mau-trato (Tabela 3), obtidos pela aplicação do instrumento “Perguntas de Elicitação do Abuso ou Negligência a Adultos Idosos” (QEEA), verificou-se que 20 participantes (22,2%) foram vítimas de mau-trato físico, 66 (73,3%) de mau-trato psicológico/emocional, 48 (53,3%) de negligência e 44 (48,9%) de mau trato financeiro/material. Na dimensão do abuso físico, 17 (18,9%) participantes responderam ter sido agarrados, batidos ou pontapeados por alguém no último ano. No abuso psicológico/emocional, 57 (63,3%) participantes responderam ter sido ameaçados de castigo, privação e institucionalização. Relativamente à negligência, 39 (43,4%) participantes afirmaram terem sido deixados sozinhos por longos períodos e na dimensão do abuso financeiro/material, 36 (40,0%) participantes referiram furto de dinheiro ou bens no último ano.

Tabela 3 – Caracterização dos participantes relativamente ao Mau-Trato

		Sim		Não		$\bar{x} \pm \sigma$
		n	%	n	%	
Abuso Físico	1 – Medo de alguém em casa	4	4,4	86	95,6	0,30 ± 0,66
	2 – Agarrado, batido ou pontapeado	17	18,9	73	81,1	
	3 – Amarrado ou fechado num quarto	5	5,6	85	94,4	
	4 – Toque não consentido	1	1,1	89	98,9	
Abuso Psicológico/ Emocional	5 – Actualmente sente-se sozinho	41	45,6	49	54,4	2,01 ± 1,58
	6 – Ameaçado ou privado de algo	57	63,3	33	36,7	
	7 - Ignorado	45	50,0	45	50,0	
	8 - Forçado a comer	2	2,2	88	97,8	
Negligência	9 – Co-habitação gera conflito	36	40,0	54	60,0	0,58 ± 0,58
	10 – Falta de óculos ou próteses	13	14,4	77	85,6	
	11 – Deixado sozinho por longos períodos	39	43,4	51	56,7	
Abuso Financeiro/ Material	12 – Auxílio de emergência	90	100,0	0,0	0,0	0,67 ± 0,76
	13 - Auxílio nas tarefas quotidianas	90	100,0	0,0	0,0	
Abuso Financeiro/ Material	14 – Presta apoio de residência ou financeiro	24	26,7	66	73,3	0,67 ± 0,76
	15 – Furto de dinheiro ou bens	36	40,0	54	60,0	
Total						3,56 ± 2,41

3.2. A Influência da Dependência na realização das Actividades Instrumentais de Vida Diária e o Mau-Trato

Na tabela 4, pode observar-se a relação existente entre as oito dimensões da escala de funcionalidade nas actividades instrumentais de vida diária e as quatro dimensões do mau-trato. Os dados evidenciam que a (in)capacidade para tratar finanças foi a única preditora do abuso psicológico/emocional

($\beta=0,522$; $t(89)=5,734$; $p=0,000$) e do mau-trato no geral ($\beta=0,374$; $t(89)=3,780$; $p=0,000$), assim como a (in)capacidade para utilizar o telefone foi preditiva da negligência ($\beta=0,344$; $t(89)=3,435$; $p=0,001$) e a (in)capacidade para tratamento de roupa ($\beta=0,318$; $t(88)=2,997$; $p=0,004$) e de cozinhar ($\beta=-0,321$; $t(51)=-3,947$; $p=0,000$) do abuso financeiro/material.

Tabela 4 – Relação entre Funcionalidade Instrumental e Mau-Trato

	Passos	VI	R ²	R ² Ajustado	β	<i>t</i>
Psicológico	1	Capacidade para tratar das finanças	0,272	0,264	0,522	5,734 ***
Negligência	1	Capacidade para usar telefone	0,118	0,108	0,344	3,435**
	1	Capacidade de usar telefone	0,056	0,045	-0,169	-1,539
Financeiro	2	Tratamento de roupa	0,112	0,091	0,318	2,997**
	3	Cozinhar	0,160	0,131	-0,258	-2,221*
Mau-Trato Total	1	Capacidade de tratar das finanças	0,140	0,130	0,374	3,780 ***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo analisou as principais características dos utentes idosos que recorrem ao serviço de urgência central do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria, assim como a influência da dependência na realização de actividades instrumentais de vida diária na ocorrência de violência e mau-trato.

Quando observadas as características da população estudada constatou-se uma prevalência do sexo feminino (65,6%), com idade média de $74,34 \pm 6,40$ anos, casada (50,0%), com $4,92 \pm 4,86$ anos de escolaridade em média, a residir em casa própria com o cônjuge (50,0%), efectuando e recebendo visitas de amigos e familiares (74,4%). A evidência dos dados coaduna-se com o denominado perfil da vítima defendido pela literatura nacional e internacional (Mouton *et. al.*, 2001; Verté e Donder, 2009; Borralho, Lima e Ferreira-Alves, 2010; Amstadter *et. al.*, 2011; APAV, 2011).

Na amostra, 50,0% dos participantes referem residir em casa própria com o cônjuge e/ou com os filhos, sendo estes identificados como os principais perpetradores de mau-trato no idoso (Ferreira-Alves e Santos, 2009; Verté e Donder, 2009; Amstadter *et. al.*, 2011; APAV, 2011).

Sendo o mau-trato um problema sub-referenciado pelo medo de represálias por parte do agente agressor, o papel que o enfermeiro desempenha num serviço de urgência é primordial na identificação, notificação e monitorização do mau-trato ao idoso, sendo por este interpretado como um problema complexo e desafiador (Dyer e Rowe, 1999; Miller, 2004). Os dados obtidos revelam que do total da população estudada ($n=90$), 96,7% ($n=87$) relatou pelo menos um indicador de mau-trato, no entanto apenas 2,2% ($n=2$) assumiu no momento da triagem ser vítima de mau-trato, sendo admitido pelo fluxograma de triagem – Agressão, demonstrando a Teoria do Iceberg (NCEA, 1998).

Na literatura, a depressão foi amplamente estudada e encontra-se associada ao mau-trato, constituindo-se como um dos principais factores de risco, assim como a dependência funcional dos utentes idosos (Wieland, 2000; Lachs e Pillmer, 2004; WHO, 2008; NCEA, 2005; Neno R. e Neno M., 2005; Costa *et. al.*, 2009; Verté e Donder, 2009; Borralho, Lima e Ferreira-Alves, 2010; APAV, 2011). Os dados obtidos na amostra fazem referência a 23,3% ($n=21$) de utentes com evidência de sintomatologia depressiva ($3,40 \pm 3,53$), indo de encontro à média nacional de cerca de 20,0% (Costa, 2005). Num estudo Brasileiro efectuado por Hoffmann *et. al.* (2010) verifica-se que do total de 258 utentes idosos estudados a prevalência de sintomatologia depressiva (20,9%) é em tudo semelhante à do estudo e da média nacional, corroborando os dados obtidos.

Relativamente à funcionalidade nas actividades instrumentais de vida diária, a amostra estudada apresenta uma média de $12,00 \pm 5,29$, com destaque para uma prevalência na dependência para a

realização de actividades como tratamento da roupa (n=37; 41,1%), lida da casa (n=33; 36,7%) e capacidade para lidar com finanças (n=30; 33,3%). A responsabilidade pelos próprios medicamentos apresenta-se como a actividade com maior número de utentes independentes (n=81; 90,0%), seguido da capacidade para utilizar o telefone (n=78; 86,7%). Num estudo nacional, Botelho (2005) refere que a média de autonomia instrumental é de 15,33 nos homens e 22,45 nas mulheres entre os 65 e os 74 anos e de 14,44 e 20,04, respectivamente, para idades superiores a 74 anos.

Quando observados os dados relativos ao mau-trato, verifica-se que 87 utentes (96,7%) apresentam pelo menos a presença de um indicador, sendo a média de $3,56 \pm 2,41$. Numa análise mais pormenorizada, constata-se uma prevalência do abuso psicológico/emocional (73,3%), seguido da negligência (53,3%), abuso financeiro/material (48,9%) e por último o abuso físico (22,2%). A revisão de literatura Portuguesa realizada por Ferreira-Alves e Santos (2010) no âmbito do projecto PEANOW corrobora os dados obtidos, fazendo referência ao abuso psicológico/emocional como o mais prevalente, seguido da negligência, abuso financeiro/material e por último o abuso físico.

Os dados estatísticos da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima também corroboram a prevalência de abuso psicológico/emocional (APAV, 2011), assim como o estudo realizado na República Checa por Bužgová e Ivanová (2011). No entanto a APAV (2011) refere que em segundo lugar se apresentam os maus-tratos físicos, seguidos dos de coação e por último os sexuais, contrariamente ao que se verifica no presente estudo. A realidade espanhola espelhada na revisão de literatura realizada por Ferreira-Alves e Santos (2009) no âmbito do projecto PEANOW, apresenta a negligência a encabeçar a lista de prevalência de mau-trato, seguida do abuso psicológico/emocional, contradizendo o que se verifica nos dados obtidos.

Da análise pormenorizada de cada uma das quatro dimensões do abuso destaca-se que no abuso físico ($0,30 \pm 0,66$), as respostas afirmativas são mais significativas quando se questiona se alguma vez foi agarrado, batido ou pontapeado por alguém (n=17; 18,9%). A revisão de literatura realizada por Wieland (2000) corrobora os presentes dados, ao referir que bater (26,8%), agarrar (24,4%) e arranhar (19,9%) foram as manifestações mais significativas de abuso ao idoso. Numa revisão de literatura Belga realizada por Verté e Donder (2009), é evidenciado o acto de bater como o mais frequente no abuso físico, sendo de 5,76% em idosos do sexo feminino e 7,05% do masculino, corroborando os dados obtidos.

Quanto ao abuso psicológico/emocional ($2,01 \pm 1,58$), as respostas afirmativas mais significativas surgem na questão 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 para pessoas idosas?* – com um total de 57 respostas (63,3%). Bužgová e Ivanová (2011), no estudo realizado a 454 empregados e 488 idosos em 12 residências para idosos, concluíram que a forma mais frequente de abuso psicológico/emocional admitido

pelo cuidador é a humilhação seguida da infantilização, corroborando mais uma vez os dados da presente amostra. Em consonância com os dados, Verté e Donder (2009) referem que a repreensão constitui o acto mais frequente deste tipo de abuso, com 3,0% no sexo feminino e 2,6% no masculino.

Relativamente à negligência ($0,58 \pm 0,58$), 39 utentes (43,4%) respondeu afirmativamente à questão 11 – *no último ano alguma vez foi deixado(a) sozinho(a), sem o desejar, por longos períodos de tempo?* – sendo esta a mais significativa. A revisão sistemática realizada por Cooper, Selwood e Livingston (2008) apresenta que 20% da amostra reportou ser vítima de negligência, não existindo no entanto nenhuma referência ao tipo de acto mais perpetuado pelo agente agressor.

Quanto ao abuso financeiro/material ($0,67 \pm 0,76$), os dados mostram que 36 utentes (40,0%) foram vítimas de furto de dinheiro ou bens no último ano e 24 (26,7%) presta algum tipo de apoio relativamente à habitação ou financeiro às pessoas com quem reside ou que cuidam de si. Num estudo nacional realizado por Vilarinho (2010), observa-se que 40% da amostra reportou ter sido vítima de abuso financeiro, nomeadamente na forma de *tirar dinheiro*, percentagem igual à do presente estudo, corroborando desta forma os dados obtidos. Verté e Donder (2009) acrescentam que o roubo é a forma mais frequente de abuso financeiro/material, com 9,5% nas mulheres e 7,1% nos homens.

Apesar do abuso e mau-trato ocorrem dentro de uma relação de confiança (OMS, 2005), e sendo que 50,0% (n=45) da amostra reside com o cônjuge e 36,7% (n=33) com o cônjuge e/ou filho(s), constituindo estes os principais agentes agressores (Ferreira-Alves e Santos, 2009; Verté e Donder, 2009; Amstadter *et. al.*, 2011; APAV, 2011), é com surpresa que se verifica que neste estudo os participantes que residem com outrem apresentem menor evidência de abuso físico e financeiro/material. Tal facto pode ser explicado pelo facto da família e amigos apresentarem um papel de relevo nas redes sociais, suscitando esta interacção sentimentos de pertença a um grupo, segurança e protecção contra a ocorrência de maus-tratos (Vilarinho, 2010). Contudo, num estudo realizado a 414 idosos institucionalizados em lar no Michigan, Zhang *et. al.* (2011) refere que existe correlação positiva entre o isolamento social e a ocorrência de abuso.

A grande particularidade deste estudo prende-se com a variável independente funcionalidade na realização de actividades instrumentais de vida diária, uma vez que não foram encontrados estudos na literatura nacional e internacional que relacionem as quatro dimensões de abuso da escala QEEA com as oito dimensões da escala de actividades instrumentais de vida diária (IADL).

A incapacidade funcional na realização das várias actividades instrumentais de vida diária ocorre, maioritariamente, de forma associada, retractando a complexidade de execução dessas mesmas actividades (Del Duca, Silva e Hallal, 2009). Esta incapacidade pode prejudicar o desempenho social do idoso, potenciando alterações na sua vida quotidiana e na da sua família, principalmente quando se

encontra em situação de dependência, podendo conduzir à perda de autonomia e ao aumento da vulnerabilidade, aumentando o risco de abuso (Aravanis *et. al.*, 1993).

Na análise de regressão linear, observa-se que a incapacidade para utilizar o telefone surge correlacionada de forma positiva com o abuso físico, sendo a única preditora da negligência. Tendo em conta que a utilização do telefone constitui um meio de comunicação frequentemente utilizado na sociedade actual, a incapacidade para o fazer suscita a ideia de isolamento social (Aravanis *et. al.*, 1993).

Relativamente ao abuso financeiro, verifica-se que a incapacidade para realizar actividades instrumentais como cozinhar e tratamento da roupa surgem como únicas preditoras de abuso financeiro/material. Por sua vez, a incapacidade para tratar das finanças apresenta-se como a única preditora do abuso psicológico/emocional e do abuso em geral (QEEA).

Quando observada a classificação total da escala de funcionalidade nas actividades instrumentais de vida diária, verificou-se que estava correlacionada positivamente com o abuso físico. Tal achado sugere que a dependência na realização de todas as actividades instrumentais de vida diária se encontra associada à dependência de um cuidador, encontrando-se este identificado na literatura nacional e internacional como o principal agente agressor (Wieland, 2000; Lachs e Pillmer, 2004; WHO, 2008; NCEA, 2005; Neno R. e Neno M., 2005; Costa *et. al.*, 2009; Verté e Donder, 2009; Borralho, Lima e Ferreira-Alves, 2010; APAV, 2011), pois como referem Lachs e Pillemer (2004), a fragilidade do utente idoso diminui a capacidade de defesa e/ou de fuga a actos de violência e mau-trato.

Os resultados obtidos neste estudo demonstram a importância da avaliação sistemática da problemática da violência e dos maus-tratos à pessoa idosa num serviço de urgência, nomeadamente pelo enfermeiro (Wieland, 2000; Miller, 2004) bem como a necessidade de uma abordagem multidisciplinar (Aravanis *et. al.*, 1993; WHO, 2008; Phelan, 2010; Donatelli, 2011).

O conhecimento sistematizado desta problemática surge como um dos principais factores para a prática clínica e para a especificidade das intervenções no cuidado ao utente idoso vítima de abuso e maus-tratos, bem como a intervenção especializada junto da família.

Como limitações do estudo identifica-se:

- Amostra de dimensões reduzidas não permitindo a generalização dos dados;
- Subjectividade nas respostas à escala QEEA, uma vez que se trata de uma escala de auto-relato;
- O facto do abuso financeiro/material se encontrar negativamente relacionado com as actividades instrumentais de vida diária pode dever-se ao facto desta dimensão ser avaliada apenas por duas questões, contrariamente às outras três dimensões;
- Ausência de estudos comparativos das quatro dimensões do abuso (QEEA) e das oito dimensões das actividades instrumentais de vida diária (IADL).

5. CONCLUSÃO

Tendo em conta que a progressão do envelhecimento da população se apresenta actualmente como um dos principais problemas do século XXI, é expectável a criação e desenvolvimento de estratégias que promovam um envelhecimento activo por parte dos órgãos governamentais dos diferentes países, visando que as pessoas idosas detenham um papel activo e participativo nas actividades culturais, sociais, políticas e de saúde no ceio da comunidade, numa tentativa de contrariar os estereótipos associados ao envelhecimento, como a dependência, fragilidade e incapacidade funcional, resultando em estados depressivos e isolamento social, que por si só constituem factores de risco para a ocorrência de mau-trato.

O medo de represálias como ameaças de institucionalização, perda do cuidador, recriminações pelo alegado abusador, exposição pública, perda de privacidade e intervenção de elementos externos à relação familiar, surgem como a principal justificação para a sub-referenciação da problemática, principalmente quando os principais agressores são indivíduos da confiança da pessoa idosa, nomeadamente o cônjuge e os filhos (Ferreira-Alves, 2004).

Pela sua magnitude e complexidade, a problemática do mau-trato deve ser avaliada por uma equipa multidisciplinar especializada, constituída por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, autoridades de saúde, elementos policiais e jurídicos (Aravanis *et. al.*, 1993; WHO, 2008; Phelan, 2010). Esta avaliação deve contemplar várias variáveis, tais como o perfil da vítima e do agressor, bem com os principais factores de risco identificados na literatura existente.

Apresentando-se o serviço de urgência, na sua maioria das vezes, como a primeira linha de recurso da população idosa ao sistema de saúde (Dyer e Rowe, 1999), é expectável que os profissionais que o constituem estejam conscientes e sensibilizados para a realidade da problemática da violência e maus-tratos ao idoso, nomeadamente o enfermeiro, pela posição privilegiada que detém no ceio da equipa multidisciplinar e junto do utente idoso.

Tendo por base a questão de investigação e os objectivos definidos para a realização deste estudo, esquematizam-se as principais conclusões. Relativamente às **principais características** dos idosos vítimas de abuso e mau-trato que recorreram ao serviço de urgência estudado, apresenta-se um perfil:

- Mulher (65,6%);
- Idade média de 74,34 anos;
- Casada (50,0%);
- Escolaridade média de 4,92 anos;
- Residente em casa própria com o cônjuge (50,0%);
- Vida social activa recebendo e efectuando visitas a amigos e familiares (74,4%);
- Estado de saúde actual classificado como “bom” (47,8%).

Quanto à frequência dos quatro tipos de abuso estudados, observa-se a seguinte **prevalência**: abuso psicológico/emocional (73,3%), negligência (53,3%), financeiro/material (48,9%) e físico (22,2%).

Quando analisada a influência da dependência na realização de actividades instrumentais de vida diária na **ocorrência de abuso e mau-trato** ao utente idoso, observa-se que:

- A (in)capacidade para utilizar o telefone é a única preditora da negligência.
- A (in)capacidade para lidar com finanças é a única preditora do abuso psicológico/emocional e da classificação total da QEEA;
- A (in)capacidade para tratamento de roupa e de cozinhar são preditoras do abuso financeiro/material;
- Nenhuma das actividades instrumentais de vida diária é preditora do abuso físico.

Como **implicações para a prática**, destaca-se:

- Melhoria do conhecimento da problemática dos maus-tratos à pessoa idosa, nomeadamente através da sensibilização, tendo por base a prática baseada em evidências científicas;
- Desenvolvimento de acções de formação em serviço que facilitem o rastreo de maus-tratos à pessoa idosa, com recurso a instrumentos de avaliação específicos, permitindo uma correcta interpretação dos vários sinais e sintomas;
- Avaliação sistemática através de instrumentos específicos e do desenvolvimento de equipas multidisciplinares especializadas no cuidado à pessoa idosa e seus familiares, reduzindo desta forma a probabilidade de erro na decisão clínica;
- Rentabilização dos recursos existentes e correcta notificação às entidades competentes.

CAPÍTULO II

AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Todo o cidadão deve ser atendido por profissionais reconhecidos pelo elevado nível dos cuidados prestados e pela sua adequação às necessidades da pessoa doente/família, e isso só é possível pela promoção e desenvolvimento profissional dos enfermeiros e da disciplina de Enfermagem, num percurso de desenvolvimento profissional no sentido da especialização dos enfermeiros.

Antes de mais, torna-se premente definir **Enfermeiro Especialista**, grau que se pretende adquirir com a apresentação do presente relatório. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define o enfermeiro especialista como:

“habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (Decreto-Lei n. 104/98).

No seguimento deste pensamento, a Ordem dos Enfermeiros, através do Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), reforça a ideia de que os enfermeiros especialistas são indispensáveis para a “promoção e defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem a prestar à população e assenta na necessidade de disponibilizar cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da pessoa/família e prestados por enfermeiros especialistas certificados” (OE, 2009).

Relativamente ao conhecimento especializado do Enfermeiro, a Ordem dos Enfermeiros apresenta quatro domínios comuns e as respectivas competências, sendo eles: **responsabilidade profissional, ética e legal** (desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais); **gestão da qualidade** (desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro); **gestão dos cuidados** (gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar e, adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados) e **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento) (OE, 2009).

O saber especializado em Enfermagem permite ao enfermeiro desenvolver e adquirir competências alicerçadas ao conhecimento profundo e específico da sua área de actuação, traduzindo-se em elevados níveis de perícia, de forma a responder a problemas de saúde com um elevado grau de complexidade.

Pela complexidade e dimensão da problemática da violência e maus-tratos à pessoa idosa, é imprescindível a aquisição e desenvolvimento de competências alicerçadas em construtos práticos e científicos, sendo imprescindível o desenvolvimento de um pensamento intuitivo-reflexivo (Benner, 2001 e 2011).

Lamond e Thompson (2000) acrescentam que a evidência da tomada de decisões dos enfermeiros na prática, não se baseia na melhor evidência prática, mas sim no julgamento intuitivo individual, apropriando as suas acções ao desafio clínico. Benner (2001) refere-se à prática como “um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática.”

A teoria Humanista retractada pela teórica de Enfermagem Patricia Benner, parece adequada à problemática da violência e maus-tratos à pessoa idosa no serviço de urgência, uma vez que a dificuldade identificada na literatura assenta, essencialmente, na identificação e no auto-relato dos sinais e sintomas de violência e maus-tratos, que com a aquisição e desenvolvimento de competências, experiência e pensamento intuitivo-reflexivo por parte do Enfermeiro, podem facilitar todo este processo (Benner, 2001 e Ferreira-Alves, 2004). O seu modelo teórico, baseado no Modelo de Dreyfus de aquisição de competências faz referência a cinco níveis: **iniciado**, **iniciado avançado**, **competente**, **proficiente** e **perito** (Benner, 2001 e 2011).

Com o presente relatório pretende-se desenvolver competências de “perito”, ou seja, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao utente idoso, nomeadamente no que concerne à problemática da violência e maus-tratos. Benner (2001) refere que “os peritos não param nas vagas intuições, mas também não ignoram esses sinais, que poderão conduzir à identificação precoce de um problema e à sua confirmação”, acrescentando que “os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência de enfermagem.” (Benner, 2001).

A mesma autora faz referência a nove domínios que o enfermeiro deve contemplar na sua praxis numa unidade de cuidados intensivos, que pela sua complexidade organizacional, instabilidade clínica dos utentes e tecnologia, pode ser comparável a um serviço de urgência. Assim sendo, os nove domínios encontram-se descritos como: diagnosticar e gerir as funções fisiológicas básicas em doentes instáveis; o Know-How competente de gestão de uma crise; providenciar medidas de conforto para os doentes em estado crítico; cuidar das famílias dos doentes; prevenir os acidentes num ambiente tecnológico; enfrentar a morte: cuidados de fim de vida e tomada de decisões; comunicar e negociar múltiplas perspectivas; monitorizar a qualidade e gerir a falha e o Know-how competente de liderança clínica, e, o treino e a orientação de outros (Benner, 2011).

2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

O serviço de urgência pela sua complexidade e dimensão, bem como pelo número de atendimentos diário de utentes, contempla um vasto equipamento tecnológico e científico, direccionado ao cuidado à pessoa em situação de urgência e emergência. Vocacionado para a prática de cuidados específicos e diferenciados, o serviço de urgência, a par dos constantes avanços tecnológicos, tem permitido aumentar a sobrevivência da população.

Da análise estatística dos dados obtidos de 2009, observa-se que o serviço de urgência do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria (CHLN, EPE – HSM), acolheu um total de cerca de **197** mil utentes em todas as suas áreas de actividade, dos quais, cerca de **63** mil apresentavam idade superior a 61 anos (cerca de **32%**). Destes, apenas **144** foram admitidos pelo fluxograma de triagem – Agressão, ou seja, assumidos e relatados como tal pelo utente idoso (ALERT-ADW .3.5 e .4.1, 2009).

Evidencia-se também uma prevalência de observação pela Especialidade de Medicina Interna, seguida de Clínica Geral, Cirurgia Geral, Oftalmologia, Ortopedia e outros.

O serviço de urgência contempla uma vasta área de actividade, encontrando-se dividido, fisicamente, em dois sectores: ambulatório e internamento (SO). A sala de observações (SO) é constituída por 16 unidades tecnologicamente bem equipadas onde os utentes são cuidados por uma vasta equipa multidisciplinar de acordo com as suas necessidades específicas, do qual fazem parte as salas de reanimação. A estas recorrem os doentes que apresentam eminente risco de vida, nomeadamente, grandes politraumatizados, doentes com compromisso respiratório ou cardíaco, grandes queimados, intoxicações medicamentosas graves, entre outras situações urgentes/emergentes.

A área de ambulatório constitui a maior parte do serviço de urgência e nela encontram-se todos os utentes e acompanhantes que estão em observação nos vários sectores. Aí são observados, realizam meios complementares de diagnóstico e tratamento (MCDT's), é administrada medicação e são submetidos a procedimentos nas diferentes salas de tratamento. Esta é constituída por uma sala de espera para a triagem, uma sala de triagem, duas salas de reanimação, uma zona laranja com três gabinetes médicos e uma sala de tratamentos (1), uma sala de espera dos doentes triados de cor amarela, verde e azul, sete gabinetes de observação médica, uma sala de espera para realização de MCDT's, uma sala de tratamentos (2), duas salas de imagiologia (RX), uma sala de colheitas de análise, duas salas de pequena cirurgia, duas salas de ortopedia, uma sala de aerossóis e os gabinetes dos assistentes sociais e da Polícia de Segurança Pública (PSP).

Ainda no sector de ambulatório encontra-se o bloco operatório de urgência que conta com duas salas operatórias, uma unidade de cuidados pós anestésicos e uma sala de indução anestésica.

Pelas suas dimensões físicas e complexidade de situações, o serviço de urgência conta com uma vasta equipa multidisciplinar, vocacionada ao acolhimento de doentes do foro urgente e emergente, em todas as suas áreas de actividade, sendo constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnicos de imagiologia, assistentes sociais, funcionários de limpeza, voluntários, agentes de autoridade e administrativos, que coadunam as suas actividades entre si.

No que diz respeito concretamente aos enfermeiros, o serviço conta com cerca de **117**, distribuídos por cinco equipas, aos quais se encontram inerentes cerca de **82** assistentes operacionais.

Cada equipa de enfermagem é encabeçada por um coordenador e um sub-coordenador. Estas funções são atribuídas aos enfermeiros nomeados pelo enfermeiro chefe do serviço. A distribuição dos enfermeiros pelos diversos postos de trabalho é da responsabilidade do enfermeiro coordenador de equipa, que conta com dezoito elementos na manhã, dezoito à tarde e dezassete à noite.

Relativamente ao circuito do utente, aquando a sua admissão, é realizada a triagem. Aqui é atribuída uma cor de acordo com a prioridade do sistema de triagem de Manchester e posteriormente encaminhado para a respectiva sala de espera pelos assistentes operacionais. Estas salas podem ser na área laranja ou na amarela, verde e azul, onde esperam pelas especialidades de Medicina Interna e Cirurgia Geral. Existem no entanto outros circuitos, como o dos doentes com patologia do foro respiratório, que são de imediato encaminhados para a sala de aerossóis, ou os politraumatizados e vítimas de mono-trauma, que são encaminhados para a sala de tratamentos um (1), onde o enfermeiro procede à sua transferência para uma maca do serviço e/ou tratamento primário das lesões.

Desta equipa multidisciplinar fazem parte os assistentes sociais, que se encontram em permanência 7 dias por semana, das 8 às 23 horas. Estes, pelo seu contacto privilegiado com instituições como a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, entre outras entidades sociais, têm um papel imprescindível no encaminhamento e notificação dos utentes idosos identificados como vítimas de maus-tratos, em articulação com a restante equipa.

3. OBJECTIVOS

De acordo com o planeamento do curso, o Enfermeiro deverá desenvolver competências na sua área de especialização, nomeadamente:

- “- Agir como perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta e idosa com doença crónica e seus significantes, numa perspectiva holística, ao longo do ciclo de vida, nos diferentes níveis de prevenção e em diversos contextos;*
- Agir como dinamizador da capacitação da pessoa adulta e idosa na gestão da sua doença crónica inserida no seio da família e comunidade;*
- Intervir como perito: na criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade; na dinamização de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais; nas equipas, profissional, multiprofissional, multidisciplinar e multisectorial, em contexto hospitalar, extra-hospitalar e em projectos comunitários no sector público ou privado; na definição e operacionalização das políticas de saúde na pessoa adulta e idosa com doença crónica, ao nível local, regional, nacional e europeu;*
- Assumir um papel dinamizador na construção e divulgação do saber ao nível da Pessoa Adulta e Idosa com doença crónica na área de Enfermagem à Pessoa Idosa” (ESEL 2009/2010).*

Tendo por base estas competências, foram desenvolvidos três objectivos de estágio, projectados em documento próprio que foi aprovado pelo Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, tendo servido de alicerce ao estágio realizado.

Este terceiro ponto está organizado em três partes que correspondem aos objectivos específicos, cuja organização temporal se encontra no cronograma de actividades apresentado no Apêndice II.

3.1. PRIMEIRO OBJECTIVO

“Analisar a problemática da violência e maus-tratos à pessoa idosa que recorre ao serviço de urgência, contemplando os factores de risco do idoso e presumível agressor, bem com a sua tipologia”

Como se tem vindo a referir ao longo do presente relatório, as pessoas idosas constituem um grupo vulnerável socialmente e grande utilizador de cuidados de saúde, pelo que é preocupante e urgente *“a optimização da estadia dos idosos nos hospitais porque, além de polipatologias quase sempre presentes, os riscos de perda de autonomia são maiores do que noutras faixas etárias.”* (Costa et. al., 2009).

De forma a poder corresponder às exigências esperadas no cuidar ao utente idoso e sua família, primeiramente há que observar esta diáde como um todo. Esta observação deve contemplar um conjunto

de instrumentos específicos e dirigidos à pessoa idosa, bem como ter em atenção todas as particularidades do processo de envelhecimento, de forma a despistar e identificar lesões e comportamentos que possam não estar relacionados com o motivo de admissão no serviço de urgência.

Do estudo de investigação realizado no decorrer do estágio, verificou-se que, de um total de 90 utentes idosos, apenas 2 (2,2 %) foram admitidos no serviço de urgência com auto-relato de Agressão, contra 88 (97,8%) que recorreram por outras causas. No entanto, é de ressaltar que 87 (96,7%) evidenciou pelo menos um tipo de mau-trato, salientando o problema da sub-referenciação e da identificação sugerido por Ferreira-Alves (2004), retratado pela Teoria do Iceberg (NCEA, 1998).

O estágio que se relata teve início no dia 27 de Setembro de 2010 no serviço de urgência central do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria, terminando no dia 28 de Fevereiro do presente ano. Sendo um elemento do serviço onde foi realizado o estágio, nomeadamente enfermeiro coordenador de uma das cinco equipas de enfermagem, todo o processo de integração, reconhecimento do serviço e da equipa multidisciplinar foi dispensado.

O primeiro contacto com o tema da violência e maus-tratos ocorreu durante a frequência das aulas da unidade curricular Envelhecimento Activo, onde me propus, em grupo e individualmente, a estudar os determinantes sociais inseridos no Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI) do Ministério da Saúde, dos quais fazem parte a alfabetização, os maus-tratos e o isolamento social.

Na concepção do projecto de estágio e como construto teórico, foram realizadas duas entrevistas formais a individualidades de reconhecido mérito, à Dr.^a Catarina Paulos, Psicóloga, Meste em Patologia Forense e ao Dr. Fernando Vieira, Psiquiatra, Director do Serviço de Patologia Clínica do Instituto de Medicina Legal de Lisboa, responsável pela consulta de Avaliação do Dano. Estas realizaram-se nos dias 28 de Maio e 14 de Junho de 2010, respectivamente, obedecendo a um guião (Anexo V e VI).

Foi extremamente enriquecedor e construtivo o contacto com estes dois elementos peritos na área dos maus-tratos, possibilitando a fundamentação da literatura nacional e internacional que vinha a analisar, cimentando ideias e adquirindo novos conhecimentos, nomeadamente no que diz respeito à legislação existente, bem como o enquadramento e encaminhamento legal a que as vítimas são sujeitas.

Para uma melhor compreensão do contexto legal na abordagem ao mau-trato, foi programada uma entrevista à Dr.^a Paula Guimarães, contudo não foi possível a sua realização por incompatibilidade de agenda.

Desde o primeiro dia de estágio observei e contactei, de uma forma presente, os utentes idosos e seus familiares/acompanhantes, quer aquando a sua admissão na triagem, quer no circuito que realizavam dentro do serviço, inclusive aquando o internamento em SO.

O contacto com os utentes idosos e seus familiares nem sempre é fácil pela diferença de idades e hábitos sócio-culturais, pois apesar de preservar os direitos do utente (respeito, privacidade, dignidade, entre outros), mesmo o profissional de saúde é confrontado com atitudes de desagrado por parte do idoso.

Pela sua sub-referenciação, o tema da violência e mau-trato é dificilmente recebido pelo utente idoso e pela sua família, pois como refere Ferreira-Alves (2004), existe o medo de perda do cuidador mesmo que sendo este abusivo; ficar só sem ter ninguém que o cuide; ser colocado numa instituição; perda de privacidade e de relações familiares; recriminações pelo alegado abusador; exposição pública e intervenção exterior; ninguém acreditar no abuso e ser responsáveis pelo comportamento abusivo. De forma a minorar e eliminar as barreiras identificadas, a minha postura pautou-se por ser calma, descontraída, profissional e de proximidade (Phaneuf, 2005).

A realização do estudo de investigação apresentado no capítulo Um deste relatório permitiu-me a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa. De entre essas competências destaco a **observação** atenta e pormenorizada do utente idoso e sua família, a **comunicação** (verbal, postural, sensitiva, entre outras) adequada e dirigida, os **diagnósticos de enfermagem**, as **intervenções** junto do utente idoso e sua família, bem como a **avaliação** que realizei das intervenções que implementei e fomentei junto da equipa multidisciplinar.

Pela complexidade do processo de identificação e avaliação do mau-trato no utente idoso, a minha intervenção baseou-se num pensamento intuitivo-reflexivo na gestão de cada uma das situações que vivi (Benner, 2001), recorrendo aos vários elementos da equipa multidisciplinar garantindo uma rápida, adequada e continuada prestação de cuidados.

Os enfermeiros do serviço de urgência devem estar aptos a: identificar precocemente sinais de aviso que podem salvar a vida dos utentes com alterações súbitas do seu estado clínico; a ajustar de forma instantânea terapêuticas de acordo com as respostas dos utentes e auxiliar os utentes e seus familiares no processo de recuperação e cura das suas patologias (Benner, 2001).

Perante a problemática do mau-trato à pessoa idosa, o enfermeiro do serviço de urgência deve compreender o cuidar como uma prática, e não somente como um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, demonstrando desta forma o conhecimento e a competência que o cuidar excelente requer (Benner, 2001).

O enfermeiro do serviço de urgência deve contemplar na sua actuação dois objectivos: proteger o doente de lesões imediatas e futuras e interromper o ciclo de maus-tratos (Donatelli, 2011).

Para melhor retractar as competências adquiridas e desenvolvidas, propus-me, inicialmente, realizar seis estudos de caso, conteúdo, por limitações temporais, foram apenas realizados três segundo a classificação defendida por Imaginário (2004), de “idoso jovem” (65-74 anos), “idoso médio” (75-84 anos) e “idoso idoso” (acima dos 85 anos). (Quadro 1, 2 e 3).

Quadro 1 – Estudo de Caso 1

ESTUDO DE CASO 1

A Sr.^a Rosa é uma utente de 91 anos de idade, que reside sozinha no Conselho de Lisboa, em casa própria tipo apartamento. Conta com o apoio da familiar nuclear e de uma empregada desde há 40 anos. No dia 30 de Novembro de 2010, recorreu ao serviço de urgência central do HSM por dor e incapacidade funcional do membro inferior esquerdo. Como antecedentes pessoais apresentava dois internamentos. Em 1998, no Hospital Pulido Valente por pneumonia e em 2005, no Hospital de Santa Maria para cirurgia ortopédica de colocação de prótese total da anca esquerda, por fractura do colo do fémur resultado de uma queda. Quando avaliada globalmente, verificou-se que não apresentava défice cognitivo e que as limitações funcionais nas AIVD, eram facilmente controladas e ultrapassadas. Verificou-se também que não apresentava sintomatologia depressiva e que quantificava o seu estado de saúde actual como bom. Socialmente mantinha uma vida activa. Quando efectuado o rastreo de mau-trato foi identificado mau-trato psicológico/emocional e financeiro/material, tendo como agente perpetrador, a empregada. A abordagem do problema foi efectuada numa perspectiva multidisciplinar e contou com a minha participação, da utente e do assistente social. Ficou decidido a não notificação às autoridades policiais, por ser essa a vontade da utente, tendo sido no entanto, efectuado encaminhamento para assistente social comunitária e instrução sobre a problemática que envolve a violência e mau-trato à pessoa idosa, bem como a posterior avaliação por uma equipa da comunidade ao domicílio.

Quadro 2 – Estudo de Caso 2

ESTUDO DE CASO 2

A Sr.^a Maria é uma utente de 82 anos de idade, que co-habita com a sua família nuclear (filha, genro e neto), no Conselho de Lisboa, em habitação tipo apartamento, propriedade da filha. Conta apenas com o apoio da família nuclear. No dia 09 de Dezembro de 2010, recorreu ao serviço de urgência central do HSM por dor e incapacidade funcional do membro inferior esquerdo, resultante da agressão pelo neto. Como antecedente pessoal relevante, apresentava hipertensão arterial, medicada e controlada pela médica de família, nunca tendo sido institucionalizada num hospital. Quando avaliada globalmente, verificou-se que não apresentava défice cognitivo e que as limitações funcionais identificadas nas AIVD não a impossibilitam da realização das suas actividades quotidianas. A sua vida social era diminuta, uma vez que referia não receber nem efectuar visitas a pessoas amigas, não tinha hobbies ou passatempos e nunca saía de casa sozinha sem ser para realizar pequenas compras. Verificou-se a existência de sintomatologia depressiva, num total de 10 pontos (em 15) percepcionando a sua situação de saúde actual como razoável. Quando efectuado o rastreo de mau-trato foi identificado mau-trato físico, psicológico/emocional, negligência e financeiro/material, tendo como agente perpetrador, o neto. Neste caso em concreto, uma vez que a integridade física da utente foi colocada em causa pelo agente agressor e foi auto-relatado pela utente, a abordagem multidisciplinar do problema foi realizada com a minha participação, da utente, do assistente social do serviço e da filha. Ficou decidido a notificação às autoridades, por ser essa a vontade da utente, tendo as mesmas sido instruídas para a problemática que envolve a violência e mau-trato à pessoa idosa. Foi também colocada a hipótese de institucionalização em residência para pessoas idosas até eliminação dos factores de risco relacionados com o agressor.

Quadro 3 – Estudo de Caso 3

ESTUDO DE CASO 3

A Sr.^a Antónia é uma utente de 67 anos de idade, que reside com o cônjuge no Conselho de Lisboa, em casa própria tipo moradia. Apesar da co-habitação com o cônjuge, não conta com o seu apoio, recorrendo à filha mais velha do casal sempre que necessário. No dia 14 de Dezembro de 2010 foi transportada ao serviço de urgência central do HSM por agressão física violenta com múltiplas feridas incisivas, escoriações, hematomas e fracturas dos dedos da mão esquerda. Como antecedentes pessoais apresentava hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e dislipidémia, encontrando-se polimedicada. Quando avaliada globalmente, verificou-se que não apresenta défice cognitivo nem limitações funcionais nas AIVD. Verificou-se também que apresentava grave sintomatologia depressiva, no entanto, quantificava o seu estado de saúde actual como razoável. Socialmente não apresentava qualquer tipo de actividade por restrição do cônjuge que a vinha mantendo sequestrada no domicílio. Quando efectuado o rastreo de mau-trato, foi identificado mau-trato físico, psicológico/emocional, negligência e financeiro/material, tendo como agente perpetuador, o cônjuge. Uma vez que o processo da utente já se encontrava a cargo de uma procuradora do Ministério Público, a abordagem multidisciplinar do problema contou com a minha participação, da utente, do assistente social, da referida procuradora do Ministério Público, dos agentes da PSP do serviço e das duas filhas. Ficou decidido a institucionalização social da utente por mais um dia até a habitação reunir as condições necessárias ao regresso da Sr.^a Antónia. Relativamente ao agente agressor, o cônjuge, suicidou-se no dia 14 de Dezembro após o episódio de agressão física violenta à esposa.

Outras das competências que desenvolvi dentro da equipa multidisciplinar foi a de gestão dos cuidados à pessoa idosa e sua família, tendo para isso necessidade de negociar diferentes abordagens com a equipa multidisciplinar, em particular com os agentes da PSP e com os assistentes sociais do serviço, a quem recorri sempre que identifiquei um caso suspeito de violência e maus-tratos. O consentimento dos utentes foi imprescindível, pois à que respeitar a privacidade, confidencialidade e a autonomia dos mesmos, não podendo no entanto compactuar com o mau-trato identificado.

Ainda de uma forma presencial e contínua, sensibilizei os enfermeiros que realizavam triagem, alertando-os para a subjectividade dos sinais e sintomas sugestivos de violência e maus-tratos no utente idoso, bem como para uma observação crítica, não só do exame físico, mas também de aspectos como a postura, o vestuário, a relação com o acompanhante, o aspecto geral descuidado e desadequado à estação do ano, entre outros aspectos pertinentes. Para tal, apresentei as principais características dos utentes que participaram no estudo de investigação para melhor enquadrar o “perfil da vítima”.

Foi notório observar o aumento progressivo de comentários por parte dos enfermeiros relativamente à observação de alguns sinais e sintomas, solicitando o meu apoio sempre que surgia alguma dúvida.

Munido de conhecimentos teóricos e práticos, nomeadamente no reconhecimento da grande maioria de lesões e comportamentos relacionados com o tema, conversava isoladamente com o utente idoso, à medida que realizava a sua observação física. Para um correcto rastreo e avaliação do mau-trato na

pessoa idosa utilizei a esquematização sugerida por Aravanis *et al.* (1993), norteador desta forma a minha actuação na identificação, notificação e monitorização dos casos suspeitos. (Anexo VII).

Alguns desses casos, apesar de negados pelo utente, eram muito sugestivos de mau-trato, pois muitos deles apresentavam lesões sugestivas, reuniam factores de risco e enquadravam-se no perfil da vítima. Nestes casos a minha actuação cingiu-se ao registo pormenorizado em processo clínico da observação efectuada e à discussão/notificação da situação com os elementos da equipa multidisciplinar, em particular os médicos e assistentes sociais do serviço. Como refere Donatelli (2011) “o idoso pode optar por manter-se na situação agressiva, apesar de todos os esforços em conseguir uma mudança”, no entanto, “isto não invalida a responsabilidade do enfermeiro da urgência pela denúncia de suspeita de maus-tratos.” (Donatelli, 2011).

Todos os momentos em que o meu auxílio foi solicitado, constituíram momentos de partilha de ideias e formação informal no seio da equipa multidisciplinar, pois esta partilha constitui um importante momento de aprendizagem para todos os envolvidos, tal como refere Benner (2001).

Durante todo este período de estágio foram realizadas várias reuniões informais com o enfermeiro chefe do serviço, meu co-orientador de estágio, por forma a dar-lhe conhecimento da minha actuação e do desenvolvimento do meu trabalho, assim como à troca de experiências e partilha de ideias. Estas reuniões foram muito produtivas, uma vez que me permitiram nortear ideias e crescer enquanto profissional através da crítica construtiva. Formalmente, reuni com o co-orientador nos dias 15 de Novembro de 2010 e dia 28 de Fevereiro de 2011, reuniões de carácter avaliativo, sendo a primeira uma avaliação intermédia e a última, a reunião de avaliação final.

À medida que o estágio evoluía, foi notório verificar o aumento do número de notificações aos assistentes sociais do serviço de casos suspeitos de violência e maus-tratos à pessoa idosa, bem como dos registos de enfermagem em processo clínico, contemplando uma observação mais aprofundada e fundamentada do utente idoso.

A avaliação do utente idoso pressupõe uma observação pormenorizada do seu processo de saúde e de doença, contemplando a díade com a sua família nuclear. Tendo em conta as competências a que me propus atingir com este estágio, considero que este objectivo foi amplamente concretizado.

3.2. SEGUNDO OBJECTIVO

“Capacitar a equipa de Enfermagem do serviço de urgência para a observação, identificação e encaminhamento de pessoas idosas com suspeita de violência e maus-tratos”

A palavra capacitar pressupõe todo um trabalho formativo de aquisição de desenvolvimento de conhecimento teórico e prático, que neste caso em concreto, se refere à identificação, notificação e monitorização da pessoa idosa com suspeita de violência e maus-tratos.

Como não poderia deixar de ser, para capacitar, há que estar capacitado. Para tal, foi necessário todo um trabalho prévio de investigação e cimentação de conhecimentos teóricos, tendo por base estudos científicos identificados na literatura nacional e internacional.

A realização do estudo de investigação apresentado no Capítulo Um deste relatório foi imprescindível à compreensão e conhecimento das possíveis vítimas de violência e maus-tratos que recorrem ao serviço de urgência central onde realizei o estágio, na medida que me colocou em posição privilegiada junto dos utentes idosos e seus familiares, de grande proximidade e confiança, observando em profundidade a especificidade de cada indivíduo, percebendo o seu estado geral de saúde e doença, permitindo-me adequar a actuação às situações que surgiam.

Primeiramente, dou especial ênfase à reunião formal que decorreu no dia 28 de Julho de 2010 e que contou com a presença do enfermeiro chefe do serviço, Sr. Enf. Carlos Neto, da enfermeira supervisora, Sr.^a Enf.^a Madalena Abranches e da Sr.^a Dr.^a Margarida Lucas, Directora Clínica do serviço de urgência, com o intuito de apresentar e discutir a implementação do projecto.

Para além de dar a conhecer o tema, a evidência prática diária do serviço e o caminho projectado, a referida reunião serviu para traçar estratégias de actuação, de notificação e encaminhamento das situações identificadas como violência e maus-tratos ao utente idoso no serviço, tendo obtido, por todos os elementos que participaram da reunião, muito boa receptividade do projecto de estágio. Todos ficámos muito expectantes relativamente aos resultados esperados.

A capacitação da equipa de enfermagem ocorreu gradualmente através de todo o estágio, essencialmente através da sensibilização diária dos enfermeiros para a problemática, construindo-se numa partilha de conhecimentos e experiências imprescindíveis ao desenvolvimento de competências (Benner, 2001).

A confrontação com sinais e sintomas suspeitos de violência e maus-tratos ao utente idoso foi sendo cada vez mais evidente e os enfermeiros à medida que tomavam contacto com a realidade da problemática e a confrontavam com a prática diária, foram ficando cada vez mais atentos, demonstrando

um desenvolvimento na capacidade de observação integral do utente idoso, sendo muitos deles capazes de distinguir os aspectos relacionados com o envelhecimento e os relacionados com possível mau-trato.

Uma situação muito particular aconteceu em SO, em que uma enfermeira me chamou dizendo que tinha uma utente idosa, de 89 anos, que apresentava hematomas em vários estadios de evolução e com diferentes localizações. Acompanhado pela enfermeira, dirigi-me à utente e realizámos uma observação pormenorizada. Esta apresentava défice cognitivo, não respondendo às questões colocadas. Da história clínica e dos episódios anteriores, pudemos verificar que a utente apresentava história de quedas repetidas, podendo os hematomas estar relacionados com esse facto, até porque se localizavam em regiões articulares e superfícies de exposição, tais como, ombro, articulação coxo-femural esquerda, grelha costal à esquerda, região anterior do planalto tibial direito e túbio-társica direita. Continuando a observação, não apresentava sinais de negligência no vestuário, encontrando-se com uma higiene adequada, sem maceração da região génito-urinária (apesar de usar fralda) e sem regiões com soluções de continuidade atribuíveis a úlceras de pressão.

Apesar de todos estes indícios não suscitarem violência e maus-tratos, informei a médica assistente da utente e contactei a assistente social do serviço para poder, junto da assistente domiciliária, observar as condições da residência e identificar a etiologia das quedas. Seria por desequilíbrio? Ou pela presença de objectos que conduzam a quedas? Ou simplesmente falta de apoio domiciliário?

Discuti com a enfermeira sobre a necessidade do registo minucioso dos hematomas observados, no que diz respeito às características, tamanho, coloração e localização, possibilitando observar a evolução clínica e dar continuidade aos cuidados, constituindo, se necessário, uma prova clínica.

A situação desta utente foi uma de várias com que fui confrontado ao longo do estágio, demonstrando desta forma a sensibilização e o envolvimento da equipa de enfermagem em todo o processo de identificação e encaminhamento de suspeitas de violência e maus-tratos.

Outra situação com a qual tive contacto e pude monitorizar e encaminhar durante o circuito no serviço de urgência, diz respeito a uma utente de 83 anos de idade. O primeiro contacto que tive com a mesma, foi durante a passagem de ocorrências, verbal e presencial, na sala de espera de meios complementares de diagnóstico e tratamento, num turno da manhã. Enquanto coordenador da equipa de enfermagem, esta situação foi-me transmitida mais pormenorizadamente de forma a manter a continuidade dos cuidados e assegurar o correcto encaminhamento dos utentes.

Regressei à sala cerca das 8:30 e discuti a situação com o enfermeiro destacado para esse sector. Lemos o processo clínico em conjunto e constatamos que a utente estava no serviço desde as 16 horas do dia anterior. Tinha recorrido ao serviço acompanhada pelo filho, tendo sido deixada aos cuidados da equipa multidisciplinar. A utente estava deitada numa maca num canto da sala e apresentava maus cuidados de higiene pessoal e roupa desadequada à estação do ano. Conversei um pouco com a utente e

de imediato reconheci a possível situação de maus-tratos que estava subjacente à sua vinda ao serviço de urgência (problemas nos membros). Da conversa que tive com a utente, identifiquei presença de sinais de negligência por parte do cuidador (filho), ao que a utente justificava que ele trabalhava todo o dia e não a podia ajudar no dia a dia, ficando esta sozinha e a seu cargo para todas as AIVD's, apresentando um total de 16 pontos na escala de IADL. Apresentava também sintomatologia depressiva, num total de 5 pontos na GDS-15.

Quando aplicadas as perguntas de eliciação do abuso ou negligência a adultos idosos, constatei que apresentava pontuação de zero no abuso físico, três no abuso psicológico/emocional, um na negligência e zero no abuso financeiro/material, num total de 4 pontos. Esta escala pressupõe que basta um ponto positivo para estar perante mau-trato, sendo a sua gravidade aumentada até um total de 15 pontos.

Perante esta evidência, questionei a utente relativamente à situação identificada e qual o encaminhamento que gostava que lhe desse. A utente pediu-me sigilo absoluto, pois o filho era o principal cuidador e tinha medo de ir para um lar. Este é um dos aspectos referidos por Ferreira-Alves (2004) quando se refere à sub-referenciação dos casos. Confrontei-a com a hipótese de uma residência de idosos, se possível, e com a notificação às autoridades se assim o desejasse. A utente pediu-me que não o fizesse. Tendo por base o Código Deontológico, nos Art. 78º e 81º, que diz que o enfermeiro deve reconhecer e respeitar a **dignidade e individualidade** de cada pessoa, actuando em conformidade com as decisões que a mesma tomar (OE, 2003), respeitei a decisão da utente, pois não apresentava défice cognitivo e estava consciente dos seus actos. Numa tentativa de não compactuar com a situação de mau-trato identificada, informei a utente e reuni-me com a assistente social que fez os contactos necessários para a vinda do filho ao serviço. Reunimos os três no gabinete da assistente social e constatámos que o mau-trato relatado pela utente não era intencional, pois o filho trabalhava e não tinha outra solução para a mãe senão deixá-la sozinha durante o dia. Ficou então decidido na reunião a necessidade de apoio domiciliário, tendo a assistente social desencadeado todo o processo junto das assistentes domiciliárias na comunidade.

Várias questões éticas se levantaram nesta situação tal como na grande maioria das situações que acompanhei e monitorizei ao longo do estágio. Deverá o enfermeiro agir de imediato e comunicar às autoridades sem conhecimento profundo da situação? Deverá o enfermeiro desrespeitar a vontade e violar o direito dos utentes perante situações de mau-trato quando estes não apresentam défice cognitivo e estão em plena condição de decisão? Seria a melhor solução para esta utente a institucionalização numa residência de pessoas idosas? Deverá o enfermeiro “julgar” o cuidador pela sua actuação? Ou deverá o enfermeiro desenvolver estratégias conjuntas com vista à melhoria dos cuidados ao idoso, não lhe aumentando a dependência e o sofrimento?

Estas são algumas das questões sobre as quais o enfermeiro deve reflectir na sua prática diária no cuidado às pessoas idosas, uma vez que, pela sua condição de idade avançada, apresentam toda uma herança de conhecimentos, vivências e sentimentos que para o enfermeiro de urgência se torna complicado conhecer em tão escasso período de contacto. No entanto, não deixa de ser imprescindível a reflexão sobre estas e muitas outras questões. Posteriormente, conversei com o enfermeiro daquele sector e partilhamos ideias acerca da situação identificada, tendo sido muito construtivo para ambos.

Como refere a WHO (2008), é imprescindível o desenvolvimento de discernimento, sensibilidade e cuidado na actuação perante vítimas de mau-trato, de forma a perceber se o profissional de saúde está a manter a confidencialidade dos factos ou a compactuar com o abuso.

Numa perspectiva de sensibilização da equipa de enfermagem, foi inicialmente projectada uma sessão de formação que não chegou a ser realizada na data prevista (entre 01 e 03 de Outubro de 2010), uma vez que concluí que a melhor forma de sensibilizar a equipa de enfermagem seria pontualmente perante as várias situações observadas e não apenas numa sessão de formação única, pois não seria transversal às cinco equipas de enfermagem. Esta realizou-se no dia 28 de Fevereiro de 2011 e contou com a presença de 27 elementos da equipa multidisciplinar. A referida sessão obedeceu a um planeamento (Apêndice III) e foi apresentada no anfiteatro de Medicina II, no piso 2 do CHLN, EPE – HSM, com recurso a projecção por Data Show (Apêndice IV). No final da sessão foi distribuída uma ficha de avaliação da sessão (Apêndice V). A avaliação média da sessão foi de 95%.

Tendo em conta as competências a que me propus atingir com este estágio, considero que este objectivo foi amplamente concretizado.

3.3. TERCEIRO OBJECTIVO

“Desenvolver “Check List” que permita o rastreio de suspeita de violência e maus-tratos a pessoas idosas”

O desenvolvimento de um instrumento norteador que facilite o rastreio de suspeita de violência e maus-tratos à pessoa idosa é fundamental para a correcta identificação, notificação e monitorização dos casos suspeitos.

Além de um contributo para o serviço de urgência, o instrumento desenvolvido pretende ser um guião norteador de sustento teórico que facilite a prática diária do profissional de saúde perante utentes idosos com suspeita de violência e maus-tratos, em particular o enfermeiro que se encontra na triagem, uma vez que este é o primeiro contacto do utente com o serviço de urgência. Neste primeiro contacto devem ser efectuados registos dos sinais e sintomas passíveis de ser identificados como violência e maus-tratos e

comunicar a situação ao coordenador da equipa de enfermagem para proceder à monitorização da situação durante a permanência no serviço de urgência.

Para a realização da “Check List”, foi realizada uma pesquisa bibliográfica com recurso ao motor de busca EBSCOhost, cruzando várias bases de dados, nomeadamente CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Cochrane Database of Systematic Reviews; Health Technology Assessments; Psychology and Behavioral Sciences Collection; MedicLatina e ERIC, e como palavras-chave foram utilizadas: Elder Abuse e Screening, do que resultou um total de 47 artigos.

Da leitura dos artigos, apuraram-se 5 e foi realizada uma compilação de sinais e sintomas que podem estar presentes em situações de violência e maus-tratos à pessoa idosa, tendo sido dispostos por tipo de mau-trato e compilados num documento único, tipo poster (Apêndice VI).

Esta “Check-List” foi submetida à aprovação do Sr. Enfermeiro Carlos Neto, chefe do serviço de urgência e meu co-orientador de estágio, à Sr.^a Enfermeira Professora Graça Melo, docente da ESEL e minha orientadora de estágio e ao Sr. Professor Doutor José Ferreira-Alves, Psicólogo, professor assistente no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, com elevado mérito reconhecido a nível nacional e internacional na área da violência e maus-tratos à pessoa idosa. Todos eles deram o seu parecer positivo ao documento.

Contudo, como referido pelo Sr. Professor Doutor Ferreira-Alves, em reunião no dia 10 de Fevereiro de 2010 na Universidade do Minho, a existência de uma “Check-List” pode ser um elemento limitador da observação dos profissionais da equipa multidisciplinar aos sinais e sintomas descritos no documento, tendo sugerido a introdução no referido documento, de um comentário que alicie os diferentes profissionais à participação na identificação dos referidos sinais e sintomas e à introdução de outros que possam ser detectados, inculcando a responsabilidade de uma observação mais crítica e atenta do utente idoso que recorre ao serviço de urgência.

Para concluir este objectivo foi realizada, como previsto, uma acção de formação em serviço no dia 28 de Fevereiro de 2011, pelas 15:30, com a duração de 60 minutos.

Tendo em conta as competências a que me propus atingir com este estágio, considero que este objectivo foi amplamente concretizado.

4. IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

São várias as considerações legais que envolvem a pessoa idosa a nível europeu e nacional. O documento EURAG-Europe (2005) faz referência aos direitos e responsabilidades das pessoas idosas a nível europeu, tais como: **autonomia e auto-determinação, respeito, igualdade de tratamento, participação social activa, segurança financeira, desenvolvimento pessoal e social, acesso à informação, habitação e atendimento, e prestação de serviços orientados para uma boa qualidade de vida.**

Portugal só recentemente, no ano de 2009, no Diário da República nº 180, 1ª série, de 16 de Setembro de 2009, viu publicada a Lei nº 112/2009, que no Capítulo I, art. 2º, alínea b), faz a descrição de **vítima especialmente vulnerável**, definindo-a como

“a vítima cuja especial fragilidade resulte, nomeadamente, da sua diminuta ou avançada idade, do seu estado de saúde ou do facto de o tipo, o grau e a duração da vitimização haver resultado em lesões com consequências graves no seu equilíbrio psicológico ou nas condições da sua integração social.”

(Lei n.º 112/2009, publicado no DR n.º 180, 1ª Série, de 16 de Setembro de 2009)

A mesma Lei, no Capítulo III, faz referência aos princípios que devem ser contemplados na abordagem à vítima, encontrando-se descritos nos artigos 5º a 13º. Estes princípios correspondem respectivamente à ordem de apresentação dos referidos artigos e são eles: **princípio da igualdade, do respeito e reconhecimento, da autonomia, da vontade, da confidencialidade, do consentimento, protecção da vítima que careça de capacidade para prestar o seu consentimento, princípio da informação, do acesso equitativo aos cuidados de saúde, e obrigações profissionais e regras de conduta** (Lei n.º 112/2009, publicado no DR n.º 180, 1ª Série, de 16 de Setembro de 2009).

Já em 2007, foi preocupação por parte do XVII Governo Constitucional, a redução das desigualdades e a melhoria da qualidade de vida dos idosos, tendo nesse âmbito, no programa de medidas políticas globais do Governo Constitucional, sido publicado o Decreto-Lei n. 252/2007 no DR nº 128, 1ª série de 5 de Julho de 2007, que preconiza benefícios adicionais de saúde para os beneficiários e a atribuição do complemento solidário para idosos.

No que diz respeito à problemática da violência e maus-tratos à pessoa idosa, não existe legislação específica, ao contrário do que se verifica em outros países. Por sua vez, Portugal apresenta legislação específica na violência e maus-tratos infantis, como retracta o Despacho n.º 31292/2008, publicado no DR n.º 256, 2ª Série, de 5 de Dezembro de 2008.

A Lei nº 45/2004 regula as perícias médico-legais e forenses, alicerçadas nos art. 143.º e 144.º publicados no DR n.º 170, 2ª Série, de 4 de Setembro de 2007, que define as características de ofensa à integridade física simples e grave, respectivamente.

É dever de todo o cidadão alertar e elucidar as vítimas de violência e maus-tratos sobre como e a quem devem apresentar queixa, mas especificamente o enfermeiro, tendo por base o Código Deontológico, nos art. 78º e 81º, deve reconhecer e respeitar a **dignidade** e **individualidade** de cada pessoa, actuando em conformidade com as decisões que a mesma tomar (OE, 2003), não devendo contudo compactuar com a situação de mau-trato identificada.

O papel do enfermeiro passa por promover, tanto quanto possível, comportamentos autónomos nos idosos, informando-os convenientemente para que a perda de autonomia seja retardada o mais possível, intervindo de forma a proteger o idoso de lesões imediatas e futuras e a interromper o ciclo de mau-trato (Donatelli, 2011). Desta forma, o enfermeiro deve ter em conta na sua actuação os princípios fundamentais de **beneficência**, **não maleficência**, **autonomia** e **justiça**, além da **preservação da dignidade humana**, o **respeito** pelo idoso e o **direito à vida**.

Ao reportar a situação de maus-tratos, o enfermeiro tem de estar consciente do seu acto, pois este não deve violar o sigilo profissional e não provocar ao idoso maior dano que aquele que apresenta. Contudo, é imprescindível perceber se o profissional de saúde está a manter a confidencialidade dos factos ou a compactuar com o abuso (WHO, 2008).

5. CONCLUSÃO

Como se pretendeu retratar, o fenómeno do envelhecimento é uma problemática que tem de ser observada sob vários planos, nomeadamente socioeconómico, político, educacional, saúde e, principalmente, pessoal.

Inerente aos fenómenos fisiopatológicos do envelhecimento, a individualidade do idoso deve estar subjacente aos planos de actuação do enfermeiro, pois este, através de uma observação individualizada e centrada no indivíduo, deve ser capaz de identificar as particularidades de cada idoso, que, como se constata, são próprias de cada um, pois não se envelhece da mesma forma (Paschoal, 2002).

Associado ao fenómeno do envelhecimento, à fisiopatologia e aos estereótipos criados em torno da pessoa idosa (dependência, fragilidade, entre outros), surge a problemática da violência e maus-tratos, que contribui para o seu dano **físico, sexual, psicológico ou emocional, material ou financeiro, abandono, negligência e auto-negligência** (NCEA, 1998), conduzindo-o ao isolamento social, provocando a sustentação da ideia de dependência de outrem e concomitantemente potenciando os chamados factores de risco (Wieland, 2000; Ferreira-Alves, 2004; Fulmer *et. al.*, 2004; Lachs e Pillemer, 2004; NCEA, 1998 e 2005; Neno R. e Neno M., 2005; WHO, 2008; Costa *et. al.*, 2009; Verté e Donder, 2009; Borralho, Lima e Ferreira-Alves, 2010).

Pela especificidade do idoso, a abordagem do enfermeiro deve contemplar todo um conjunto de instrumentos de colheita de dados específicos, assim como de escalas e instrumentos que observem e quantifiquem as **alterações físicas, funcionais, cognitivas, afectivas, sociais e familiares** do idoso.

A experiência e o pensamento intuitivo-reflexivo são contributos da Teórica de Enfermagem Patricia Benner, que serviu de quadro conceptual de enfermagem neste relatório, pois a aquisição e desenvolvimento de competências é imprescindível à formação científica, prática e afectiva do enfermeiro especialista (Benner, 2001 e 2011).

Considera-se que todos os objectivos propostos para este relatório foram atingidos, uma vez que foi contextualizada a problemática da violência e maus-tratos à pessoa idosa, com especial foco para os aspectos relacionados com o envelhecimento, bem como o papel do enfermeiro na identificação, notificação e monitorização de casos suspeitos. Foram também justificados os objectivos de estágio, assim como as actividades preconizadas e os recursos previstos para os atingir, realçando as implicações éticas e legais na actuação do enfermeiro especialista perante a suspeita de violência e maus-tratos à pessoa idosa.

O estudo de investigação realizado contribuiu para uma melhoria do conhecimento da problemática dos maus-tratos à pessoa idosa que recorreu ao serviço de urgência central, tendo a sensibilização e a evidência prática contribuído para o desenvolvimento de competências científicas no cuidar da pessoa

idosa. Permitiu ainda reflectir sobre a necessidade de uma avaliação sistemática através de instrumentos específicos e do desenvolvimento de equipas multidisciplinares especializadas no cuidados à pessoa idosa e seus familiares, reduzindo a probabilidade de erro na decisão clínica e a rentabilização dos recursos existentes, conduzindo à correcta notificação às entidades competentes.

Consciente do contributo científico do trabalho de investigação realizado, foi submetido um poster com o título “Screening of Elder Abuse in the Emergency Departement” para apresentação em reunião internacional na 16th International Conference on Violence, Abuse and Trauma a realizar em San Diego, Califórnia, entre os dias 11 e 14 de Setembro de 2011, tendo sido aprovado.

Encontra-se também em redacção um artigo científico para ser submetido a avaliação e posterior publicação em revista nacional e internacional.

A metodologia descritiva e analítica utilizada no decorrer do relatório parece ter sido totalmente adequada.

BIBLIOGRAFIA

- ACTION ON ELDER ABUSE (AEA) (2006). Acedido em: 24/02/2010. Disponível em: [http://www.elderabuse.org.uk/About%20Abuse/What is abuse%20define.htm](http://www.elderabuse.org.uk/About%20Abuse/What%20is%20abuse%20define.htm)
- ALERT-ADW .3.5 e .4.1 (2009) – **[Aplicação Informática do Sistema ALERT]**. Acessível no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria.
- AMSTADTER, Ananda B.; CISTER, Josh M.; McCAULEY, Jenna L.; HERNANDEZ, Melba A.; MUZZY, Wendy; ACIERNO, Ron (2011) – Do Incident and Perpetrator Characteristics of Elder Mistreatment Differ by Gender of the Victim? Results from the Nacional Elder Mistreatment Study. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. [em linha]. Vol. 23 nº 1, p. 43-57. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: http://pdfserve.informaworld.com/693096_778384746_932562733.pdf. ISSN 0894-6566.
- ARAVANIS, Sara C.; ADELMAN, Ronald D.; BRECKMAN, Risa; FULMER, Terry T.; HOLDER, Elma; LACHS, Mark; O'BRIEN, James G.; SANDERS, Arthur B. (1993) – Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. **Archives of Family Medicine**. [em linha]. Vol. 2 nº 4, p. 371-88. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://archfami.ama-assn.org/cgi/reprint/2/4/371>.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (APAV) (2010) – **Pessoas Idosas Vitimas de Crime 2000-2009 – Estatísticas APAV**. Lisboa: Unidade de Estatística. Acedido a 10/10/2010. Disponível em: http://www.apav.pt/portal/pdf/Estatisticas_Pessoas_idosas_vitimas_crime_2000-2009.pdf.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (APAV) (2011) – **Pessoas Idosas Vitimas de Crime e Violência – Estatísticas APAV 2010**. Lisboa: Unidade de Estatística. Acedido a 15/04/2011. Disponível em: http://www.apav.pt/portal/pdf/estatisticas_2010_pessoas_idosas_vitimas_crime_violencia.pdf.
- BARRETO, João; LEUSCHNER, António; SANTOS, Filomena; SOBRAL, Margarida (2008) – Escala de Depressão Geriátrica. In. Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demencial. Lisboa.
- BASS, David; ANETZBERGER, Georgia; EJAZ, Farida; NAGPAUL, Kamba (2001) - Screening Tools and Referral Protocol for Stopping Abuse Against Older Ohioans: A Guide for Service Providers. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. [em linha]. Vol. 13. nº 2. p. 23-38. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: http://pdfserve.informaworld.com/899824_778384746_904787467.pdf. ISSN 0894-6566.
- BENNER, Patrícia. (2001) - **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- BENNER, Patrícia; KYRIAKIDIS, Patricia H.; STANNARD, Daphne (2011) - **Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care - A Thinking in Action Approach**. 2ª ed.. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0573-8. Acedido a 05/04/2011. Disponível em: http://www.springerpub.com/samples/9780826105738_chapter.pdf
- BORRALHO, Odete; LIMA, Margarida P.; FERREIRA-ALVES, José (2010) – **Maus-Tratos e negligência a pessoas idosas: Identificação e Caracterização de casos no Serviço de Urgência de um Hospital Central**. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- BOTELHO, Amália (2005) – A Funcionalidade dos Idosos. In: PAÚL, Constança; FONSECA, António M. (2005) – **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-185-1. p.111-135.

- BROWN, Kathleen; STREUBERT, George E.; BURGESS, Ann W. (2004) – Effectively Detect and Manage Elder. **The Nurse Practitioner**. [em linha]. Vol. 29 nº 8 (Agosto 2004), p. 22-31. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=31&hid=25&sid=79255e3a-ab8f-4a27-9c08-8d0180b3afc7%40sessionmgr114>. ISSN: 0361-1817.
- BUŽGOVÁ, Radka; IVANOVÁ, Kateřina (2011) – Violation of ethical principles in institutional care for older people. **Nursing Ethics**. [em linha]. Vol. 18 nº 1 (Janeiro 2011), p. 64-78. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=efb77053-5333-4f87-ba2f-ac2f3b7ac7a5%40sessionmgr10&vid=1&hid=25>. ISSN: 0969-7330.
- COLLINS, Kim A. (2006) – Elder Maltreatment – A Review. **Arch Pathology and Laboratory Medicine**. [em linha]. Vol. 130 nº 9 (Setembro 2006), p. 1290-1296. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://www.archivesofpathology.org/doi/pdf/10.1043/1543-2165%282006%29130%5B1290%3AEMAR%5D2.0.CO%3B2>. ISSN 1543-2165.
- COSTA, Ana (2005) – A Depressão nos Idosos Portugueses. In: PAÚL, Constança; FONSECA, António M. (2005) – **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-185-1. p.157-176.
- COSTA, Isabel; PIMENTA, Ângela; BRIGAS, Diana; SANTOS, Luísa; ALMEIDA, Sofia. (2009) – Maus tratos nos idosos – Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários. **Revista Portuguesa Clínica Geral** [em linha] Vol. 25. N.º 5. Acedido em: 25/02/2010. Disponível em: http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=878
- COOPER, Claudia; SELWOOD, Amber; LIVINGSTON, Gill (2008) – The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. **Age and Ageing**. [em linha]. Vol. 37 nº 2 (Março 2008), p. 151-160. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/37/2/151.full.pdf+html> ISSN: 0002-0729.
- DECRETO-LEI nº 104/1998. **D. R I Série – A**. 93 (1998/04/21) 1739-1757.
- DECRETO-LEI n.º 252/2007. **D. R I Série**. 128 (2007/07/05) 4346-4347.
- DESPACHO n.º 31292/2008. **D. R II Série – C**. 236 (2008/12/05) 49207-49231.
- DEL DUCA, Giovâni F.; SILVA, Marcelo Cozzensa da; HALLAL, Pedro Curi (2009) – Incapacidade Funcional para Actividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária em Idosos. **Revista Saúde Pública**. [em linha]. Vol. 43 nº 5 (Outubro 2009) p. 796-805. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500008&lng=es&nrm=iso&tlng=es ISSN 0034-8910.
- DONATELLI, Nancy Stephens (2011) – Negligência e Maus-Tratos no Idoso. In: HOWARD, Patricia Kunz; STEINMANN, Rebeca A. (2011) – **Sheehy’s Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática** (2011), 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9. p. 729-733.
- DYER, Christopher; ROWE, Jed. (1999) – Elder Abuse. **Trauma**. [em linha]. Vol. 1 nº 2 (Abril, 1999), p. 163-169. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=113&sid=def84785-87a3-4e8a-a6d5-ccc8158d7f%40sessionmgr104>.
- ERLINGSSON, Chisten L.; CARLSON, Sharon L.; SAVEMAN, Britt-Inger (2005) – Elder Abuse Risk Indicators and Screening Questions: Results from a Literature Search and a Panel of Experts from Developed and Developing Countries. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. [em linha]. Vol. 15 nº 3, p.

185-203. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: http://pdfserve.informaworld.com/616923_778384746_902218076.pdf. ISSN 0894-6566.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (ESEL) (2009/2010) – **Planeamento do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

EUROSTAT (2010) - **Demography Report 2010**. Acedido em 15/03/2011. Disponível em: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/documents/Tab/report.pdf>

EURAG-Europe (2005) – **Back Ground Paper – Rights and Responsibilities of Older Persons**. Acedido em 15/03/2011. Disponível em: <http://www.webhbase.com/aagi/wp-content/uploads/euragbackgroundpaperightsandresponsibilitiesofolderpersons1.pdf>

FERREIRA-ALVES, José (2004) – **Factores de Risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos**. Coimbra: Coimbra Editora. ISSN: 0870-4791. Acedido em 13/02/2010. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4423>

FERREIRA-ALVES, José; SOUSA, Mónica (2005) – **Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar**. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Letras. ISSN: 0872-3419. Acedido em 10/02/2010. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4423/3/abuso%20e%20negliq%C3%Aancia%20-%20ciencias%20criminais.pdf>

FERREIRA-ALVES, José; SANTOS, Ana J. (2009) – **Literature review about Spain older adult's abuse and neglect**. Braga: Universidade do Minho. Acedido em 02/04/2011. Disponível em: <http://www.stakes.fi/pdf/avow/literaturereviewspain.pdf>

FERREIRA-ALVES, José; SANTOS, Ana J. (2010) – **Literature review (Portugal)**. Braga: Universidade do Minho. Acedido em 02/04/2011. Disponível em: <http://www.stakes.fi/pdf/avow/literaturereviewportugal.pdf>

FILHO, Eurico Thomaz de Carvalho (2002) – Fisiologia do Envelhecimento. In: NETTO, Matheus Papaléo (2002) – **Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Editora Atheneu. ISBN 85-7379-109-8. p. 60-70.

FULMER, Terry; GUADAGNO, Lisa; BITONDO, Carmelo Dyer; CONNOLLY, Marie Therese (2004) – Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. **Journal of American Geriatrics Society**. [em linha]. Vol. 52 nº 2 (Fevereiro 2004), p. 297-304. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=54&hid=122&sid=79255e3a-b8f-4a27-9c08-8d0180b3afc7%40sessionmgr114>. ISSN: 0002-8614

GARCIA, Luís Miguel Alves. (1994) – Dependência em idosos. **Nursing**. Lisboa. Vol. 78:79 (Jul-Ago). p. 8-11.

GONÇALVES, C. (2006) – Idosos: Abuso e Violência. **Revista Portuguesa Clínica Geral**, Vol. 22. Nº 6. p. 739-745. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/Download.aspx?file=+H9KsPBBThmkjxXxYr2tnWqcllg8AFhHulvnn9qbn0/e7ds625NqelAxE4FdG3zVcCNe1vuZHfRslwZkfd3C6z1V6kL3TT4xncCM78i6vJZj24UQWQz7ePFYzuwlbaQb&name=Idosos: abuso e violência>

GUERREIRO, Manuela; SILVA, Ana Paula; BOTELHO, Maria Amália; LEITÃO, Olívia; CALDAS, Alexandre Castro; GARCIA, Carlos (2008) – Avaliação Breve do Estado Mental. In. Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demencial. Lisboa.

- HOFFMANN, Ernesto J.; RIBEIRO, Fábio; FARNESE, Jussara M.; LIMA, Estefânia W. B. (2010) – Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. [em linha]. Vol. 59 n° 3, p. 190-197. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a04v59n3.pdf>. ISSN 0047-2085.
- IMAGINÁRIO, Cristina (2004) – **O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal**. Coimbra: Edição Formasau. ISBN 972-8485-38-7.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (INE) (2008) – **Estatísticas Demográficas 2007**. Lisboa: INE. ISBN 978-972-673-961-6.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (INE) (2010) – **Revista de Estudos Demográficos n° 48**. Lisboa: INE. Acedido em 15/01/2011. Disponível em: <http://www.ine.pt>
- LACHS, Mark S.; PILLEMER, Karl (2004) – Elder Abuse. **Lancet**. [em linha]. Vol. 364 (9441) n° 2 (Outubro 2004), p. 1263-1272. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=61&hid=122&sid=79255e3a-ab8f-4a27-9c08-8d0180b3afc7%40sessionmgr114>. ISSN 0099-5355.
- LAMOND, Dawn; THOMPSON, Carl (2000) – Intuition and Analysis in Decision Making and Choice. **Journal of Nursing Scholarship**. [em linha]. Vol. 32 n° 3 (Dezembro 2000), p. 411-414. <http://www.york.ac.uk/res/dec/resources/papers/nur350r2.pdf>. ISSN: 1527-6546.
- LEI n.º 45/2004. **D. R I Série – A**. 195 (2004/08/19) 5361-5368.
- LEI n.º 112/2009. **D. R I Série**. 180 (2009/09/16) 6550-6561
- LOWENSTEIN, Ariela (2009) – Elder Abuse and Neglect – “Old Phenomenon”: New Directions for Research, Legislation and Service Developments. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. [em linha]. Vol. 21 n° 3, p. 278-287. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: http://pdfserve.informaworld.com/81780_0_778384746_913060871.pdf. ISSN 0894-6566.
- MADUREIRA, Sofia; VERDELHO, Ana (2008) – Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária. In: Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demencial. Lisboa.
- MAGALHÃES, Teresa (2010) – **Violência e Abuso: Estado de Arte**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. ISBN: 978-989-26-0025-3.
- McGARRY, J.; SIMPSON, C. (2009) – Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting. **Nursing Older People**. [em linha]. Vol. 21 n° 1 (Fevereiro 2009), p. 33-38. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=66&hid=122&sid=79255e3a-ab8f-4a27-9c08-8d0180b3afc7%40sessionmgr114>. ISSN: 1472-0795.
- MERCURIO, Andrea E.; NYBORN, Justin (2007) – Cultural Definitions of Elder Maltreatment in Portugal. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. [em linha]. Vol. 18 n° 2, p. 51-65. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: http://pdfserve.informaworld.com/185331_778384746_902267165.pdf. ISSN 0894-6566.
- MILLER, Carol A. (2004) – Elder Abuse: The Nurse’s Perspective. **Clinical Gerontologist**. [em linha]. Vol. 28 n° 1 e 2 (Setembro 2004) p. 105-133. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=11&sid=3b9ebb14-e128-4cc3-81f3-b61b94f64162%40sessionmgr4>. ISSN 0731-7115.

- MOORE, Susan (2001) – Violência Doméstica. In: SHEEHY, Susan (2001) – **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 4ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-16-9. p. 803-808.
- MOUTON, Charles P.; TALAMANTES, Melisse; PARKER, Robert W.; ESPINO, David V.; MILES, Toni P. (2001) – Abuse and Neglect in Older Men. **Clinical Gerontologist**. [em linha]. Vol. 24 nº 3/4, p. 15-26. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=11&sid=3b9ebb14-e128-4cc3-81f3-b61b94f64162%40sessionmgr4>. ISSN 0731–7115.
- NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (NCEA) (1998) – **The National Elder Abuse Incidence Study**. Acedido em 15/03/2011. Disponível em: http://aoa.gov/AoARoot/AoA_Programs/Elder_Rights/Elder_Abuse/docs/ABuseReport_Full.pdf
- NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (NCEA) (2005) – **15 Questions & Answers About Elder Abuse**. Washington, DC. Acedido em 10/11/2010. Disponível em: http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/pdf/publication/FINAL%206-06-05%203-18-0512-10-04qa.pdf
- NENO R. e NENO M. (2005) – Identifying Abuse in Older People. **Nursing Standard**. Vol. 20. Nº 3. p. 43-47. ISSN 0029-6570. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=113&sid=79255e3a-ab8f-4a27-9c08-8d0180b3afc7%40sessionmgr114>.
- NETTO, Matheus P.; BORBONOV, Nelson (2002) – Biologia e Teorias do Envelhecimento. In: NETTO, Matheus Papaléo (2002) – **Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Editora Atheneu. ISBN 85-7379-109-8. p. 44-59.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2003) – **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2009) – **Caderno Temático: Modelo de desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2005) – **Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido em: 15/01/2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- PASCHOAL, Sérgio M. P. (2002) – Epidemiologia do Envelhecimento. In: NETTO, Matheus Papaléo (2002) – **Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Editora Atheneu. ISBN 85-7379-109-8. p. 26-43.
- PAULOS, C. (2006) – **Maus tratos na população idosa institucionalizada**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Tese de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses. Acedido em 28/01/2010. Disponível em: <http://catpaulos.no.sapo.pt/gerontologia/index.html>
- PAULOS, C. (2007) – A Percepção de maus tratos em idosos institucionalizados. **Psychologica**. Vol. 46. p. 235-257. ISSN 0871–4657.
- PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.
- PHELAN, A. (2010) – Elder Abuse and the community nurse: supporting the patient. **British Journal of Community Nursing**. [em linha]. Vol. 15 nº 10 (Outubro 2010), p. 472-478. Acedido em 10/10/2010.

Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=77&hid=122&sid=79255e3a-ab8f-4a27-9c08-8d0180b3afc7%40sessionmgr114>. ISSN: 1462-4753.

- PODNIIEKS, Elizabeth; PENHALE, Bridget; GOERGEN, Thomas; BIGGS, Simon; HAN, Donghee (2010) – Elder Mistreatment: An International Narrative. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. [em linha]. Vol. 22, nº 1 e 2, p. 131-163. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: http://pdfserve.informaworld.com/8018778384746_920643423.pdf. ISSN 0894-6566.
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Ministério da Saúde (2004) – **Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004-2010 (PNSPI)**. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-110-1 (Vol. II).
- STIEGEL, Lori (2007) - Recommendations for the Elder Abuse, Health, and Justice Fields About Medical Forensic Issues Related to Elder Abuse and Neglect. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. [em linha]. Vol. 18 nº 1, p. 41-81. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: http://pdfserve.informaworld.com/186017778384746_902276677.pdf. ISSN 0894-6566.
- VERTÉ, Dominique; DONDER, Liesbeth De (2009) – **Literature Review Belgium**. Bruxelas: Vrije Universiteit Brussel. Acedido em 02/04/2011. Disponível em: <http://www.stakes.fi/pdf/avow/literaturereviewbelgium.pdf>.
- VILARINHO, Liliana I. M. (2010) – **Avaliação de Preditores de Abuso Financeiro na População Idosa**. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado em Medicina Legal. Acedido em 15/02/2010. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26600/2/TesedeMestradoLilianasabelMendesVilarinho.pdf>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1995). Acedido em 28/10/2010. Disponível em: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2002) – **World Report on Violence and Health**. Geneva: World Health Organization. Acedido em 15/03/2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2008) - **Discussing Screening for Elder Abuse At Primary Health Care Level**. World Health Organization. ISBN: 978-92-4-159453-0. Acedido em 15/03/2011. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf.
- WIELAND, Diane (2000) – Abuse of Older Persons: An Overview. **Holist Nurs Pract**. [em linha]. Vol. 14 nº 4 (Julho 2000), p. 40-50. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=79&hid=122&sid=79255e3a-ab8f-4a27-9c08-8d0180b3afc7%40sessionmgr114>. ISSN: 0887-9311.
- YAFFE, M.; WOLFSON, C.; LITHWICK, M. (2009) - Professions show different enquiry strategies for elder abuse detection: implications for training and interprofessional care. **Journal of Interprofessional Care**. [em linha]. Vol. 23 nº 6 (Novembro 2009), p. 646-654. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=83&hid=122&sid=79255e3a-ab8f-4a27-9c08-8d0180b3afc7%40sessionmgr114>. ISSN: 1356-1820.
- ZHANG, Zhenmei; SCHIAMBERG, Lawrence B.; OEHMKE, James; BARBOZA, Gia E.; GRIFFORA, Robert J.; POST, Lori A.; WEATHERILL, Robin P.; MASTIN, Teresa (2011) – Neglect of Older Adults in Michigan Nursing Homes. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. [em linha]. Vol. 23 nº 1, p. 58-74.

Acedido em 10/10/2010. Disponível em: http://pdfserve.informaworld.com/493465_778384746_932561904.pdf. ISSN 0894-6566.

ZIMERMAN, Guite I. (2000) – **Velhice – Aspectos Biopsicossociais**. São Paulo: Artmed Editora, ISBN 85-7307-751-4.

APÊNDICES

Apêndice I – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Rui Pedro Gil Penedo, sou aluno do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura da Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, na vertente da Pessoa Idosa. Encontro-me na fase de realização de um estudo de investigação às pessoas com idades superiores ou iguais a 65 anos de idade que recorrem ao Serviço de Urgência Central do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Hospital de Santa Maria, com a finalidade de rastrear possíveis casos de violência e maus-tratos ao idoso.

Este trabalho tem como objectivo geral de estágio, desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidar à Pessoa Idosa com suspeita de Violência e Maus-Tratos que recorre a um Serviço de Urgência. Como Objectivos Específicos foram delineados: Analisar a problemática da Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa que recorre ao Serviço de Urgência, contemplando os factores de risco do idoso e presumível agressor, bem com a sua tipologia; Capacitar a Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência para a observação, identificação e encaminhamento de Pessoas Idosas com suspeita de Violência e Maus-Tratos e, Desenvolver “Check List” que permita o Rastreio de Violência e Maus-Tratos a Pessoas Idosas.

Em relação aos dados obtidos, fica assegurada a inteira confidencialidade dos mesmos, decorrentes da obrigação de segredo profissional de quem procede à aplicação do questionário.

Declaro que fui informado(a) de todos os pormenores relacionados com o questionário, o qual se encontra inserido no projecto de investigação com o título “Rastreio de Suspeita de Violência e Maus-Tratos ao Idoso que recorre a um Serviço de Urgência”.

Foi-me dada a oportunidade para colocar questões que julguei necessárias, relativamente às quais obtive resposta satisfatória.

Nestas condições, é de livre vontade que dou o meu consentimento para a aplicação do questionário que me foi proposto.

Agradeço a sua colaboração.

_____ / ____ / ____

(entrevistador)

(utente)

Apêndice II – Cronograma de Estágio

Legenda de Actividades

<p style="text-align: center;">Objectivo 1</p>	<p>a) b) c) e) f) g) h) i) j) l)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica alicerçada ao Tema em estudo; • Entrevista à Dr.ª Catarina Paulos, Psicóloga, Mestre em Patologia Forense; • Entrevista ao Dr. Fernando Vieira, Psiquiatra, director do Serviço de Patologia Clínica do Instituto de Medicina Legal de Lisboa, responsável pela consulta de Avaliação do Dano; • Observação das pessoas idosas e seus acompanhantes aquando a admissão e triagem no Serviço de Urgência, para despistar possíveis situações de violência e Maus-Tratos; • Negociação com PSP e Assistente Social do serviço para contacto telefónico sempre que surgir um caso de violência identificado; • Sensibilização do Enfermeiro triador para a observação de possíveis Sinais e Sintomas de Violência e Maus-Tratos; • Realização de estudos de caso à Pessoa Idosa e família, segundo a classificação de Imaginário (2004): <ul style="list-style-type: none"> ▶ “Idoso Jovem” (65-74 anos) – 2 estudos de caso; ▶ “Idoso Médio” (75-84 anos) – 2 estudos de caso; ▶ “Idoso Idoso” (acima dos 85 anos) – 2 estudos de caso. • Identificação do papel do enfermeiro no rastreio de possível violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa; • Partilha de informação necessária e pertinente relativa ao idoso e família, com a restante equipa multidisciplinar; • Avaliação formativa junto do enfermeiro orientador do estágio com o objectivo de reflectir sobre a prática diária e o desempenho, bem como melhorar a prestação de cuidados.
<p style="text-align: center;">Objectivo 2</p>	<p>a) b) c) d) e) f)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião formal com o Sr. Enf. Chefe, Sr.ª Enfermeira Supervisora e Directora Clínica do Serviço de Urgência, com o intuito de apresentar e discutir a implementação do projecto; • Sensibilização dos Enfermeiros para a problemática através de sessão de formação no serviço; • Mobilização da equipa de enfermagem e multidisciplinar para uma observação activa da pessoa idosa e seus familiares; • Realização de registos de Enfermagem precisos e concisos, com descrição pormenorizada das lesões/comportamentos identificados. • Acompanhamento e monitorização dos casos suspeitos de Violência e Maus-Tratos no Serviço de Urgência; • Percepção das entidades às quais podem ser encaminhados os casos suspeitos de Violência e Maus-Tratos.
<p style="text-align: center;">Objectivo 3</p>	<p>a) b) c) d) f)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de revisão bibliográfica; • Reunião formal com Sr. Enf. Chefe do Serviço de Urgência com o intuito de apresentar e discutir o instrumento que se preconiza desenvolver; • Validação por peritos da “Check List” desenvolvida; • Exposição, em poster, dos sinais, sintomas e comportamentos mais frequentes observados nos idosos vítimas de Violência e Maus-Tratos, após validação; • Realização de acção de formação à equipa multidisciplinar para apresentação da “Chek List” elaborada e dos resultados obtidos com o estudo.

Apêndice III – Planeamento da Sessão de Formação

PLANO DE SESSÃO

Título: Rastreio de Suspeita de Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa que recorre a um Serviço de Urgência

Formador: Rui Pedro Gil Penedo

Local: Anfiteatro de Medicina II, Piso 2 (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria)

Data: 28 de Fevereiro de 2011

Hora: 15:30 – 16:30

	Sequência/ Conteúdo Programático	Tempo	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Objectivos	Recursos Didácticos /Meios Auxiliares	Avaliação
Introdução	Apresentação do formador e tema Justificação do tema Conteúdos da sessão	3 Minutos	Expositivo	Apresentar o formador e o Tema Contextualizar a formação Comunicar os Objectivos específicos	Computador Data show	Observação

Desenvolvimento	<p>Enquadramento do envelhecimento</p> <p>Quadro conceptual da Violência e Maus-Tratos ao utente idoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceito • Epidemiologia • Tipologia • Sinais e sintomas • Factores de risco • Perfil Vítima • Perfil Agressor • Prevenção <p>Papel do Profissional de Saúde no Serviço de Urgência</p> <p>Enquadramento da Legal e Implicações Éticas</p> <p>Exposição do estudo de investigação realizado</p> <p>Implicações para a prática clínica</p>	20 Minutos	Expositivo	<p>Enquadrar o envelhecimento Mundial e Nacional</p> <p>Apresentar e identificar o quadro conceptual da Violência e Maus-Tratos ao utente idoso</p> <p>Identificar o papel do Profissional de Saúde no Serviço de Urgência</p> <p>Apresentar legislação e implicações éticas</p> <p>Apresentar o estudo de investigação realizado</p> <p>Apresentar implicações para a prática clínica</p>	Computador Data show	Observação
-----------------	--	---------------	------------	--	-----------------------------	------------

Discussão	Esclarecimento de dúvidas relativamente ao desenvolvimento da sessão	15 minutos	Partilha de dúvidas	Permitir aos formandos colocação de dúvidas Esclarecimento de dúvidas acerca da sessão	Computador Data show	Partilha de Ideias
Conclusão	Distribuição de material de apoio	5 minutos		Distribuir material de apoio Distribuir ficha de avaliação do conteúdo e formador		Avaliação Formativa

Apêndice IV – Dispositivos da Sessão de Formação “Rastreo de Suspeita de Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa que recorre a um Serviço de Urgência

“Rastreo de Suspeita de Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa que recorre a um Serviço de Urgência”

2011

Rui Gil
Carlos Neto
Graça Melo

Objectivos

- ▶ Contextualizar o Envelhecimento Mundial e Nacional
- ▶ Sensibilizar para a problemática da Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa
- ▶ Identificar o papel do Profissional de Saúde no Serviço de Urgência
- ▶ Abordar Implicações Éticas e Legais
- ▶ Apresentar Estudo de Investigação realizado
- ▶ Apresentar implicações para a prática clínica

Sumário

- ▶ Envelhecimento Mundial e Nacional
- ▶ Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa
 - Quadro conceptual
 - Epidemiologia
 - Tipologia
 - Factores de risco / potenciais agentes
 - Perfil da vítima e do agressor
 - Prevenção
- ▶ O Profissional de Saúde no Serviço de Urgência
- ▶ Legislação e Implicações Éticas
- ▶ Estudo de Investigação
- ▶ Implicações para a prática clínica

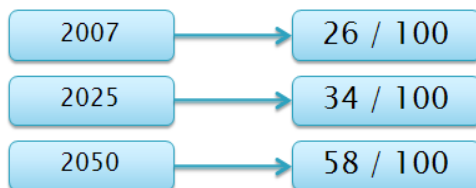
Envelhecimento Mundial

“(…) entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %. Em 2025, existirão cerca de 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos e até 2050, 2,0 biliões.”

(OMS, 2005)

Envelhecimento Nacional

Dados de Projecção



Idosos / Indivíduos em idade activa

(INE, 2008)

Envelhecimento Activo

“(…) processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.”

(OMS, 2005 e PNSPI)



Maus-Tratos

“um acto único, ou repetido, ou a falta de medidas adequadas, ocorrendo dentro de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança que causa dano ou sofrimento de uma pessoa mais velha”

(OMS, 1995)

Quadro conceptual

Maus-Tratos

- ▶ Modelo de Stress Situacional
- ▶ Teoria da Troca Social
- ▶ Modelo da Violência Transgeracional
- ▶ Modelo da Violência Bidireccional
- ▶ Modelo da Psicopatologia do Perpetrador

9

Epidemiologia USA

Maus-Tratos

- ▶ Em 1991 estimaram-se 1,5 a 2 milhões de pessoas idosas vítimas de abuso.
- ▶ Num estudo transversal comunitário, verificou que 32 em cada 1000 idosos (3,2%) foram vítimas de pelo menos um tipo de mau-trato.
- ▶ Em cada 14 casos identificados, apenas 1 foi reportado às agências

(Aravanis et. al.1993)

10

Epidemiologia USA

Maus-Tratos

- ▶ Estudo realizado em 15 estados
- ▶ Em 1996, estimaram-se cerca de 449,942 pessoas idosas vítimas de abuso e negligência
- ▶ 70.942 (16%) foram reportados a agências especializadas
- ▶ 378.982 (84%), foram apenas reportados a elementos sentinela (elementos treinados em contexto hospitalar, departamentos policiais, centros de idosos, entre outros)

(Zhang et. al. 2011)

11

Epidemiologia Nacional

Maus-Tratos

- ▶ Entre 2007 e 2008, verificou-se um aumento de 20,7% de mau-trato nas pessoas idosas, de 656 para 792 utentes
- ▶ **Perfil do Agressor:**
 - sexo masculino (acima dos 65 anos) - > 70%
 - Cônjuge/companheiros - 33,2%
 - Filhos - 30%
 - Vizinhos - 4,3%

(APAV, 2010)

12

Incidência

Maus-Tratos

Mundial

- ▶ Negligência
- ▶ Psicológico
- ▶ Financeiro
- ▶ Físico

Nacional

- ▶ Psicológico
- ▶ Físico
- ▶ Financeiro
- ▶ Sexual

13

Tipologia

Maus-Tratos

- ▶ Físicos
- ▶ Sexuais
- ▶ Psicológicos / Emocionais
- ▶ Financeiros / Materiais
- ▶ Abandono
- ▶ Negligência
- ▶ Auto-negligência

(NCEA, 2006)

14

Maus-Tratos Físicos



“Uso não intencional da força física que pode resultar em ferimentos corporais, dor física ou em incapacidade”

- Lesão física inexplicável em locais protegidos (face interna da coxa e braços);
- Hematomas em vários estádios de evolução;
- Feridas/lesões padrão - marca de dedos, queimadura de cigarro, marcas de objectos, mordedura;
- Fracturas inexplicáveis.

15

Maus-Tratos Sexuais



“contacto sexual, não consentido, de qualquer tipo de pessoa com a pessoa idosa”

- Sinais de trauma na região genital, mamas, recto ou boca;
- Sinais de hematoma ou hemorragia na região genital externa;
- Doenças sexualmente transmissíveis inexplicáveis;
- Sintomatologia defensiva (tristeza, medo excessivo, agressividade, passividade, ansiedade, retraimento, apatia, insónia, agitação, choro fácil).

16

Maus-Tratos Psicológicos



“infligção de angústia, dor ou aflição, com recurso a meios verbais ou não verbais”

- Vivência de insultos;
- Mudança de humor repentino na presença de familiar ou cuidador;
- Recusa de tratamento por familiar ou cuidador;
- Espera que o cuidador responda às questões colocadas;
- Evita contacto visual;
- Humilhação e infantilização.

17

Maus-Tratos Financeiros



“uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens da pessoa idosa”

- Não cumprimento de obrigações financeiras;
- Levantamento de dinheiro em quantias desadequadas;
- Discrepância entre o nível de vida e os rendimentos;
- Inexistência de bens pessoais;
- Desvio de fundos, propriedades e outros bens;
- Emissão de cheques ao cuidador ou a estranhos.

18

Negligência



“falha em proporcionar o cuidado físico ou mental essencial à pessoa idosa”

- Aparência descuidada;
- Má higiene pessoal;
- Vestuário desadequado à estação do ano;
- Falta de ortóteses;
- Sinais de desnutrição e perda de peso;
- Privação de assistência médica ou familiar;
- Privação de meios de segurança.

19

Auto-Negligência



“comportamentos de uma pessoa idosa, mentalmente capaz, que ameaçam a sua própria saúde ou segurança”

- ▶ Recusa de cuidados;
- ▶ Recusa de tratamento;
- ▶ Recusa na tomada de medicação;
- ▶ Alimentação desadequada;
- ▶ Aparência descuidada;
- ▶ Maus cuidados de higiene.

20

Sub-Referenciação

Maus-Tratos

- ▶ Perda do cuidador mesmo que sendo este abusivo
- ▶ Ficar só sem ter ninguém que o cuide
- ▶ Ser colocado numa instituição
- ▶ Perda de privacidade e de relações familiares;
- ▶ Recriminações pelo alegado abusador
- ▶ Exposição pública e intervenção exterior
- ▶ Ninguém acredite no abuso
- ▶ Ser responsável pelo comportamento abusivo

(Quinn & Tomita (1997)

21

Factores de Risco

Maus-Tratos

- ▶ Idade avançada
- ▶ Existência de comorbilidades
- ▶ Limitação funcional
- ▶ Deterioração cognitiva (como a demência)
- ▶ Alterações psicológicas e do comportamento
- ▶ Dependência física e emocional do idoso relativamente ao cuidados
- ▶ Escassos recursos económicos
- ▶ Reduzido nível educacional
- ▶ Condições de salubridade precárias
- ▶ Isolamento social
- ▶ Antecedentes pessoais ou familiares de maus-tratos

(Fulmer, 2004; Lachs & Pillemer, 2004; Ferreira-Alves, 2005; NCEA, 2005; OMS, 2008 e Costa *et al.*, 2009)

22

Potenciais Agentes

Maus-Tratos

- ▶ Cônjuge
- ▶ Filhos ou parentes
- ▶ Amigos ou vizinhos
- ▶ Trabalhadores remunerados ou voluntários
- ▶ Profissionais da saúde
- ▶ Assistentes sociais
- ▶ Outros cuidadores dos idosos

(Action on Elder Abuse, 1993; NCEA, 2005; Collins, 2006 e Mercurio & Nyborn, 2007)

23

Perfil Agressor

Maus-Tratos

- ▶ Cônjuge
- ▶ Filhos do sexo masculino (35 e 45 anos)
- ▶ Factores de risco associados:
 - Doença mental
 - Stress
 - Abuso de álcool e drogas
 - Dependência emocional e financeira do idoso
 - História de abuso dentro ou fora da família

(Mouton *et. al.*, 2001 e Collins, 2006)

24

Perfil Vítima

Maus-Tratos

- ▶ Mulher
- ▶ 65 aos 75 anos
- ▶ Reformada
- ▶ Residente em meio urbano
- ▶ Dependente

(APAV, 2008; Mouton et. al., 2001 e McGarry 2009)

Prevenção

Maus-Tratos

▶ Três Níveis de Prevenção:

- **Prevenção Primária:** Identificação e tentativa de modificação dos factores de risco
- **Prevenção Secundária:** Detecção precoce de sinais e sintomas de maus-tratos e na instituição de medidas que evitem a sua perpetuação
- **Prevenção Terciária:** Atitudes destinadas a minorar as consequências de uma situação de maus-tratos já consumada, diminuindo as sequelas e proporcionando qualidade de vida ao idoso

(Paulos, 2007)

Serviço de Urgência

Maus-Tratos

2009

197,324 utentes

63.465 com idade superior a 61 anos.

(Alert .4.1)

Equipa Multidisciplinar

Maus-Tratos

- ▶ Profissionais de Saúde
- ▶ Assistentes Sociais
- ▶ Autoridades de saúde
- ▶ Agentes policiais
- ▶ Agências de protecção à vítima

Abordagem Multidisciplinar

Maus-Tratos

- ▶ **Identificação** – reconhecimento e identificação dos vários sinais e sintomas de alerta.
- ▶ **Avaliação** – coordenada, por uma equipa multidisciplinar, acedendo ao idoso e cuidador, numa tentativa de confirmar, ou não, a suspeita de abuso e respectiva etiologia.
- ▶ **Acção** – intervenção coordenada e organizada dos cuidados a prestar ao utente idoso, preferencialmente, permitindo a permanência da vítima no seu ambiente habitacional.

(Gonçalves, 2006)

Identificação e Encaminhamento

Maus-Tratos

Enfermeiro e Médico

Detêm um papel activo e encontram-se numa posição privilegiada no que concerne à identificação e notificação dos vários tipos de Maus-Tratos

(Brown et al, 2004; Fulmer, 2004; Miller, 2005; Neno, 2005 e Costa, 2009)

Dotados de grande capacidade de suspeita e estarem dispostos para indícios físicos e comportamentais nos utentes

(Miller, 2005 e Moore 2001)

Implicações Éticas e Legais

Direitos e Responsabilidades do idoso

Autonomia

Segurança Financeira

Auto-Determinação

Desenvolvimento Pessoal e Social

Respeito

Acesso à Informação, Habitação e Atendimento

Igualdade de Tratamento

Participação Social Activa

BOA QUALIDADE DE VIDA

(EUROGAG-Europe, 2005)

Implicações Éticas e Legais

“vítima especialmente vulnerável”

“(…) cuja especial fragilidade resulte, nomeadamente, da sua diminuta ou avanzada idade, do seu estado de saúde ou do facto de o tipo, o grau e a duração da vitimização haver resultado em lesões com consequências graves no seu equilíbrio psicológico ou nas condições da sua integração social.”

(Lei n.º 112/2009,

publicada no DR n.º 180, 1ª Série, de 16 de Setembro de 2009)

Implicações Éticas e Legais

Notificação

Estar consciente do seu acto

Não Violar o Segredo Profissional

Não causar maior dano que o identificado

33

Estudo de Investigação

Objectivos

Efectuar o rastreio de suspeita de violência e maus-tratos à pessoa idosa que recorre a um serviço de Urgência

Identificar o perfil do idoso vítima de violência e maus-tratos num serviço de urgência

Identificar a frequência dos quatro tipos de violência e maus-tratos na pessoa idosa

Analisar a influência da idade, escolaridade, depressão e dependência instrumental nas actividades de vida diária, com a violência e maus-tratos à pessoa idosa

34

Estudo de Investigação

- Amostra da conveniência
- 90 utentes idosos
- Sem défice cognitivo
- Situação clínica equilibrada

Questionário

Caracterização Sócio-demográfica

MMS

GDS-15

IADL

QEEA

35

Estudo de Investigação

Tipo de Estudo

Transversal

Descritivo

Inferencial

Preditivo

Correlacional

36

Estudo de Investigação

Resultados

Análise Descritiva

Escolaridade

5,16 anos - Masculino

4,80 anos - Feminino

Idade = 74,34

Estado Civil

50,0% (n=45) - Casados

48,9% (n=44) - Viúvos

1,1% (n=1) - Solteiro

(n=90)

37

Estudo de Investigação

Resultados

Análise Descritiva

Sexo

34,4% (n=31) - Masculino

65,6% (n=59) - Feminino

Fluxograma Triagem

26,7% (n=24) - Ind. Adulto

21,1% (n=19) - Probl. Memb.

14,4% (n=13) - Dor Abd.

(n=90)

38

Estudo de Investigação

Resultados

Análise Descritiva

Habitação

74,4% (n=67) - Própria

25,6% (n=23) - Outra

Co-Habitação

50,0% (n=45) - Cônjuge

36,7% (n=33) - Filhos

5,6% (n=5) - Instituição

(n=90)

39

Estudo de Investigação

Resultados

Análise Descritiva

Visitas

74,4% (n=67) - Sim

25,6% (n=23) - Não

Centros de Dia

10,0% (n=9) - Sim

90,0% (n=81) - Não

Hobby's ou Passatempos

43,3% (n=39) - Sim

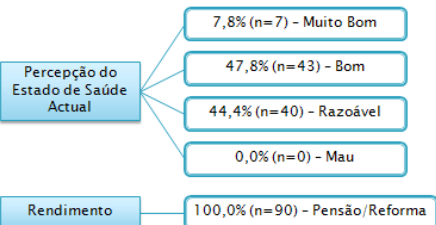
56,7% (n=51) - Não

(n=90)

40

Estudo de Investigação Resultados

Análise Descritiva

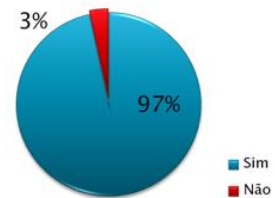


(n=90)

41

Estudo de Investigação Resultados

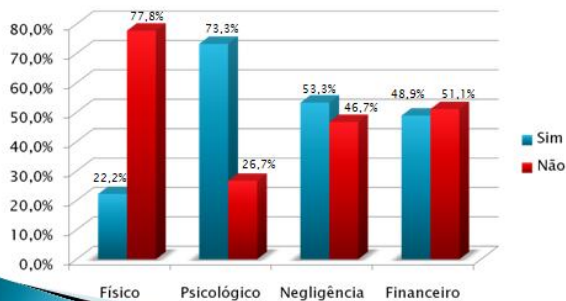
Violência e Maus-Tratos



(n=90)

42

Estudo de Investigação Resultados



(n=90)

43

Estudo de Investigação Resultados

Análise Inferencial

QEEA / Sexo

	Sexo Masculino (n=31)		Sexo Feminino (n=59)		U
	MED	Amplitude	MED	Amplitude	
Abuso físico	0	2	0	4	784,000
Abuso psicológico	2	5	2	5	809,000
Negligência	0	1	1	2	815,500
Abuso financeiro	1	2	0	2	628,500**

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Diferenças significativas no abuso financeiro, com maior incidência no sexo masculino

(n=90)

44

Estudo de Investigação Resultados

Análise Inferencial

QEEA / Co-habitação

	Sim (n=17)		Não (n=73)		U
	MED	Amplitude	MED	Amplitude	
Abuso físico	0	4	0	0	605,500*
Abuso psicológico	2	5	2	4	450,500
Negligência	0	2	1	1	598,500
Abuso financeiro	1	2	0	1	431,500*

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Diferenças significativas no abuso físico e financeiro, com maior incidência nos que habitam sózinhos

(n=90)

45

Estudo de Investigação Resultados

Análise Inferencial

QEEA / Faixa etária

	Idosos Mais novos (<73) (n=45)		Idosos mais velhos (>73) (n=42)		U
	MED	Amplitude	MED	Amplitude	
Abuso físico	0	4	0	2	862,000
Abuso psicológico	1	4	3	5	667,000**
Negligência	0	1	1	2	758,500*
Abuso financeiro	1	2	0	2	838,000

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Diferenças significativas no abuso psicológico e negligência, apresentando os mais novos menores índices que os mais velhos

(n=90)

46

Estudo de Investigação Resultados

Análise Inferencial

QEEA / Depressão

	Baixa depressão (n=69)		Elevada depressão (n=21)		U
	MED	Amplitude	MED	Amplitude	
Abuso físico	0	2	0	4	596,500
Abuso psicológico	1	4	4	3	183,000***
Negligência	0	2	1	2	363,500***
Abuso financeiro	1	2	0	2	661,500

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Diferenças significativas no abuso psicológico e negligência, apresentando os com menos depressão, menores índices de abuso

(n=90)

47

Estudo de Investigação Resultados

Análise Correlacional

QEEA / Idade

	Idade	Abuso físico	Abuso psicológico	Negligência	Abuso financeiro
Idade	-				
Abuso físico	-.158	-			
Abuso psicológico	.346*	.486***	-		
Negligência	.321*	.252*	.599***	-	
Abuso financeiro	-.200	-.059	-.047	-.106	-

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Quanto maior a idade, maior o abuso psicológico e a negligência

(n=90)

48

Estudo de Investigação

Resultados

Análise Correlacional

QEEA / IADL

	QEEA-Total	QEEA-Abuso Psicológico	QEEA-Financieiro	QEEA-Negligência	QEEA-Total	QEEA-Abuso Psicológico	QEEA-Financieiro	QEEA-Negligência
QEEA-Total	1							
QEEA-Abuso Psicológico	.522***	1						
QEEA-Financieiro	.272**	.264**	1					
QEEA-Negligência	.115	.108	.344**	1				

Estudo de Investigação

Resultados

Análise Preditiva

Abuso Psicológico

VD	Passos	VI	R ²	R ² Ajustado	β	t
QEEA- Psicológico	1	Capacidade para tratar das finanças	.272	.264	.522	5,734***

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Capacidade para tratar das finanças é a única preditora significativa do abuso Psicológico

(n=90)

50

Estudo de Investigação

Resultados

Análise Preditiva

Negligência

VD	Passos	VI	R ²	R ² Ajustado	β	t
QEEA- Negligência	1	Capacidade para usar telefone	.115	.108	.344	3,435**

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Capacidade para usar o telefone é a única preditora significativa da Negligência

(n=90)

51

Estudo de Investigação

Resultados

Análise Preditiva

Financeiro

VD	Passos	VI	R ²	R ² Ajustado	β	t
QEEA- Financeiro	1	Capacidade de usar telefone	.056	.045	-.169	-1,539
	2	Tratamento de roupa	.112	.091	.218	2,887**
	3	Cozinhar	.160	.131	-.258	-2,821*

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

As variáveis Tratamento de roupa e Cozinhar são preditoras significativas do QEEA-Financeiro

(n=90)

52

Estudo de Investigação

Resultados

Análise Preditiva

QEEA - Total

VD	Passos	VI	R ²	R ² Ajustado	β	t
QEEA-total	1	Capacidade de tratar das finanças	.140	.130	.374	3,780***

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

A capacidade para tratar das finanças é a única preditora significativa do QEEA-total

(n=90)

53

Implicações para a prática

- ▶ Desenvolvimento do conhecimento sobre Violência e Mau-Tratos
 - educação no serviço de urgência
 - práticas baseadas em evidências científicas
- ▶ Desenvolvimento de competências no rastreio de Violência e Maus-Tratos
 - facilitar a interpretação de sinais e sintomas
 - utilização de instrumentos de medida (escalas)
 - identificação de utentes idosos com possível abuso

54

Implicações para a prática

- ▶ Desenvolvimento da avaliação sistemática dos utentes idosos
 - ▶ utilização de instrumentos de rastreio
 - ▶ criação de equipas multidisciplinares
 - ▶ reduzir o erro na tomada de decisões

- ▶ Minimizar o risco na tomada de decisões
- ▶ Identificar utentes idosos com suspeita de abuso
- ▶ Rentabilizar os recursos da equipa multidisciplinar

55



56

Apêndice V – Ficha de Avaliação da Sessão de Formação

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A – O Mau-Trato é um acto... (assinale com x a resposta adequada)

- a) único
- b) único ou repetido
- c) único ou repetido, ou falta de acção apropriada

B – Quais são os tipos de Maus-Tratos estudados? (assinale com x a resposta adequada)

- a) Físicos e Psicológicos
- b) Físicos, Psicológicos, Negligência e Financeiros
- c) Negligência e Económicos.

C – Os Maus-Tratos Físicos são caracterizados por: (assinale apenas os correctos):

- a) Desidratação
- b) Tristeza, ansiedade, apatia
- c) Hematomas, feridas padrão e queimaduras
- d) Úlceras e feridas não tratadas
- e) Dificuldade em deambular, sentar, urinar e evacuar

D – O Mau-Trato Psicológico é associado a... (assinale com x a resposta adequada):

- a) Comportamentos de regressão
- b) Mudança de humor na presença do familiar ou cuidador
- c) Mudanças bancárias e em outros documentos financeiros
- d) Má higiene pessoal

E – No que diz respeito à Negligência, quais as características que podemos avaliar?

(assinale as respostas correctas):

- a) Privação de assistência médica ou familiar
- b) Evidência de traumatismos antigos não documentados
- c) Elevado nº de episódios de queda e entradas no Serviço de Urgência
- d) Privação de Meios de Segurança

F – Quais os factores de risco mais evidentes? (assinale apenas os correctos):

- a) Idade do utente
- b) Baixo nível educacional
- c) Ausência de limitações cognitivas
- d) Isolamento social
- e) Presença de Co-morbilidades

G – Em relação ao Perfil do Agressor, a literatura diz que: (assinale apenas os correctos)

- a) São familiares afastados
- b) Apresentam consumo de substâncias
- c) São os Profissionais de Saúde
- d) São os cônjuges e filhos com idades entre os 35 e 45 anos

H – Quais a Lei que faz referência a “*vítima especialmente vulnerável*”?

(assinale apenas os correctos)

- a) Lei nº 112/2009
- b) Lei nº 45/2004

OBRIGADO

Apêndice VI – Ilustração em Poster dos principais Sinais e Sintomas de
Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa



VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS À PESSOA IDOSA

/ PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA

// FÍSICOS

- Lesão física inexplicável em locais protegidos;
- Hematomas em vários estádios de evolução;
- Feridas/lesões padrão
- Fracturas inexplicáveis;
- Úlceras de pressão e feridas não tratadas;
- Elevado número de episódios de queda.

// NEGLIGÊNCIA

- Aparência descuidada;
- Má higiene pessoal;
- Vestuário desadequado à estação do ano;
- Falta de ortóteses;
- Sinais de desnutrição e perda de peso;
- Privação de assistência médica ou familiar;
- Privação de meios de segurança.

// MEDICAMENTOSOS

- Alterações repentinas no comportamento;
- Sono excessivo ou insónia;
- Utilização inadequada de medicamentos (excesso ou défice), evidenciada por estudo analítico;
- Alteração do tamanho das pupilas sem causa física aparente.

// SEXUAIS

- Apresenta sentimentos defensivos (medo, agitação, outros);
- Retracção ao toque;
- Sinais de trauma na região genital, mamas, recto ou boca;
- Sinais de hematoma ou hemorragia na região genital externa;
- Doenças sexualmente transmissíveis inexplicáveis.

// FINANCEIROS

- Não cumprimento de obrigações financeiras;
- Levantamentos de dinheiro em quantias desadequadas;
- Discrepância entre o nível de vida e os rendimentos;
- Inexistência de bens pessoais;
- Desvio de fundos, propriedades e outros bens;
- Emissão de cheques ao cuidador ou a estranhos.

// PSICOLÓGICOS

- Apresenta sentimentos defensivos (medo, agitação, outros);
- Vivência de insultos;
- Mudança de humor repentino na presença de familiar ou cuidador;
- Recusa de tratamento por familiar ou cuidador específico;
- Espera que o cuidador responda às questões colocadas;
- Evita contacto visual.

// REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

http://www.coaottawa.ca/elderabuse/english/sign_symptoms.html#signs_symptoms;
PHELAN, Amanda – Elder abuse and the community nurse: supporting the patient In *British Journal of Community Nursing*, Vol. 15, nº 10. P. 472-478.;
NACIONAL CENTER ON ELDER ABUSE – 15 Questions & Answers About Elder Abuse. Washington DC, June 2005, Adaptado de Kleinschmidt 1997 (Action on Elder Abuse 2005) - NENO, M & NENO, R – Identifying abuse in older people In *Nursing Standard*. Vol. 20, nº 3. Set. 28. 2005 e <http://www.agedcarecrisis.com/elder-abuse>;

Realizado por:

Rui Pedro Gil Penedo
Aluno do Curso de Mestrado e Pós-
-Licenciatura de Especialização
em Enfermagem Médico Cirúrgica
da ESEL

ANEXOS

Anexo I – Carta de Autorização do Sr. Enf. Chefe do Serviço de Urgência Central do CHLN, EPE - HSM para a realização do Estudo de Investigação



Exmo. Senhor Enfermeiro
Carlos Manuel Martins Neto
Chefe do Serviço de Urgência Central
do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Assunto: Pedido de Autorização para realização de Estudo de investigação no Serviço de Urgência Central, subordinado ao tema: Rastreio de Suspeita de Violência e Maus-Tratos ao Idoso que recorre a um Serviço de Urgência.

Eu, Rui Pedro Gil Penedo, aluno nº 2558, do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no ano curricular de 2010/2011, venho por este meio pedir autorização para a aplicação de um questionário constituído por 5 escalas internacionais, todas elas validadas para a população portuguesa, a 100 utentes que recorram ao serviço de urgência central do Hospital de Santa Maria, com idade igual ou superior a 65 anos de idade. O referido questionário encontra-se inserido num projecto de estágio validado e sob orientação da docente Professora Graça Melo, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o título “Rastreio de Suspeita de Violência e Maus-Tratos ao Idoso que recorre a um Serviço de Urgência”.

A razão pela qual foi feita a escolha do tema acima referido deve-se, sobretudo, ao meu interesse pessoal pelo tema, enquanto elemento integrante da equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria, e à minha prática baseada na evidência diária de um elevado número de pessoas idosas (acima de 65 anos de idade) que recorre ao referido serviço, muitas delas com relato voluntário de violência e maus-tratos, outras, com sintomatologia não coincidente com a queixa, suscitando a mesma ideia.

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt



A evidência dos dados estatísticos Internacionais demonstram o envelhecimento global da população, apresentando projecções que afirmam que “(...) entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, no número de pessoas mais velhas. (...) até 2050 haverá dois biliões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.” (OMS, 2005).

Os dados Nacionais confirmam esta tendência, nomeadamente através de dados de projecção do INE, que evidenciam que “(...) em 2007, estimou-se que por cada 100 indivíduos em idade activa residiam em Portugal cerca de 26 idosos, com 65 ou mais anos de idade. Em 2025 o valor poderá ascender a 34 e em 2050 a 58 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa.” (2008:27).

O envelhecimento deixa o idoso mais vulnerável a actos de violência e maus tratos, na sua maioria das vezes, devido à sua condição física de dependência de outrem. (OMS, 2008).

De acordo com os dados estatísticos da APAV (2009), verifica-se em Portugal um aumento do número vítimas de Violência e Maus-Tratos com idades superiores a 65 anos, passando de 290 em 2000, para 792 em 2008, com maior prevalência dos Maus-Tratos psíquicos, seguidos dos físicos, de coação e por último os de cariz sexual.

Da análise dos dados do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria, constata-se que dos cerca de 200.000 utentes atendidos no ano de 2009, cerca de 33% tinham idades superiores ou iguais a 60 anos, e que 144 destes, foram admitidos no serviço, pelo fluxograma de triagem, Agressão, ou seja, assumidos e relatados como tal pelo idoso. (ALERT-ADW .3.5 e .4.1-2009)

A realidade Portuguesa da Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa, no que concerne à tipologia, encontra-se retractada por estudos realizados por alguns autores como Ferreira-Alves e Paulos, sendo a mais ampla, a proposta por Paulos (2006), fazendo referência e análise de 7 tipos: **físicos, psicológicos/emocionais, negligência, económicos, violação de direitos, medicamentosos e sexuais.**

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt



De acordo com várias organizações e autores Nacionais e Internacionais, podem considerar-se potenciais agentes de maus-tratos, o cônjuge, filhos ou parentes, amigos ou vizinhos, trabalhadores remunerados ou voluntários, profissionais da saúde ou assistentes sociais ou outros cuidadores dos idosos, sendo os filhos o principal elemento agressor, seguido dos netos ou cônjuge e outros.

No que diz respeito ao perfil do agressor, a literatura é unânime e identifica o cônjuge e os filhos do sexo masculino entre os 35 e 45 anos, com factores de risco associados, como doença mental, stress, abuso de álcool e drogas, a dependência emocional e financeira do idoso (pobreza) e história de abuso dentro ou fora da família.

Da análise da literatura existente e de acordo com alguns autores Internacionais, a vítima enquadra-se num perfil, também ele unânime: **Mulher, entre os 65 e 75 anos, reformada, residente em meio urbano.**

Uma vez que se pretende uma caracterização realista da população que recorre ao Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria, o único critério de inclusão a ter em conta será a idade, que deverá ser igual ou superior a 65 anos de idade, sem qualquer critério de exclusão.

Perante a presente problemática, torna-se imprescindível a avaliação consciente, ética e legal das possíveis situações suspeitas de Violência e Maus-Tratos às Pessoas Idosas, pelo que se formula a seguinte questão de partida: **Como identificar Idosos vítimas de Violência e Maus-Tratos num Serviço de Urgência?**

Assim sendo, consciente da importância do tema e da sua abordagem multidisciplinar, foi definido como Objectivo geral de estágio, **desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidar à Pessoa Idosa com suspeita de Violência e Maus-Tratos num Serviço de Urgência.**

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt



Como Objectivos Específicos foram delineados:

- Analisar a problemática da Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa que recorre ao Serviço de Urgência, contemplando os factores de risco do idoso e presumível agressor, bem com a sua tipologia;
- Capacitar a Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência para a observação, identificação e encaminhamento de Pessoas Idosas com suspeita de Violência e Maus-Tratos;
- Desenvolver “Check List” que permita o Rastreio de Violência e Maus-Tratos a Pessoas Idosas.

O referido estudo de investigação pretende dar resposta ao primeiro objectivo específico descrito, tratando-se de um estudo transversal quantitativo.

A participação no estudo é efectuada através da resposta às questões constituintes do instrumento de colheita de dados que será um questionário, construído com a compilação de várias escalas Internacionais, todas elas validadas para a população Portuguesa e com autorização de utilização pelos respectivos autores.

A população escolhida engloba os utentes que recorrem ao Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria, sendo a amostra constituída por cem utentes, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, no intervalo temporal de 18 de Outubro a 30 de Novembro de 2010, sem qualquer critério de exclusão.

Quanto às desvantagens relacionadas com a participação neste estudo, neste momento não reconheço nenhuma, mas no caso de se sentirem prejudicados de algum modo, poderão **abandonar** este estudo a qualquer momento. Os sujeitos deverão ter em mente que esta participação é **voluntária** e que são autónomos para decidir acerca da sua participação ou não nesta investigação, da qual poderá advir uma vantagem relacionada com a melhor

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE



compreensão dos fenómenos que envolvem a Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa, e consequente melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados.

Para finalizar, gostaria de referir que tudo farei para garantir a **confidencialidade** de todos os utentes envolvidos, tal como das informações que por eles me forem fornecidas.

Pede deferimento.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 06 de Outubro de 2010



(Rui Pedro Gil Penedo)

Tomei conhecimento, concordo
6/10/10

CARLOS NETO
Enf. Chefe
N.º Mec. 9765
Serviço de Urgência Central



DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

Anexo II – Carta de Autorização da Sr.^a Directora Clínica do Serviço de Urgência Central do CHLN, EPE - HSM para a realização do Estudo de Investigação



Tomei conhecimento.

Concordo

Dr.ª Margarida Lucas
Directora do Serviço de Urgência Central

Exma. Senhora
Doutora Margarida Lucas
Directora do Serviço de Urgência Central
do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Assunto: Pedido de Autorização para realização de Estudo de investigação no Serviço de Urgência Central, subordinado ao tema: Rastreio de Suspeita de Violência e Maus-Tratos ao Idoso que recorre a um Serviço de Urgência.

Eu, Rui Pedro Gil Penedo, aluno nº 2558, do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente da pessoa idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no ano curricular de 2010/2011, venho por este meio pedir autorização para a aplicação de um questionário constituído por 5 escalas internacionais, todas elas validadas para a população portuguesa, a 100 utentes que recorram ao serviço de urgência central do Hospital de Santa Maria, com idade igual ou superior a 65 anos de idade. O referido questionário encontra-se inserido num projecto de estágio validado e sob orientação da docente Professora Graça Melo, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o título “Rastreio de Suspeita de Violência e Maus-Tratos ao Idoso que recorre a um Serviço de Urgência”.

A razão pela qual foi feita a escolha do tema acima referido deve-se, sobretudo, ao meu interesse pessoal pelo tema, enquanto elemento integrante da equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria, e à minha prática baseada na evidência diária de um elevado número de pessoas idosas (acima de 65 anos de idade) que recorre ao referido serviço, muitas delas com relato voluntário de violência e maus-tratos, outras, com sintomatologia não coincidente com a queixa, suscitando a mesma ideia.

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt



A evidência dos dados estatísticos Internacionais demonstram o envelhecimento global da população, apresentando projecções que afirmam que “(...) entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, no número de pessoas mais velhas. (...) até 2050 haverá dois biliões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.” (OMS, 2005).

Os dados Nacionais confirmam esta tendência, nomeadamente através de dados de projecção do INE, que evidenciam que “(...) em 2007, estimou-se que por cada 100 indivíduos em idade activa residiam em Portugal cerca de 26 idosos, com 65 ou mais anos de idade. Em 2025 o valor poderá ascender a 34 e em 2050 a 58 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa.” (2008:27).

O envelhecimento deixa o idoso mais vulnerável a actos de violência e maus-tratos, na sua maioria das vezes, devido à sua condição física de dependência de outrem. (OMS, 2008).

De acordo com os dados estatísticos da APAV (2009), verifica-se em Portugal um aumento do número vítimas de Violência e Maus-Tratos com idades superiores a 65 anos, passando de 290 em 2000, para 792 em 2008, com maior prevalência dos Maus-Tratos psíquicos, seguidos dos físicos, de coação e por último os de cariz sexual.

Da análise dos dados do Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria, constata-se que dos cerca de 200.000 utentes atendidos no ano de 2009, cerca de 33% tinham idades superiores ou iguais a 60 anos, e que 144 destes, foram admitidos no serviço, pelo fluxograma de triagem, Agressão, ou seja, assumidos e relatados como tal pelo idoso. (ALERT-ADW .3.5 e .4.1-2009)

A realidade Portuguesa da Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa, no que concerne à tipologia, encontra-se retractada por estudos realizados por alguns autores como Ferreira-Alves e Paulos, sendo a mais ampla, a proposta por Paulos (2006), fazendo referência e análise de 7 tipos: **físicos, psicológicos/emocionais, negligência, económicos, violação de direitos, medicamentosos e sexuais.**

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt



De acordo com várias organizações e autores Nacionais e Internacionais, podem considerar-se potenciais agentes de maus-tratos, o cônjuge, filhos ou parentes, amigos ou vizinhos, trabalhadores remunerados ou voluntários, profissionais da saúde ou assistentes sociais ou outros cuidadores dos idosos, sendo os filhos o principal elemento agressor, seguido dos netos ou cônjuge e outros.

No que diz respeito ao perfil do agressor, a literatura é unânime e identifica o cônjuge e os filhos do sexo masculino entre os 35 e 45 anos, com factores de risco associados, como doença mental, stress, abuso de álcool e drogas, a dependência emocional e financeira do idoso (pobreza) e história de abuso dentro ou fora da família.

Da análise da literatura existente e de acordo com alguns autores Internacionais, a vítima enquadra-se num perfil, também ele unânime: **Mulher, entre os 65 e 75 anos, reformada, residente em meio urbano.**

Uma vez que se pretende uma caracterização realista da população que recorre ao Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria, o único critério de inclusão a ter em conta será a idade, que deverá ser igual ou superior a 65 anos de idade, sem qualquer critério de exclusão.

Perante a presente problemática, torna-se imprescindível a avaliação consciente, ética e legal das possíveis situações suspeitas de Violência e Maus-Tratos às Pessoas Idosas, pelo que se formula a seguinte questão de partida: **Como identificar Idosos vítimas de Violência e Maus-Tratos num Serviço de Urgência?**

Assim sendo, consciente da importância do tema e da sua abordagem multidisciplinar, foi definido como Objectivo geral de estágio, **desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no cuidar à Pessoa Idosa com suspeita de Violência e Maus-Tratos num Serviço de Urgência.**

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt



Como Objectivos Específicos foram delineados:

- Analisar a problemática da Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa que recorre ao Serviço de Urgência, contemplando os factores de risco do idoso e presumível agressor, bem com a sua tipologia;
- Capacitar a Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência para a observação, identificação e encaminhamento de Pessoas Idosas com suspeita de Violência e Maus-Tratos;
- Desenvolver “Check List” que permita o Rastreio de Violência e Maus-Tratos a Pessoas Idosas.

O referido estudo de investigação pretende dar resposta ao primeiro objectivo específico descrito, tratando-se de um estudo transversal quantitativo.

A participação no estudo é efectuada através da resposta às questões constituintes do instrumento de colheita de dados que será um questionário, construído com a compilação de várias escalas Internacionais, todas elas validadas para a população Portuguesa e com autorização de utilização pelos respectivos autores.

A população escolhida engloba os utentes que recorrem ao Serviço de Urgência Central do Hospital de Santa Maria, sendo a amostra constituída por cem utentes, com idade igual ou superior a 65 anos de idade, no intervalo temporal de 18 de Outubro a 30 de Novembro de 2010, sem qualquer critério de exclusão.

Quanto às desvantagens relacionadas com a participação neste estudo, neste momento não reconheço nenhuma, mas no caso de se sentirem prejudicados de algum modo, poderão **abandonar** este estudo a qualquer momento. Os sujeitos deverão ter em mente que esta participação é **voluntária** e que são autónomos para decidir acerca da sua participação ou não nesta investigação, da qual poderá advir uma vantagem relacionada com a melhor

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE



compreensão dos fenómenos que envolvem a Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa, e consequente melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados.

Para finalizar, gostaria de referir que tudo farei para garantir a **confidencialidade** de todos os utentes envolvidos, tal como das informações que por eles me forem fornecidas.

Pede deferimento.

Com os melhores cumprimentos,

Lisboa, 06 de Outubro de 2010

(Rui Pedro Gil Penedo)

Anexo III – Carta de Autorização do Sr. Presidente da Comissão de Ética do CHLN, EPE – HSM para a realização do Estudo de Investigação



Presidente

Prof. Doutor João Lobo Antunes

Vice-Presidente

Profª. Doutora Maria Luisa Figueira

Membros

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge

Dra. Elisa Pedro

Padre Fernando Sampaio

Dra. Gabriela Martins Mendes

Dra. Graça Nogueira

Mestre Enfª. Isabel Côrte-Real

Dr. Mário Miguel Rosa

Exmo. Senhor

Enfermeiro Rui Pedro Gil Penedo

Rua Jorge Peixinho, N° 29, 3° Esq.

2860-124 ALHOS VEDROS

Lisboa, 10 de Novembro de 2010

Assunto: Projecto de Investigação “**Rastreo de suspeita de violência e maus-tratos ao idoso que recorre a um Serviço de Urgência**”, no âmbito do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe obteve, na reunião realizada em 3 de Novembro de 2010, parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais se informa que o referido Estudo foi enviado ao Sr. Director Clínico, Prof. Dr. João Álvaro Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Salientamos que iniciado o ano de 2010, foi decidido na primeira reunião plenária, ao abrigo e no âmbito das competências da Comissão, esta ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente avaliados e informada da data de conclusão dos mesmos que deverá ser acompanhada de um relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

COMISSÃO DE

ÉTICA

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. – 21 780 54 05; Fax – 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

Anexo IV – Carta de Autorização do Sr. Presidente do Conselho de Administração e Director Clínico do CHLN, EPE – HSM para a realização do Estudo de Investigação



Exmo. Senhor
Enfermeiro Rui Pedro Gil Penedo
Serviço de Urgência Central
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Refª PCA - 29.NOV.2010 - 0816

Assunto: Projecto de Investigação “Rastreo de suspeita de violência e maus-tratos ao idoso que recorre a um Serviço de Urgência”.

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o projecto em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pelo Conselho de Administração em 26 de Novembro de 2010.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Anexo V – Guião de Entrevista à Dr.^a Catarina Paulos

ENTREVISTA

Dr.^a Catarina Paulos – Psicóloga, Mestre em Patologia Forense

Data: 28 de Maio de 2010

Hora: 10:00 – 12:30

Local: Reitoria da Cidade Universitária

1 – Porque escolheu este conceito de maus-tratos?

2 – Existe prevenção dos maus-tratos no idoso em Portugal?

3 - Situação maus-tratos em Portugal?

4 - Que tipo de entrevista utilizou na sua tese de mestrado?

5 - Existe um documento de screening em Portugal?

6 - Que tipo de recursos existem na comunidade para apoiar os cuidadores e os idosos vítima de maus-tratos?

7– Qual a finalidade do Projecto Sénior que dirige na Freguesia de Marvila?

8 – Quais as principais dificuldades com que se deparou no estudo que efectuou durante o mestrado?

9 – Alguma bibliografia recomendada?

Anexo VI – Guião de Entrevista ao Dr. Fernando Vieira

ENTREVISTA

Entidade: Instituto Nacional de Medicina Legal – Lisboa

Departamento: Serviço de Patologia Clínica – Consulta de Avaliação do Dano

Responsável: Dr. Fernando Vieira

Data: 14 de Julho de 2010-07-24

Hora: 16:30-20:00

1 – Qual a principal actividade da consulta de Avaliação do Dano?

2 – Qual a principal entidade de encaminhamento de utentes ao INML?

3 – Para onde são encaminhados os utentes após a consulta?

4 – Qual a composição da equipa?

5 – Qual o principal motivo de solicitação da Consulta?

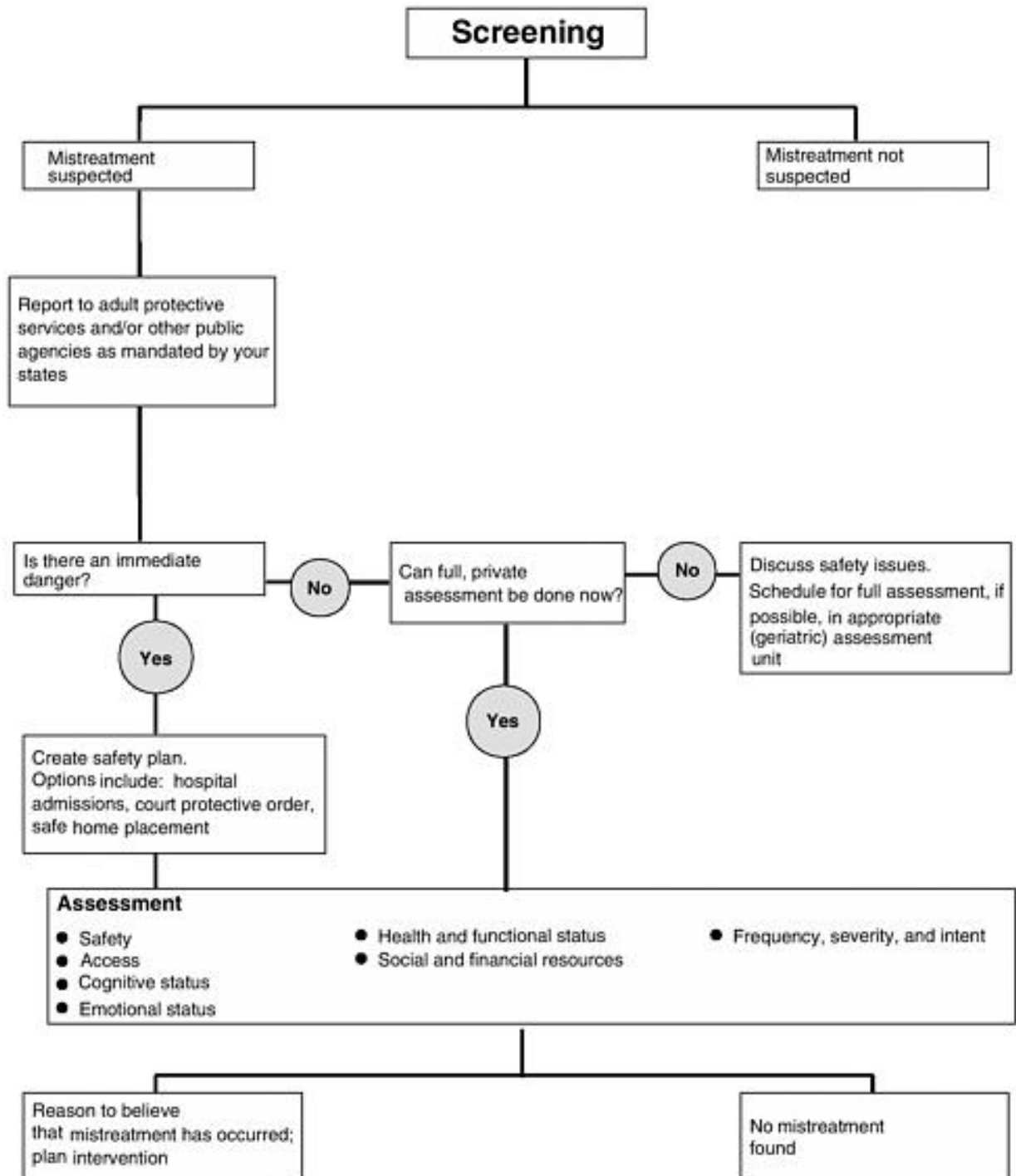
6 – Que legislação regula a Violência e os Maus-Tratos?

7 – Existe articulação inter-departamental sempre que necessário na Avaliação do Dano?

8 – O INML pode avaliar o dano, em consulta, de um utente não encaminhado do Ministério Público?

9 – Existe algum instrumento de medida que quantifique o grau de Violência e Mau-Trato?

Anexo VII – Esquema de Rastreo e Avaliação do Mau-Trato na Pessoa Idosa



Intervention and case management, part 1. Screening and assessment for elder mistreatment should follow a routine pattern. Assessment of each case should include the illustrated pattern. In ARAVANIS, Sara C.; ADELMAN, Ronald D.; BRECKMAN, Risa; FULMER, Terry T.; HOLDER, Elma; LACHS, Mark; O'BRIEN, James G.; SANDERS, Arthur B. (1993) – Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect in **Archives of Family Medicine**. Vol. 2:4, p. 371-88.