

AVALIAÇÃO DO ABUSO NO IDOSO EM CONTEXTO INSTITUCIONAL: LARES E CENTROS DE DIA

Rosa Fernanda Moreira Gonçalves

Dissertação de Mestrado em Medicina Legal

2010

ROSA FERNANDA MOREIRA GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DO ABUSO NO IDOSO EM CONTEXTO
INSTITUCIONAL: LARES E CENTROS DE DIA**

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Medicina Legal, submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Prof. Doutora Lia Fernandes

Categorias – Professora Associada

Afiliação – Faculdade de Medicina da
Universidade do Porto

Aos meus Pais

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer, com admiração e gratidão, à Prof. Doutora Lia Fernandes, pela motivação e apoio durante todo este percurso, pelas orientações e sugestões, pela oportunidade que me deu em desenvolver os meus conhecimentos e pela aposta que fez nas minhas capacidades.

À Prof. Doutora M^a José Carneiro Pinto da Costa, agradeço todas as orientações e acompanhamento na realização deste projecto.

Com gratidão, aos responsáveis das instituições que proporcionaram um bom acolhimento e facilidade de utilização de instalações e de recursos e pelo apoio prestado durante o trabalho de campo.

Um sincero agradecimento aos auxiliares e técnicos administrativos das referidas instituições.

Naturalmente uma nota de apreço muito especial, a todos os idosos que participaram no estudo.

À Carla Geraldes pela disponibilidade e dedicação no trabalho estatístico.

Por último, lembro muito especialmente, a minha família, em particular aos meus pais e irmãos, pela motivação e pelo apoio incondicional nos momentos mais difíceis.

A todos os amigos pela compreensão e suporte ao longo desta caminhada, em especial à Sónia Martins, Cláudia Gonçalves e ao Joaquim Teixeira.

A todos aqueles que directa ou indirectamente fizeram parte desta etapa e me auxiliaram na realização deste projecto, o meu profundo agradecimento.

INDÍCE

RESUMOS	11
INTRODUÇÃO	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
CAPÍTULO 1 – O ENVELHECIMENTO	23
1.1. Definição	25
1.2. Situação Demográfica	26
1.3. Processo de Envelhecimento	26
1.3.1. Envelhecimento e Qualidade de vida	28
1.3.2. Instituições de acolhimento para idosos em Portugal	31
1.3.3. Envelhecimento e Psicopatologia	33
CAPÍTULO 2 – OS MAUS-TRATOS	39
2.1. Definição	41
2.2. Epidemiologia	42
2.3. Factores de risco	46
2.4. Conceito de abuso	49
2.5. Maus-Tratos em Instituições de idosos	51
2.6. Instrumentos de rastreio da violência contra o idoso	52
2.7. Procedimentos em caso de identificação/suspeita de maus-tratos nos idosos	56
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	59
1. Objectivo	61
2. Material e Métodos	61
2.1. Tradução e estudos iniciais de validação	61
2.2. Amostra	61
2.3. Medidas	64
2.4. Análise estatística	68
3. Resultados	69
3.1. Análise descritiva	69

3.1.1. Amostra	69
3.1.2. Análise descritiva das variáveis clínicas	70
3.1.3. Análise descritiva das variáveis clínicas por grupo - Lar	77
3.1.4. Análise descritiva das variáveis clínicas por grupo - Centro de Dia	79
4. Análise da relação entre as variáveis clínicas	81
4.1. Relação entre EAI e MMSE	81
4.2. Relação entre EAI e GDS	85
4.3. Relação entre EAI e EASYCare	89
4.4. Relação entre EAI e GHQ	94
5. Discussão	101
6. Conclusão	109
BIBLIOGRAFIA	111
ANEXOS	125

RESUMOS

RESUMO

Objetivo: Avaliação dos maus-tratos numa população institucionalizada em Lares e Centros de Dia e a sua associação com variáveis clínicas. **Métodos:** Estudo transversal de 118 indivíduos, de ambos os sexos, com idade superior a 65 anos, de dois Lares de Idosos e três Centros de Dia do concelho de Paços de Ferreira. Foi critério de exclusão o abuso de álcool/drogas. A amostra foi avaliada através dos seguintes questionários: EAI - Elder Assessment Instrument (Fulmer, 1984) para a avaliação dos maus-tratos; Mini-mental State Examination/MMSE (Folstein et al, 1975) para avaliação do défice cognitivo; EASYCare (Philp et al, 1999) que avalia a incapacidade e a qualidade de vida; Escala de Depressão Geriátrica - GDS15 (Yesavage et al, 1983) para a avaliação da depressão e o General Health Questionnaire GHQ - 28 (Goldberg, 1979), para avaliação de psicopatologia. **Resultados:** A amostra foi maioritariamente do sexo feminino (76.3 %), com uma idade média (dp) de 79.2 (7.576) anos. A maioria eram viúvos (68,6%) ou casados (12,7%). No geral, 48,3% moravam em Lar e 51,7% frequentam Centros de Dia. Neste estudo foram encontrados indícios de abuso na maioria das dimensões avaliadas pelo EAI. **Conclusão:** Este instrumento apresentou relações significativas com outras medidas clínicas, incluindo a depressão, incapacidade física, qualidade de vida e psicopatologia. Deste modo, houve relação estatisticamente significativa entre a Depressão e os indicadores de Abuso, Negligência, Exploração e Abandono. Por seu lado a Qualidade de Vida mostrou relação mais significativa com os indicadores de Abusos e de Negligência, enquanto que a Incapacidade Física com os indicadores de Abuso, Negligência, Exploração e Abandono. A existência de Psicopatologia foi mais visível na relação estatisticamente significativa com os indicadores de Negligência, Exploração e Abandono. Os resultados sugerem que a EAI como instrumento de avaliação é de fácil utilização para identificação dos maus-tratos, sendo mais adequado quando utilizado por técnicos da área da saúde.

ABSTRACT

Aim: To study the mistreatment of Older People, who live in Nursing Homes and Day Care Centres and its association with clinical characteristics. **Methods:** Cross-sectional study, with 118 individuals, from both sexes, aged over 65 years old, recruited consecutively from two Nursing homes and three Day Care Centres of Paços de Ferreira. Exclusion criterion was alcohol/drugs use. The sample was assessed by the following questionnaires: EAI - Elder Assessment Instrument (Fulmer, 1984), to measure elder abuse; EASYCare (Philp et al, 1999), which is a measure of quality of life and dependency; the 28-item General Health Questionnaire/GHQ (Goldberg, 1978) to rate psychopathology; the Geriatric Depression Scale/GDS-15 (Yesavage et al, 1983), a measure of depression and the Mini-mental State Examination/MMSE (Folstein et al, 1975) for cognitive skills assessment. **Results:** The sample was in majority female (76.3 %), with an average age (sd) of 79.2 (7.57) years old. Most were widowed (68,6%) or married (12.7%). Overall, 48,3% lived in Nursing homes and 51.7% attend Day Care Centres. In this study was found evidence of abuse in most of the dimensions assessed by EAI. **Conclusion:** This instrument also showed significant relations with other clinical measures, including depression, physical disability, quality of life and psychopathology. This way, depression is related directly to the Abuse, Negligence, Exploitation and Abandonment indicators. On the other hand, life quality showed a more significant relation with the Abuse and Negligence indicators, whereas physical disability related to the Abuse, Negligence, Exploitation and Abandonment indicators. The existence of Psychopathology was more visible in relation with the Negligence, Exploitation and Abandonment indicators. The results suggest EAI as an organized and easy to use instrument for the identification of abuse, its use being more adequate by health technicians.

INTRODUÇÃO

De acordo com inúmeros estudos, temos vindo a assistir a um crescimento da população idosa ao nível mundial. Segundo números da ONU, as pessoas com mais de 60 anos representarão 32% da população mundial em 2050 e superarão pela primeira vez na história o número de crianças.

O Relatório da População 2010, publicado pela Agência de Referência de População (PRB, 2010) declara que no mundo inteiro havia, em 1950, 12 pessoas em idade de trabalho para cada pessoa com 65 anos ou mais. Em 2010, esse número havia diminuído para 9.

O envelhecimento demográfico, alicerçado à baixa taxa de natalidade e no aumento progressivo da esperança média de vida, é cada vez mais característico das sociedades europeias entre as quais a portuguesa. Já em 2001, Portugal apresentava um número, absoluto e relativo, de pessoas idosas (com 65 e mais anos) superior ao dos jovens (com 14 e menos anos) (INE, Censos, 2001).

Número de idosos aumentou de setessentos e oito mil em 1960 para um milhão e setessentos mil em 2004. Prevê-se que em 2050 sejam já mais de três milhões.

O envelhecimento demográfico, as alterações na epidemiologia e na estrutura dos comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm determinando novas necessidades, não só a nível social, como a nível médico, para as quais urge organizar respostas mais adequadas (DGS, 2004).

Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionados com situações susceptíveis de prevenção.

Associado ao envelhecimento encontra-se o fenómeno dos maus-tratos, fenómeno este com tendência crescente se tivermos em consideração os índices de dependência da população idosa (Dias, 2005).

A violência sobre os idosos pode assumir várias formas, evidenciando-se em abusos físicos, psicológicos, sexuais, financeiros e negligência. Os factores de risco são igualmente variados

É de referir que a questão da violência sobre os idosos, não é um fenómeno novo, o reconhecimento público do abuso de idosos como um problema médico e social é relativamente recente e com o aumento da proporção deste grupo social na sociedade, esta situação ganhou maior visibilidade (Pires, 2009; Gonçalves, 2006).

O facto de a população mais idosa representar uma grande porção da população em Portugal, esta faixa etária está não só muito pouco estudada, como representa ainda um grande vazio ao nível da intervenção, reforçando ainda mais a invisibilidade do fenómeno.

Neste contexto, o presente estudo pretende dar um contributo para uma caracterização dos idosos, procurando identificar situações de risco que sejam de possível prevenção, diagnóstico e intervenção nos maus-tratos.

Ainda contribuindo para a análise de algumas destas questões, pretende-se reflectir sobre a relação, cada vez mais provável, entre o envelhecimento e o abuso.

Uma vez que existem poucos estudos em Portugal, que permitam estimar a magnitude da problemática dos maus-tratos e desconhecendo a existência de instrumentos específicos destinados à avaliação destes, aferidos para a população portuguesa, o presente estudo deverá ser encarado como um contributo para a adaptação do Elder Assessment Instrument (EAI) de Fulmer (1984).

O desenvolvimento deste trabalho divide-se em duas partes fundamentais. Na primeira parte apresenta-se o enquadramento teórico em que esta investigação pode ser integrada, compreendendo dois capítulos. No primeiro capítulo procura-se fazer uma abordagem geral, agrupando-se os aspectos mais relevantes e actualizados, sobre a definição e epidemiologia relativamente ao envelhecimento. Aborda-se ainda o processo de envelhecimento com uma descrição dos aspectos mais relevantes deste processo nomeadamente a psicopatologia, qualidade de vida e uma breve descrição da assistência institucional a idosos disponível em Portugal. O segundo capítulo apresenta uma abordagem à temática dos maus-tratos agrupando-se os aspectos indispensáveis acerca da definição e epidemiologia. Faz-se uma descrição dos factores de risco, dos tipos de abuso, passando pela apresentação sumária dos instrumentos existentes para a identificação dos maus-tratos e dos procedimentos a tomar em caso de suspeita de abuso.

Na segunda parte do trabalho apresenta-se o estudo empírico realizado. Após a exposição dos objectivos desta investigação, começando por descrever de forma mais detalhada a concepção metodológica e as opções tomadas nesta matéria. Segue-se a apresentação dos resultados do estudo, subdividida em análise descritiva da informação sócio-demográfica, das evidências de abuso, análise das variáveis clínicas e relações encontradas entre as evidências de maus-tratos e as

restantes variáveis. Posteriormente, desenvolve-se a discussão dos resultados mais relevantes e as implicações na prática clínica e na investigação, no sentido de uma acção futura mais adequada e benéfica que conduza a um diagnóstico precoce e uma intervenção atempada e eficiente.

Conclui-se com a relevância deste estudo para o estado actual do conhecimento, uma vez que foram encontradas relações significativas entre os mais variados indicadores de maus-tratos e as variáveis Depressão, Incapacidade Física, Qualidade de Vida e Psicopatologia.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

O ENVELHECIMENTO

1.1. Definição

O envelhecimento humano pode ser definido como um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social que se desenvolve ao longo da vida dos indivíduos, iniciando-se mesmo antes do nascimento (DGS, 2004). As alterações biológicas e psicológicas devidas ao envelhecimento ocorrem habitualmente de forma gradual, ao longo dos anos, daí que não exista uma idade determinada em que as pessoas possam ser consideradas velhas.

Segundo Wickens (1998), devemos referir-nos com precaução ao termo envelhecer. No seu uso quotidiano *envelhecer* significa meramente *ficar com mais idade*. O declínio só começa a ocorrer quando o ser humano atinge a maturidade na vida adulta.

Uma das dificuldades iniciais do estudo do envelhecimento refere-se ao papel esclarecedor da idade cronológica, ao longo do processo (Paúl, 2006). A idade não é um bom critério, uma vez que o número de anos que um indivíduo viveu não nos fornece informação sobre a qualidade da sua vida, a sua experiência psicológica e social, ou mesmo a sua saúde. Há diferentes idades fisiológicas em indivíduos com a mesma idade cronológica (Rabin, 2000 sit in Paúl, 2006).

No entanto, para fins estatísticos, verificou-se a necessidade de caracterizar a população idosa e, segundo a Organização Mundial de Saúde, o idoso tem mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento, independentemente do sexo ou do estado de saúde aplicável.

Deste modo, devido ao número crescente de pessoas idosas activas e saudáveis, sentiu-se a necessidade de agrupamentos etários mais categóricos. Desta forma os gerontologistas traçam frequentemente demarcações cronológicas mais apuradas no grupo geral das pessoas em envelhecimento (Spar *et* Rue, 2005). Já se fazem comparações entre “velhos-jovens” (abaixo dos 75 anos) e “velhos-velhos” (acima dos 75 anos), ou entre estes grupos e os “velhos-mais-velhos” (85 anos ou mais).

Em Portugal, consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que está associada à reforma.

1.2.Situação Demográfica

De acordo com vários estudos realizados a nível mundial, o envelhecimento da população mundial vai aumentar rapidamente nos próximos vinte anos, atingindo um pico em 2030.

De acordo com os resultados dos últimos Censos (2001) publicados pelo INE, o forte envelhecimento da população constitui um dos aspectos mais marcantes da evolução demográfica recente. Em 2001, a proporção de idosos (65 ou mais anos) recenseados, ultrapassou pela primeira vez a dos jovens (0 ao 14 anos).

O índice de envelhecimento aumentou de 45 para 103 idosos por 100 jovens. Para este rácio contribuiu, sobretudo, a população do sexo feminino, cujo índice foi de 122 idosas por cada 100 mulheres jovens, enquanto que o dos homens se situava nos 84 indivíduos, facto que reflecte a maior longevidade feminina (INE, 2001).

Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa (INE, 2002).

A população idosa, que representava 8% no total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16.4% em 2001.

Recentemente publicadas pelo Instituto Nacional de Estatística (2009), as Projecções de População Residente em Portugal, no horizonte de 2008-2060, referem a tendência de envelhecimento demográfico, projectando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem.

1.3. Processo de Envelhecimento

Lazarus & Larzarus (2006) defendem que o envelhecimento deve ser considerado como um processo diferencial, influenciado por múltiplos factores, de ordem biológica, psicológica e social. O estudo do envelhecimento deve assentar numa perspectiva desenvolvimental, em oposição à “metáfora da colina”, defendida por algumas perspectivas teóricas, em que o desenvolvimento é encarado como um processo que se move numa direcção oposta ao do desenvolvimento humano, ou seja, o declínio sucede ao crescimento (Paúl, 2006). A rejeição desta visão pode ser explicada pela possibilidade do idoso adquirir novas capacidades e estratégias eficazes para lidar com as oportunidades e exigências da vida, mesmo em situações de incapacidade funcional (Lazarus e tal, 2006).

Numa mesma linha de pensamento, Fonseca (2005), considera que o processo de envelhecimento se concretiza mediante três formas - o normal (ausência de patologia biológica e mental séria), o patológico (afectado por doença/patologia grave) e o envelhecimento óptimo ou bem-sucedido (sob condições favoráveis e propícias ao desenvolvimento psicológico).

Esta perspectiva reflecte alguns princípios defendidos pela Psicologia do Ciclo de Vida, onde o desenvolvimento humano é considerado um processo que se estende ao longo da vida, através de mudanças desenvolvimentais. O conceito de curso de vida é fundamental no estudo do envelhecimento, dando ênfase ao processo e abandonando a ideia que o envelhecimento possa ser encarado como algo que começa a partir de determinada idade. Neste sentido, no estudo do envelhecimento são considerados como factores relevantes, a experiência individual, heterogeneidade e plasticidade (Fonseca, 2004).

De acordo com Birren & Cunningham (1995) cit in Fonseca (2006), considera-se vantajoso proceder à diferenciação das seguintes categorias de idade:

Idade biológica: refere-se aos sistemas vitais do organismo humano e é especialmente importante para a consideração dos problemas de saúde que afectam os indivíduos, pois é verificável que a capacidade de auto-regulação do funcionamento desse sistema diminui com o tempo;

Idade psicológica: refere-se às capacidades de natureza psicológica que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, o que inclui sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras competências que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima;

Idade sociocultural: refere-se ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adoptam relativamente a outros membros da sociedade e à cultura a que pertencem, idade essa que é julgada com base em comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc.

No seguimento desta ideia, Schoots & Birren (1980) propõem que o processo de envelhecimento apresenta três componentes:

-uma componente biológica, que reflecte uma vulnerabilidade crescente e de onde resulta uma maior probabilidade de morrer;

-uma componente social, relativa aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário;

-uma componente psicológica, definida pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de envelhecimento biológico.

Deste modo, o envelhecimento refere-se às mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, geneticamente representativos, vivendo em condições ambientais representativas, na medida em que avançam na idade cronológica (Birren e Renner, 1997, cit em Paúl, 1997).

Ramos (2003), refere ainda, que a velhice é um período da vida com uma alta prevalência de limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social.

No entanto, Lazarus & Lazarus (2006) alertam ainda que, apesar de frequentemente se associar a doença aos idosos, esta não é característica única desta faixa etária. O envelhecimento não é sinónimo de doença, apesar de constituir uma ameaça a este processo, podendo interferir na autonomia do idoso e comprometer um envelhecimento bem sucedido.

O processo de envelhecimento traz consigo, gradualmente, o enfraquecimento muscular e o prejuízo de numerosas funções corporais e intelectuais, apesar de nem todas as funções biológicas declinarem ao mesmo tempo (Serra, 2006).

Relativamente ao declínio das funções vitais, entre as mais significativas sobressaem a diminuição da força muscular e o declínio gradual de funções de órgãos importantes como é o caso do coração, pulmões e rins.

Segundo Reis (1996), o envelhecimento foi durante muito tempo considerado um fenómeno patológico, resultado da “usura do organismo” por um lado da acumulação de sequelas de doenças e acidentes da infância e da idade adulta por outro. Este autor refere que, esta etapa se caracteriza pelo aparecimento de um grande número de doenças degenerativas, escleroses de todos os tipos de onde resulta mais tarde ou mais cedo a morte.

1.3.1. Envelhecimento e Qualidade de Vida

Apesar de não haver uma única definição para Qualidade de Vida, algumas merecem destaque como a da OMS (2005), que define qualidade de vida como:

A percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a sua relação com características proeminentes no ambiente.

A partir desta definição, percebe-se que o termo qualidade de vida engloba o conceito amplo de bem-estar, o que depende da auto-avaliação do indivíduo, ou seja, o quanto ele está ou não, satisfeito com a qualidade subjectiva da sua vida. Nesse sentido, a qualidade de vida, reflecte a percepção que os indivíduos têm relativamente à satisfação das suas necessidades, ou ainda, a negação de oportunidades para alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência relativamente ao seu estado de saúde física ou das condições sociais e económicas (OMS, 1998).

Este é um conceito subjectivo pois depende de padrões históricos, culturais, sociais e individuais. Sendo assim, podemos dizer que a qualidade de vida de um indivíduo varia em função de três dimensões nas quais o indivíduo está inserido: física, psicológica e social (Anderson et al, 1998).

As teorias do envelhecimento bem sucedido (Sousa et al, 2003 citando Stevens, 2001) vêem o sujeito como pró-activo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objectivos e esforçando-se para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e activamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Sendo assim, para que haja um envelhecimento bem sucedido, este deve ser fomentado ao longo da vida do idoso, o que trará qualidade de vida e bem-estar ao mesmo.

Os idosos atribuem grande importância à família para a promoção da qualidade de vida e bem-estar durante o envelhecimento (Oliveira et al, 2006). Alguns factores para a adequação de uma boa qualidade de vida e bem-estar estão relacionados com a habitação e a família. É no seio da família que se pode participar de um ambiente onde há possibilidade construção de identidade, inserido num colectivo preenchido pelo companheirismo, respeito e dignidade.

Ribeiro (2001, cit em Oliveira et al, 2006), defende ainda que a qualidade de vida pode ser alcançada desde que o idoso tenha consciência de que a família toma medidas para preservar o seu bem-estar, e a satisfação de ser preservado alarga a sensação de bem-estar psicológico.

Até meados do Sec. XX, o conceito de bem-estar significava apenas disponibilidade de bens materiais, no entanto, actualmente relaciona-se, também, com dimensões menos tangíveis (dignidade da pessoa, oportunidades de atingir objectivos pessoais, sentido de segurança, alegria). Nesse caso, a noção de qualidade de vida também passa pela mesma alteração, engloba os recursos e o direito a “gozar” a vida (Sousa et al, 2003).

Actualmente assiste-se também a uma melhoria das condições de vida na sociedade em geral, e em particular no grupo de idosos. Contudo, apesar da maioria das pessoas idosas ser saudável e independente, com o avançar da idade aumenta a probabilidade de se desenvolverem, em simultâneo, diversas patologias, crónicas e degenerativas, que se potenciam entre si, dando origem, com o passar do tempo, à instalação de alguma dependência de ordem física, mental ou social (Rodrigues, 2007).

Vecchia et al (2005), identificaram, num estudo realizado no Brasil, três perfis de idosos, segundo a definição sobre qualidade de vida: o idoso que prioriza o afectivo e a família, mencionando situações referentes a relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional e boa saúde; o idoso que prioriza o prazer mencionando hábitos saudáveis, lazer e bens materiais; o idoso que identifica como qualidade de vida, conseguir colocar em prática o seu ideal de vida, mencionando espiritualidade, trabalho, rectidão e caridade, conhecimento e ambientes favoráveis.

Por outro lado, Ramos (2003) refere que o bem-estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões.

De entre os factores que contribuem para o envelhecimento saudável, ou seja para o bem-estar no envelhecimento, encontramos também aqueles que estão relacionados com o apoio social. Neles incluem-se as estruturas de suporte internas/informais e externas/formais (Rodrigues, 2007).

O conjunto de dificuldades da pessoa que envelhece, onde sobressaem a deterioração progressiva e a perda de capacidade funcional, leva frequentemente ao recurso institucional (lares ou centros de dia). Este tipo de recursos é ainda hoje conotado com uma imagem negativa, sendo poucos os idosos que aceitam a institucionalização de forma tranquila.

Um estudo realizado em Portugal (Vieira, 2003) que procurou encontrar evidência a favor do defeito positivo do suporte social sobre a qualidade de vida, concluiu que os idosos institucionalizados apresentam baixos níveis de Qualidade de Vida. De um modo geral, o bem-estar na velhice seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões (Ramos, 2003).

1.3.2. Instituições de acolhimento para idosos em Portugal

Assistimos, constantemente, a modificações nas estruturas económicas, sociais e familiares que limitam, claramente, a capacidade de acompanhar e cuidar das gerações mais velhas, o que origina, a reestruturação de toda a organização social e das relações entre as gerações. Admitindo que a família em Portugal ainda é o grande suporte dos idosos, importa reconhecer que, em boa medida, muitas das responsabilidades que outrora se situavam no domínio familiar passam a pertencer ao Estado, exigindo-se que este crie medidas e equipamentos de resposta aos vários problemas e necessidades dos idosos (Guedes, 2007).

Nesse sentido surgem, a partir dos anos 70, múltiplas estruturas de apoio aos idosos, nas quais se incluem os lares, considerando que os asilos oficiais representavam na altura as únicas respostas sociais públicas que albergavam inválidos, diminuídos, mendigos e idosos. Aqui, o idoso permanecia até à morte, o que contribuiu para a construção de uma imagem social negativa, que ainda hoje surge em relação aos lares, muitas vezes conotados simbolicamente com uma velhice solitária, triste, sem autonomia e pobre (ISSS, 2003).

Então, a partir desta década começaram a surgir novas alternativas, em termos de respostas sociais dirigidas à população envelhecida. Não obstante esta evolução, fruto em parte do crescimento de uma gradual percepção crítica por parte do Estado e dos vários actores colectivos, o número de lares continua a aumentar regularmente e continua a reconhecer-se a sua utilidade sempre que não é possível manter o idoso no seu domicílio. Nomeadamente a passagem da década de 80 para a década de 90 mostra o crescimento significativo dos lares: 487 construídos neste período. Em 2001, o número total de equipamentos legais de alojamento colectivo para idosos ascendia a 1 230 (ISSS, 2003). No entanto, é frequente, nos tempos que correm, encontrar lares inteiramente lotados e de acordo com a mesma fonte, existiam, em 2001, 50 671 idosos institucionalizados e 63 864 idosos em lista de espera para internamento, o que nos faz pensar no elevado número de idosos que aguarda pela possibilidade de internamento. Martins (2005) refere ainda que os apoios sociais e financeiros, no nosso país, dirigidos aos idosos continuam a revelar-se insuficientes.

No entanto, as instituições de acolhimento não se ficaram apenas pelos lares de idosos, havendo cada vez mais alternativas adequadas às dinâmicas e incapacidades dos idosos e das famílias.

De seguida salientam-se algumas formas de equipamentos disponíveis para idosos em Portugal, nomeadamente:

Lares de Idosos - equipamentos colectivos de alojamento permanente ou temporário, destinados a fornecer respostas a idosos que se encontrem em risco, com perda de independência e/ou autonomia.

A insuficiência de lares de idosos estatais tem dado a origem a uma verdadeira proliferação de lares privados (que visam essencialmente fins lucrativos), que muitas vezes funcionam clandestinamente e sem condições que confirmem aos idosos o mínimo de dignidade.

Lares para Cidadãos Dependentes - constituem respostas residenciais a idosos, que apresentam um maior grau de dependência (acamados).

Centros de Dia - constituem um tipo de apoio dado através da prestação de um conjunto de serviços dirigidos a idosos da comunidade, cujo objectivo fundamental é desenvolver actividade que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar.

Centros de Convívio - são centros a nível local, que pretendem apoiar o desenvolvimento de um conjunto de actividades sócio-recreativas e culturais destinadas aos idosos de uma determinada comunidade.

Serviço de Apoio Domiciliário - desenvolvido a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária.

Centro de Noite - desenvolvido em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento nocturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite.

Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas - resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.

Residência - resposta social, desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de

utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial.

Rede de cuidados continuados integrados - criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social constitui um novo modelo organizacional que promove a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. É formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Este tipo de cuidados centra-se na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade.

1.3.3. Envelhecimento e Psicopatologia

Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crónica, nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam a vida perfeitamente normal (Ramos, 2003). A capacidade funcional surge então, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso, uma vez que o envelhecimento saudável passa a ser resultante da interacção multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica.

À medida que aumenta a idade cronológica as pessoas que tornam-se menos activas. As suas capacidades físicas diminuem e, com as alterações psicológicas que acompanham a idade (stress, depressão, sentimento de velhice), existe ainda uma maior diminuição da actividade física que conseqüentemente, facilita o aparecimento de doenças crónicas, que, contribuem para deteriorar o processo de envelhecimento (Matsudo et al, 2000).

Para além da incapacidade física, um outro aspecto mais focado na literatura sobre o envelhecimento refere-se à perda de capacidades cognitivas dos idosos (Paúl, 1997). O perfil do declínio intelectual clássico, foi considerado por Wechsler (1958), com a distinção das funções verbais que permaneciam no idoso e o padrão das capacidades “no-hold” correspondente às funções de desempenho, com o declínio associado à idade.

A maioria das pessoas com 65 anos ou mais têm pelo menos uma doença crónica do foro médico (Spar et Rue, 2005), e muitas delas têm vários problemas

simultâneos. Cada estado de doença física pode limitar a autonomia e diminuir a qualidade de vida.

- Demência

Segundo o DSM IV, a característica essencial da demência é o desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem diminuição da memória e, pelo menos, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade de execução. Os défices cognitivos deverão ser suficientemente graves para causarem diminuição do funcionamento ocupacional ou social e representarem um declínio em relação a um nível prévio de funcionamento.

O reconhecimento de uma síndrome demencial emergente depende da tríade do relatório do paciente, história clínica e avaliação da função cognitiva (Burns et al, 2009).

A demência é uma afecção neurológica que se caracteriza essencialmente por uma diminuição das capacidades cognitivas e alterações do comportamento que conduzem a uma perda progressiva da autonomia e da capacidade para as actividades diárias, profissionais e sociais (Rosenstein, 1998). Estimava-se em 2001 uma prevalência mundial de 24.3 milhões de casos de demências, com o registo de 4.7 milhões de novos diagnósticos anuais. Existem cerca de 12 milhões de pessoas com demência no mundo e prevê-se um aumento para 25 milhões em 2040 (Burns et al, 2009).

O Programa Nacional para a Saúde da Pessoa Idosa (2004) refere que a prevalência da demência aumenta, de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade, duplicando entre os 60 e os 95 anos, em cada cinco anos e sobrevivendo as mulheres com demência mais tempo do que os homens com esta doença, apesar de ser maior a incidência de doença de Alzheimer no sexo feminino.

De uma forma geral, a demência pode resultar de um conjunto de perturbações e estados, algumas perturbações provocam invariavelmente demência, enquanto que outras o fazem apenas em alguns casos (Spar et Rue, 2005). Etiologicamente, a demência é crónica, progressiva e irreversível por um lado, mas por outro, os sintomas podem ser contidos ou anulados em graus diversos com tratamentos específicos.

De um modo geral, o número de factores capazes de provocar demência aumenta com a idade do doente, à medida que o declínio da reserva funcional do cérebro

reduz, a capacidade do indivíduo para tolerar alterações fisiológicas também diminui.

O idoso demenciado torna-se mais vulnerável e, dado que é importante preservar a sua autonomia e independência funcional, esta tarefa recai essencialmente na família. Perante esta situação, encontramos uma combinação desgastante de trabalho físico, tensão emocional e restrição social para o cuidador, que adequa a sua vida às necessidades diárias do idoso, tornando-se susceptível à falta de tempo para descanso, bem-estar e ruptura nas relações de amizade, levando-o ao isolamento social e surgimento de problemas de saúde física e psicológica.

A dificuldade do cuidador em ajustar-se à situação do idoso pode relacionar-se com o aumento das situações de maus-tratos e estudos acerca da prevalência de maus-tratos em idosos demenciados mostram resultados elevados e parece claro que a demência aumenta o risco de mau-trato (Wiglesworth et al, 2010). Autores defendem que idosos com demência estão mais sujeitos às situações de abuso por apresentarem deficits cognitivos prevalentes (Bitencourt et al, 2006, Liao et al, 2006).

Um outro aspecto a considerar diz respeito à dificuldade que existe em distinguir demência de depressão. Diagnosticar demência num idoso quando na realidade tem uma depressão, tem vindo a ser um dos maiores erros da prática clínica (Burns et al, 2009). Pessoas com demência têm taxas elevadas de depressão e pessoas com depressão têm frequentemente queixas proeminentes de perda de memória, alterações neuropsicológicas e muitas vezes alterações orgânicas do cérebro.

- Depressão

A depressão grave é actualmente a principal causa de incapacidade em todo o mundo, ocupa o quarto lugar a nível mundial entre as dez principais causas de patologia e segundo as projecções ocupará o segundo lugar nos próximos 20 anos (OMS, 2002).

Em Portugal, a depressão pode atingir cerca de 20% da população (Plano Nacional de Saúde 2004-2010), tendendo a aumentar, e é a primeira causa de incapacidade, na carga global de doenças, nos países desenvolvidos.

A depressão na terceira idade é comum e Kurlowick (1999) refere que, ao contrário da opinião popular, não faz parte do processo natural do

envelhecimento. No entanto, estudos atestam que 10 a 15% dos idosos apresentam sintomas depressivos (Burns et al, 2002).

As mulheres são normalmente mais afectadas que os homens assim como os idosos institucionalizados ou a recuperar de doença médica (40% nos idosos institucionalizados e superior a 65% nos idosos com doença médica), revelando alguns estudos (Burns et al, 2002; Brown et al, 2002) uma taxa de prevalência de três a cinco vezes mais nos idosos institucionalizados do que nas comunidades.

Esta prevalência leva a depressão da terceira-idade a ter graves consequências, incluindo o sofrimento dos doentes e dos prestadores de cuidados. A amplificação da incapacidade associada com perturbação do foro médico e cognitivas da terceira-idade, o aumento dos custos com os cuidados de saúde e o aumento da taxa de mortalidade relacionada com o suicídio e doenças do foro médico (Reynolds et al, 1999 sit in Spar et al, 2005).

Devido à gravidade destas consequências, a depressão geriátrica tem sido considerada como um dos principais problemas de saúde pública (Spar et al, 2005) e parte da grande morbilidade psiquiátrica torna-se relevante com a existência de quadros depressivos relativamente aos quais se tem desenvolvido boas armas terapêuticas, com reversão total ou parcial das situações demenciais (Fernandes, 2006).

No entanto, a depressão nos idosos continua a ser *subdiagnosticada* e *subtratada* (Burns, 2002; Spar, 2005), pois é comum encontrar pacientes com depressão cujas queixas se centralizam nos sintomas físicos e não na alteração do humor, especialmente quando ocorre no contexto de múltiplos problemas médicos. Existem ainda evidências de que a depressão vai continuar a ser frequentemente não diagnosticada e não tratada em doentes institucionalizados, uma vez que existem instituições que não possuem equipas técnicas com conhecimentos e qualificações para identificar os pacientes em risco (Brown et al, 2002).

Estudos recentes referem que ainda não sabemos se os lares de idosos propiciam o aparecimento da depressão, ou seja, se a mudança para um novo lar está associada ao agravamento ou surgimento de um humor depressivo (Sheehan, D'Souza, Thein & O'Malley, 2007).

A depressão, em particular no idoso, pode ser, do ponto de vista clínico, muito dissemelhante dos diferentes indivíduos. No idoso, a depressão pode adoptar uma forma qualitativamente diferente da do adulto mais jovem. Apresentam-se com sintomas como o medo da morte e da pobreza, perda de esperança, grave

lentificação, perda de interesse, auto-negligência e queixas de diminuição de memória (Fernandes, 2006). Este último sintoma pode levar a um errado diagnóstico de demência (Burns, 2002).

Vaz (2009) menciona que um número substancial de estudos faz referência aos factores de risco que estão significativamente associados com os sintomas depressivos entre as pessoas idosas: saúde (doença física e/ou psíquica, número de doenças e cronicidade das mesmas, incapacidades e deficiências, ingestão de medicamentos), psicossociais (acontecimentos de vida, falta de confidente, isolamento sócio-afectivo, solidão), demográficos (ruralidade, sexo, idade, estado civil, institucionalização, escolaridade).

Deste modo, existem numerosos factores que aumentam o risco de desenvolver uma depressão e Burns (2002) destaca alguns dos factores de risco mais comuns:

- Perda recente/funeral (especialmente se for do companheiro)
- Situações de vida adversas (como por exemplo ter sido vítima de algum crime ou mudança de residência)
- Viver sozinho com suporte social empobrecido
- Diagnóstico de doença física (como por exemplo, doença cardíaca, diabetes ou cancro)
- Doença física dolorosa (como por exemplo, artrite ou mobilidade reduzida provocada por fractura ou enfarte)
- Episódio depressivo no passado
- História familiar de depressão
- Visão e/ou audição deterioradas
- Dependência do álcool
- Demência
- Perda do animal de estimação.

CAPÍTULO 2

MAUS-TRATOS NOS IDOSOS

2.1. Definição

Em 1996, a questão da violência foi reconhecida mundialmente como um importante e crescente problema de saúde pública em todo mundo pela 46^a Assembleia Mundial de Saúde. Por ocasião, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

No entanto, no que respeita à violência contra os idosos, não há definição estandardizada nem na Europa nem na América do Norte e ao longo dos anos tem havido esforços no sentido de definir maus-tratos nos idosos.

Existem várias propostas de definição e portanto, de identificação de abuso. As propostas mais extensamente divulgadas são aquelas que permitem uma identificação legal dos maus-tratos com vista à defesa das vítimas e à penalização dos abusadores (Ribeira et al, 2009).

Segundo a American Medical Association, por abuso entende-se “qualquer acto de comissão ou omissão que resulta em lesão ou ameaça de lesão à saúde e bem-estar de uma pessoa idosa”.

Neste sentido, Pasinato et al (2006) dizem que, no que se refere a idosos, uma definição específica de violência considera tanto acções como omissões, intencionais ou não.

Sendo assim, maus-tratos nos idosos têm sido referenciados na literatura como actos intencionais que causam dano ou que criam sério risco de resultar em dano, a idosos vulneráveis, por cuidadores, ou outros que mantenham uma relação de confiança com o idoso (Fulmer, 2004). Estas referências vão de encontro à primeira descrição definida pelo United Kingdom’s Action on Elder Abuse em 1995 e subsequentemente adoptada pela International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) em 1997.

Esta definição foi reforçada pelo World Report on Violence and Health em 2002 e é comumente utilizada em várias partes do mundo:

Maus-tratos nos idosos são actos isolados ou repetidos, ou falta de actos apropriados que causem dano ou angústia a um idoso, ocorridos em relacionamentos onde há expectativas de confiança.

Independentemente das definições existentes, parece ser relativamente consensual que o conceito de mau-trato de idosos se refere a um comportamento

destrutivo, dirigido a um adulto idoso, que ocorre num contexto de confiança e cuja frequência, não só provoca sofrimento físico, psicológico e emocional, como representa uma séria violação dos direitos humanos (Fernandes, 1998).

Usualmente este tipo de maus-tratos inclui abuso, negligência, exploração e abandono de um idoso, e é diferenciado da violência aplicada por estranhos.

Esta temática tem sido reconhecida como especialidade digna de interesse por parte dos clínicos, epidemiologistas e pesquisadores de serviços de saúde (Lachs et al, 2004).

No entanto, autores defendem que este ainda é um assunto sub referenciado (Quinn & Tomita, 1997 cit in Ferreira-Alves, 2005), sobretudo pelas próprias vítimas, pois estas temem sofrer as seguintes consequências:

- a) A perda do cuidador mesmo sendo este abusivo
- b) Ficar só sem ter ninguém que cuide dele
- c) Ser colocado numa instituição
- d) Perda de privacidade e de relações familiares
- e) Recriminação pelo alegado abusador
- f) Exposição pública e intervenção exterior
- g) Ninguém acreditar no abuso
- h) Ser responsáveis pelo comportamento abusivo

2.2. Epidemiologia

▪ Prevalência

Através dos dados colectados na literatura internacional e nacional, pode-se concluir que a violência contra os idosos constitui um problema universal.

A prevalência global dos maus-tratos situa-se por volta dos 4%, apesar de variar de acordo com os estudos efectuados (Ribeira et al, 2009), e verifica-se que em todos os países em que o fenómeno foi estudado a sua prevalência tem uma dimensão importante (Ferreira-Alves, 2005). Algumas pesquisas efectuadas em países, como por exemplo, Austrália, Canadá, Inglaterra e Irlanda do Norte concluíram que a proporção de idosos que sofrem maus-tratos oscila entre os 3% e os 10%. No Canadá 55% dos casos denunciados eram de abandono, 15% de maus-tratos físicos e 12% de exploração financeira (Dias, 2005; Sanmartín et al, 2001).

Um estudo realizado no Brasil por Melo et al (2006), verificou que numa amostra de 315 idosos, 66 referiram sofrer de maus-tratos, desses, 65,2% eram mulheres. O tipo de violência mais comum foi a psicológica (62,1%), seguida da física (31,8%), cometidas pelos próprios familiares e em domicílio.

Nos EUA, o Nacional Center on Elder Abuse registou num intervalo de 10 anos (1986-1996), um aumento de casos na ordem dos 150%. Neste país, os maus-tratos nos idosos são referenciados desde os anos 70 (Fulmer, 2004), e estima-se que mais de 2 milhões de idosos são maltratados a cada ano neste país (Swagerty et al, 1999).

Apesar do escasso número de pesquisas sobre a violência contra o idoso, a literatura científica indica o perfil da vítima: em geral são mulheres, acima de 75 anos, que possuem algum tipo de dependência física e/ou psicológica, que vive com os seus familiares, demonstrando nas relações interpessoais serem pessoas passivas e complacentes. A violência sobre os idosos é então uma violência de género, na medida em que o maior número de ocorrências é praticado sobre mulheres, em conformidade com os dados apurados junto da APAV. Quanto ao agressor em geral são filhos e/ou pessoas que possuem estreita relação com o idoso, apresentam algum problema psicológico, são dependentes de álcool e outras substâncias psicoactivas (Araújo, 2009).

No entanto em Portugal só agora a crescente visibilidade em torno deste problema explica o aumento dos números e apesar de no nosso país haver ainda poucos estudos populacionais que permitam estimar a magnitude deste problema, um estudo desenvolvido na Universidade do Minho, junto de 104 pessoas em 3 Centros de Dia, revelou que 3 em cada 4 confessaram ser vítimas de maus-tratos (Ferreira-Alves, 2003).

Um outro estudo que envolveu oito países da Europa, coordenado por uma equipa da faculdade de Medicina da Universidade do Porto liderada por Henrique Barros, detectou que em Portugal, 1 em cada 4 idosos foi vítima de pelo menos um acto de violência ao longo do último ano e que 4 em cada 10 idosos foram, em algum momento, alvo de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais ou financeiros durante a vida (ABUEL - Elder Abuse: A multinational prevalence survey).

Um relatório apresentado pelo Provedor da Justiça acerca da utilização da Linha do Cidadão Idoso, indica que no ano de 2002, das 3272 chamadas recebidas, 132 diziam respeito a situações de abandono de idosos.

Dados estatísticos apresentados pela APAV indicam que, só em 2009, foram assinaladas 642 pessoas idosas vítimas de maus-tratos (uma média de 2 por dia), o que representa 8.4% no total de casos de violência registados. Dos 10132 casos de violência registados pela APAV, 86% são do sexo feminino, 3.5% são viúvos e 11.8% encontram-se em situação de reforma.

Segundo os dados estatísticos do primeiro trimestre de 2010 APAV, verificou-se existência de violência em 5.9% na faixa etária entre os 56 e os 64 anos, e em 8,4% nas idades superiores a 65 anos.

Na análise evolutiva efectuada, é possível observar que de 2007 para 2008, o número de pessoas idosas a sofrer de maus-tratos aumentou em cerca de 20.7% (APAV, 2008).

De acordo com o National Elder Abuse Incident Study (1998) e a secção de estatística do departamento de justiça norte-americano:

- a) A negligência é o tipo mais frequente de maus-tratos aos idosos (48.7%), seguida do abuso emocional/ psicológico (35.5%), abuso financeiro ou material (30.2%) e o abuso físico (25.6%);
- b) Os filhos são os principais perpetradores com 47.3% de incidentes registados, seguidos dos cônjuges (19,3), outros familiares (8.8%) e netos (8.6%);
- c) Em quase 90% dos incidentes de abuso e negligência o perpetrador é um familiar, sendo que, destes 2/3 são filhos ou cônjuges;
- d) As vítimas de auto-negligência estão normalmente deprimidas, confusas ou extremamente frágeis.

▪ **Mortalidade**

No Brasil, principalmente a partir da década de 80, as mortes por acidentes e por violências de qualquer natureza vêm aumentando proporcionalmente como causa de óbito, inclusive entre idosos (Paixão et al, 2006).

Em Portugal, as principais causas da mortalidade a partir dos 64 anos tanto para os homens como para as mulheres, são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, sendo que estes têm um peso particularmente grave na mortalidade masculina, estando a aumentar, o que também se observa em ambos os sexos, nas doenças do aparelho respiratório (DGS, 2004). É de realçar o facto

de Portugal ser o País da União Europeia com a mais elevada mortalidade masculina e feminina acima dos 65 anos.

Os maus-tratos nos idosos estão associados ao aumento da angústia e mortalidade nos idosos (Cooper, 2008; Lachs, 1998).

Um estudo longitudinal realizado por Lachs et al (2008), refere que os maus-tratos e a auto-negligência são factores associados ao aumento da mortalidade nos idosos.

Segundo um relatório apresentado pela Organização Mundial de Saúde, deve-se considerar que óbitos de idosos muitas vezes atribuídos a causas naturais, acidentais ou desconhecidas, são na verdade consequência de abuso e negligência (Wolf et al, 2002).

▪ **Morbilidade**

A violência doméstica tem repercussões em toda a família e ambiente familiar, mesmo que envolva apenas alguns dos participantes do grupo familiar. Para além do stress familiar associado à violência, os custos envolvidos também são grandes, podendo ser monetários, resultantes do tratamento das consequências, da perda de dias de trabalho, dos custos legais e da diminuição de anos úteis por morte ou impedimentos graves (Paixão et al, 2006).

Segundo a DGS (2004), a patologia crónica múltipla, a polimedicação, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inadaptações do meio habitacional, são alguns dos factores que, ocorrendo frequentemente na população idosa, condicionam a sua saúde, a sua autonomia e independência e a sua qualidade de vida.

Os estudos sobre este tema são recentes e a compreensão do que vem acontecendo faz-se gradativamente e do ponto de vista da saúde global e preventiva, sabe-se que os maus-tratos comprometem a qualidade de vida na velhice, resultando em somatizações, transtornos psiquiátricos e morte prematura (Gaioli, 2004).

2.3. Factores de risco

Os maus-tratos não são consequência apenas de um factor, mas da combinação de factores pessoais, familiares, sociais e culturais (Pérez-Rojo et al, 2009; Daichman et al, 2008) e são mais frequentes nas situações em que existe relacionamento de confiança, como por exemplo com familiares, vizinhos e amigos.

Factores que ampliam a possibilidade de ocorrência de violência, uma vez que tornam o idoso mais vulnerável, são os problemas sociais como isolamento, habitação conjunta, empobrecimento da população e dependência financeira dos membros da família (Bitencourt, et al, 2007). Idosos com demência estão mais sujeitos às situações de violência e abuso, pois apresentam défices cognitivos prevalentes (Cooney e tal, 1995). Sanmartín et al (2001), completam esta informação, uma vez que, os estudos referem que os idosos mais susceptíveis de serem maltratados são os que apresentam problemas mentais e físicos graves.

A corroborar esta ideia, surge uma investigação conduzida por Cooney & Mortimer (1995), onde 55% dos 67 cuidadores de dementes que responderam a um questionário admitiram ter cometido abuso, principalmente abuso verbal. Neste estudo vemos que, o grande factor de risco é a coabitação do cuidador com o idoso demenciado.

Em estudos anteriores, referenciados pelos autores, mostraram que uma pessoa com a doença de Alzheimer tem 2,25 vezes mais a probabilidade de ser vítima de abuso que qualquer outro idoso que viva na comunidade (Ferreira-Alves, 2005).

Outros aspectos como idade avançada, baixos níveis de educação, debilidade física, perturbações psicológicas e depressão estão fortemente associados aos maus-tratos nos idosos, sendo encarados desta forma como factores de risco (Lachs, 1995; Daniel et al, 1999; Fulmer et al, 2000).

O burnout e a frustração do cuidador são também considerados factores de risco importantes, uma vez que os estudos indicam que a maioria das agressões são perpetradas pelos cuidadores (Daniel et al, 1999; Melo et al, 2006). Neste sentido, vários estudos têm vindo a sugerir que as pessoas que prestam cuidados a familiares durante longos períodos, como acontece na maior parte dos casos de familiares de idosos dependentes, frequentemente sofrem alterações diversas em várias e importantes áreas da sua vida (Brito, 2002). Isto significa que a passagem do abuso verbal para o abuso físico pode resultar de uma sobrecarga duradoura de trabalhos de cuidado e da ausência de estratégias adequadas de coping por

parte do cuidador para além da falha nos sistemas de suporte social ou/e nos serviços de saúde (Ferreira-Alves, 2005).

Dyer et al (2000), consideram, por seu lado, a idade, a raça, a baixa auto-estima e o deficit funcional ou cognitivo como factores de risco para situações de maus-tratos, assim como a história de violência na família e eventos stressantes.

Nusbaum et al (2006) alertam no entanto, que os idosos que são vítimas, podem ser abusados continuamente, pois o autor do abuso procura esconder as consequências do acto, e naturalmente impede o acesso das vítimas aos serviços de saúde.

Esta situação leva ao isolamento social, que é igualmente considerado como num factor de risco para os idosos. Segundo Dias (2005), esta variável encontra-se frequentemente presente entre idosos que são vítimas de violência física.

Sendo assim, autores referem que outros factores de risco estão directamente associados à dificuldade em diagnosticar (Melo et al, 2006), pois encontramos no idoso sentimentos de culpa e vergonha, medo de retaliação ou represálias por parte do agressor ou ainda receio de institucionalização.

Por outro lado, os estudos que investigam os factores de risco servem de suporte empírico a alguns modelos teóricos explicativos de abuso. Vejamos então, os cinco modelos teóricos:

- O modelo do stress situacional

Segundo este modelo, os maus-tratos são um fenómeno situacional que ocorre quando se gera stress no cuidador, causado principalmente pela incapacidade física ou mental da vítima, bem como por condições socioeconómicas desfavoráveis e por baixas competências de coping do cuidador (Wilber & McNeilly, 2001; McDonald & Collins, 2000 sit in Ferreira-Alves, 2005).

- A teoria da troca social

De acordo com este modelo cada relação é caracterizada pela expectativa de que ela fornece benefícios ou recompensas e de que comporta igualmente responsabilidades, ou seja, cada relação seria marcada pela reciprocidade ou por uma igualdade nas recompensas experienciadas. É conhecido que cada pessoa numa relação procurará retirar o maior número de recompensas e o menor número de prejuízos, ora o envelhecimento pode trazer consigo uma

maior dependência e um mais baixo estatuto social, levando isto a desequilíbrios nas trocas sociais entre o idoso e o seu cuidador.

O que leva aos maus-tratos, é a diferença de poder existente, que altera a reciprocidade, fazendo com que o cuidador sinta maior poder mas simultaneamente menos recompensa na relação (Wilber & McNeilly, 2001; McDonald & Collins, 2000 sit in Ferreira-Alves, 2005).

- O modelo da violência transgeracional

Segundo este modelo, o abuso corresponderia a um ciclo de violência familiar no qual as crianças mal tratadas ou abusadas viriam a ser abusadores. Ou seja, o abuso dever-se-ia a uma aprendizagem ao longo do desenvolvimento, dada pela observação e/ou experiência de abuso ou maus-tratos, que se perpetuaria assim de geração em geração. Giordano & Giordano (1984) cit in Ferreira-Alves (2005), apontam para o facto de, em algumas famílias as crianças aprenderem desde muito cedo que a violência é uma resposta aceitável ao stress, o que as orienta desta forma para o seu comportamento futuro. Sendo assim, este modelo baseia-se em estudos de violência familiar.

Um estudo realizado por Steinmetz e citado por Giordano & Giordano (1984), não deixa dúvidas sobre a forte componente de aprendizagem familiar deste tipo de resposta, pois refere que uma em cada 400 crianças que foram educadas de forma não violenta agredia os seus pais mais tarde, contra uma criança em cada duas que era maltratada e violentada pelos seus pais.

- O modelo da violência bidireccional

De acordo com este modelo, a violência e o abuso são um fenómeno bidireccional sendo praticado, por isso, tanto pelo cuidador como pela pessoa que recebe cuidados. Sugere-se que seja um fenómeno típico de famílias que ao longo do seu ciclo de desenvolvimento exercem controlo uns sobre os outros gritando, batendo ou ameaçando. O nomeador deste modelo (Steinmetz, 1998), apurou que em muitos casos há mais violência da parte de quem recebe os cuidados do que pela parte do cuidador - 22% contra 3% dos casos.

- O modelo da psicopatologia do perpetrador

Este modelo propõe que o risco de abuso está relacionado com as características do “abusador”, sobretudo as evidências de aspectos da sua

saúde mental (Penhale & Kingstone, 1997 sit in Ferreira-Alves, 2005). Estudos realizados nos Estados Unidos indicam que 38% dos abusadores tinham história de doença mental e 48% referiam a uma diminuição na sua saúde mental (Wolf e Pillemer, 1989 sit in Ferreira-Alves, 2005).

Considera-se que os idosos que estejam sob os cuidados de familiares que manifestam problemas mentais, emocionais ou outros traços psicopatológicos correm um risco superior de serem vítimas de abuso. O mesmo sucede quando há ocorrência de comportamentos aditivos, como por exemplo, o consumo de álcool (Dias, 2005).

Através de um outro trabalho realizado por Ramsey-Klawnsnik (2000), que embora focalizado na personalidade dos abusadores, nos elucida sobre a possível multidimensionalidade do fenómeno de abuso. Este autor avança com 5 tipos de abusadores:

Abusadores stressados, chamando-nos à atenção para a carga de afazeres da responsabilidade do cuidador que quando excede as suas capacidades, pode transformá-lo em abusador episódico e ainda para as práticas de gestão de algumas instituições que podem favorecer o aparecimento de abusadores stressados devido a turnos duplos, trabalho sem pausas, uma proporção desajustada de trabalhadores e pouco treino ou supervisão.

Dias (2005) refere ainda que acontecimentos como o desemprego, dificuldades financeiras e divórcio podem potenciar nos indivíduos comportamentos violentos.

Abusadores limitados ou com problemas, que exercem os maus-tratos sobretudo sob a forma de negligência, visível por exemplo na manipulação de medicamentos.

Abusadores narcisistas, cujos principais tipos de maus-tratos são a exploração financeira e a negligência.

Abusadores dominadores e Abusadores sádicos, que tendem a praticar maus-tratos de forma crónica e muitas vezes em escalada. As vítimas tendem a temer este tipo de abusadores.

2.4. Conceito de abuso

Um dos grandes desafios para os estudos sobre os maus-tratos, reside na definição das categorias e tipologias que designam as várias nuances.

Jones & Powell (2006) referem que os maus-tratos a idosos podem apresentar várias formas e as tentativas para os definir têm sido precárias.

Após uma leitura exaustiva de bibliografia neste campo, verifica-se a existência de várias propostas para a definição e identificação de maus-tratos.

Sendo assim, Ferreira-Alves (2005), com base numa análise e revisão das definições já existentes, propõe a definição do National Center on Elder Abuse (1998), para 7 tipos de abuso:

Abuso físico: o uso não acidental da dor física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade. As punições físicas de qualquer tipo são exemplos de abuso físico. A sub medicação ou sobre medicação também se incluem nesta categoria.

Abuso sexual: contacto sexual não consensualizado de qualquer tipo com uma pessoa idosa.

Abuso emocional ou psicológico: inflicção de angústia, dor ou aflição, por meios verbais ou não verbais; a humilhação, a infantilização ou ameaças de qualquer tipo incluem-se nesta categoria.

Exploração material ou financeira: uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens do idoso.

Abandono: a deserção de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidados.

Negligência: recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso.

Auto-negligência: comportamentos de uma pessoas idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança. A definição de auto-negligência exclui situações nas quais uma pessoa idosa mentalmente capaz, toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em actos que ameaçam a sua saúde ou segurança.

Deste modo, destacam-se alguns exemplos de cada um dos diferentes tipos de abuso identificados na literatura (Ferreira-Alves, 2005):

Abuso físico: bater, empurrar, compelir, arranhar, restringir, ameaçar com objectos, atacar, danificar ou ferir sexualmente.

Abuso psicológico: gritar, insultar, ameaçar com ferimento físico, fechar o idoso no quarto, seguir o idoso ou andar sempre à volta dele.

Negligência pelo próprio ou pelos outros: negar cuidado e supervisão adequados (especialmente em casos de pessoas com incapacidades físicas ou mentais), não estar a ser tratados por problemas físicos de saúde, isolamento, vestuário inadequado face às condições ambientais, falta de cobertura adequada.

Exploração: uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedade ou outros bens sem consentimento, assinatura forjada em cheques ou outros documentos financeiros e legais, grandes somas de dinheiro retiradas de contas bancárias sem o conhecimento do idoso.

Muitas vezes, os idosos não referem que estão a ser vítimas de maus-tratos, no entanto, Laks et al (2006) avançam com uma relação de sintomas/comportamentos que podem auxiliar a reconhecer qualquer suspeita de mau-trato.

. Indicadores de abuso sexual: lesões da pele ou da mucosa, sangramento ou infecção (urinária ou vaginal), pesadelos, terrores nocturnos, insónia, ansiedade, tristeza acentuada, depressão e isolamento social.

. Indicadores de abuso físico: dor, lesões físicas (queimaduras, cortes, hematomas, feridas e fracturas) incompatíveis com as alegadas causas, comportamento agressivo ou apático, baixa auto-estima, tristeza, ansiedade e isolamento social.

. Indicadores de negligência: desnutrição, desidratação, fadiga, doença e problemas clínicos, roupa inapropriada para o clima, declínio na higiene, medicação inadequada, dificuldade na adesão a tratamentos com medicamentos o que leva por exemplo a diabetes descontrolada e hipertensão e ainda, tristeza, ansiedade e isolamento social.

2.5.Maus-tratos em instituições de idosos

Nas instituições de acolhimento, os idosos podem correr um risco superior de serem vítimas de maus-tratos uma vez que se encontram em estados de maior dependência e debilidade física. Temem também, em caso de denúncia, ser alvo de retaliações e muitos não têm consciência dos seus direitos legais (Dias, 2005). Daichman et al (2008) alertam que, a prevalência dos maus-tratos em contextos institucionais tem sido raramente medida e referem um estudo clássico conduzido por Pillemer e Moore (1990) nos Estados Unidos, onde 10% do pessoal

de enfermagem em contextos institucionais admitiram ter cometido actos de abuso físico e 40% admitiram actos de abuso psicológico a idosos no primeiro ano de residência.

Uma outra questão, levantada por Bennett et al (1997) cit in Daichman et al (2008) tem a ver com os factores que levam à violência e que sugere que os maus-tratos dentro das instituições abrangem valores consideráveis e que podem estar relacionados com qualquer um dos seguintes:

- Problemas com pessoal, por exemplo stress de trabalho e *burnout*, fracas condições de trabalho, treino insuficiente e problemas psicológicos do pessoal trabalhador
- Dificuldades de relacionamento do pessoal com os residentes, por exemplo, pouca e fraca comunicação, agressividade por parte dos residentes e diferenças culturais
- Ambiente, por exemplo falta de privacidade, instalações em ruínas, uso de restrições, estimulação sensorial inadequada e a propensão para a ocorrência de acidentes na instituição
- A prestação de cuidados, por exemplo resistência às mudanças de medicina geriátrica, a erosão da individualidade no atendimento, falta nutrição e uma assistência de enfermagem deficiente.

Os abusos mais frequentemente praticados sobre os idosos em contexto institucional são a existência de restrições excessivas, a sub ou sobre medicação, a agressão verbal e o abuso material ou financeiro.

Dias (2005), refere que, nestes contextos, os idosos podem ser alvo de processos de infantilização (são tratados como crianças irresponsáveis), de despersonalização (necessidades individuais não tidas em consideração), de desumanização (são ignorados e a privacidade não é respeitada) e de vitimização (são agredidos na sua integridade física e moral).

2.6. Instrumentos de rastreio da violência contra o idoso

Desde que os maus-tratos nos idosos foram considerados como um problema social e de saúde, investigadores têm procurado formas de criar ferramentas para identificar os idosos em risco de abuso, negligência e exploração (Wolf, 2000). Instrumentos esses que sejam confiáveis (resultados que sejam consistentes ao longo do tempo), válidos (instrumentos que meçam o que é suposto medir),

generalizáveis (instrumentos que possam ser usados em diferentes locais e diferentes populações).

Há poucas evidências sobre como, efectivamente, suspeitar ou reconhecer a presença de abuso, e são poucos os profissionais de saúde que activamente rastreiam pacientes que não possuam alguma lesão aparente (Paixão et al, 2006). Contudo, há consenso que instrumentos apropriados de rastreamento de violência em idosos sejam cruciais para o progresso da prática e pesquisa desse importante problema de saúde, apesar de a validade e as limitações dos instrumentos existentes, assim como a sua utilização, tem sido discutida.

No entanto, Fulmer (2004) refere a dificuldade da instrumentalização dos maus-tratos nos idosos, uma vez que esses instrumentos se baseiam em teorias que podem estar erradas ou incompletas. Corroborando a afirmação, este autor menciona ainda o exemplo de algumas teorias sobre maus-tratos nos idosos e presumíveis indicadores de abuso físico terem sido adaptadas de modelos acerca de abuso de crianças, e na medida em que reflectem exactamente o fenómeno dos maus-tratos nos idosos é desconhecido.

Apesar dessa dificuldade, há já algum tempo que o atendimento do paciente geriátrico é orientado para a avaliação interdisciplinar dos distúrbios funcionais. E sendo assim, torna-se portanto, natural incorporar a avaliação e atendimento do idoso vítima ou envolvido em actos violentos nessa abordagem geriátrica geral. Esta questão leva a que autores considerem essencial a inserção de avaliação de suspeitas de violência contra o idoso num ambiente geriátrico de avaliação interdisciplinar, o que traria um maior suporte para que se cumprisse o objectivo primordial do profissional interessado pelos problemas do envelhecimento (Paixão et al, 2006).

Um outro aspecto relevante depreende-se pelo facto de que os instrumentos para avaliar os maus-tratos têm vindo a ser desenvolvidos para idosos intactos cognitivamente e capazes de falar sobre as suas experiências do abuso ou negligência assim como dos factores de risco (Wiglesworth et al, 2010). Uma revisão publicada (Fulmer et al, 2004) acerca dos instrumentos disponíveis concluiu que não existe nenhum instrumento suficientemente adaptado para identificar idosos em risco e que os instrumentos que têm vindo a ser utilizados são inapropriados para idosos com demência.

Segue-se uma breve descrição dos principais instrumentos utilizados na avaliação dos maus-tratos nos idosos, essenciais para uma melhor percepção e intervenção nesta problemática.

Akron General Medical Center Geriatric (Abuse Protocol: AKRON)

O AKRON (Jones, 1988), é um questionário de 46 itens que avaliam o abuso físico, psicológico, financeiro, sexual e negligência, na vítima idosa ou em potencial.

Brief Abuse Screen for the Elderly (BASE)

O BASE (Reis, 1997), é um questionário de apenas 5 itens que avaliam o abuso físico, psicológico, financeiro e negligência, na vítima idosa ou em potencial.

Caregiver Abuse Screen (CASE)

O CASE (Reis, 1995), é um questionário de 8 itens que avaliam o abuso físico, psicológico, financeiro, e negligência. Este instrumento avalia o cuidador do idoso ou potencial agressor.

Conflict Tactics Scale (CTS-1)

O CTS-1 (Straus, 1979), é um questionário de 19 itens que avaliam o abuso físico e psicológico. Avalia a vítima idosa ou em potencial risco assim como o cuidador ou potencial agressor. Existe validação desta escala no Brasil.

Carer Abuse Assessment Protocol for Nurses (DAVIES)

O DAVIES (Davies, 1997), é um questionário de 41 itens que avaliam o abuso físico, psicológico, financeiro, sexual e a negligência. Faz uma avaliação do cuidador ou potencial agressor.

Elder Abuse Assessment Protocol for Nurses (EAAPN)

O EAAPN (Davies, 1997), é um questionário de 80 itens que avaliam o abuso físico, psicológico, financeiro e negligência. Avalia a vítima ou o idoso em risco.

HALF (HALF)

O HALF (Ferguson, 1983), é um questionário de 37 itens que avaliam o abuso físico, psicológico, financeiro e negligência. Avalia a vítima idosa ou em potencial risco assim como o cuidador ou potencial agressor.

High Risk Placement Worksheet (HRPW-KOSBERG)

O HRPW (Kosberg, 1988), é um questionário de 40 itens que avaliam o abuso e negligência nos idosos assim como idosos em risco. Avalia ainda o cuidador ou potencial agressor.

Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST)

O H-S/EAST (Hwalek & Sengstock, 1986), é um questionário de 15 itens que avaliam o abuso físico, psicológico, financeiro e negligência. Avalia as vítimas idosas assim como idosos em risco.

Fulmer Restriction Scale (FRS)

O FRS (Fulmer, 1996), é um questionário de 34 itens que avaliam o abuso físico, e a negligência. Avalia as vítimas e os idosos em potencial risco.

Indicators of Abuse Screen (IOA)

O IOA (Reis, 1998), é um questionário de 22 itens que avaliam o abuso físico, psicológico, financeiro e negligência. Este instrumento avalia as vítimas assim como potenciais vítimas.

Health Status Risk Assessment (JOHNSON)

O JOHNSON (Johnson, 1991), é um questionário de 60 itens que pretende avaliar o abuso físico, psicológico, financeiro, sexual, o abandono assim como a negligência. Este instrumento avalia as vítimas assim como idosos em risco.

QUALCARE Scale (QUALCARE)

O QUALCARE (Phillips, 1990), avalia o abuso físico, psicológico e financeiro. É constituído por 40 itens que avaliam as vítimas idosas ou em potencial assim como os cuidadores ou potenciais agressores.

Risk of Elder Abuse in the Home (REAH)

O REAH (Hamilton, 1989), é um questionário constituído por 34 itens e que se encontra dividido em duas secções de avaliação, uma para o idoso e outra para o cuidador. Pretende avaliar riscos gerais de violência, como a vulnerabilidade do idoso e sobrecarga do cuidador mas não dimensões específicas de violência.

Screening Protocol for Identification of Abuse and Neglect (SCREENPROT)

O SCREENPROT (Johnson, 1981), está dividido em 38 itens que avaliam a vítima idosa ou em potencial, o cuidador do idoso ou potencial agressor. Este instrumento pretende avaliar o abuso físico, psicológico, financeiro e negligência.

Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS)

O VASS (Schofield, 2002), é um questionário de 12 itens que avaliam o abuso físico, psicológico, financeiro e negligência. Este instrumento avalia as vítimas assim como idosos em potencial risco.

2.7. Procedimentos em caso de identificação/suspeita de maus-tratos nos idosos

Bitencourt et al (2006) consideram que os maus tratos aos idosos são sérios problemas de saúde pública e de ordem legal. O papel do profissional de saúde é de extrema importância na identificação e tratamento dos maus-tratos, uma vez que são os serviços de saúde que recebem idosos vítimas dessa violência e portanto, a consciência desse facto deve ser interdisciplinar.

Swagerty (1999), refere que o maior obstáculo à prevenção e intervenção desta problemática é a falta de consciência por parte dos médicos e outros profissionais de saúde.

Em 2001 Hirsch & Loewy escreveram um texto especialmente para os médicos com o objectivo de os alertar para a necessidade de melhorarem o seu diagnóstico em casos de maus-tratos. Estes autores consideram que é preciso prestar atenção à aparência desse cliente, às repetidas ausências às consultas agendadas, aos sinais físicos suspeitos e às explicações improváveis de familiares para determinadas lesões ou traumas.

Gonçalves (2006), refere que a intervenção é complexa e deverá ter sempre em conta uma abordagem multidisciplinar e que na maioria das situações, a intervenção efectiva requer autoridades sociais locais, autoridade de saúde, polícia e agências de protecção da vítima, sejam elas privadas ou particulares.

Ao contrário do que acontece em outros países, em Portugal, no que diz respeito à legislação ordinária, não está prevista legislação própria para os idosos, para além do artigo 12 da Constituição da República Portuguesa que diz respeito aos Princípios Gerais de Protecção e Direitos da Pessoa Idosa.

Nos EUA por exemplo, existe legislação específica e protocolos adequados e apesar de as leis nos vários estados serem muito variadas, contêm múltiplas secções relativamente a quem é protegido, quem deve notificar, definição dos comportamentos a relatar, requerimentos para investigação, sanções e tutelas.

Sendo assim, a sequência de intervenção habitualmente adoptada (Gonçalves, 2006), respeita três fases: identificação, avaliação e acção.

- a. Identificação – efectuada através dos sinais de alerta, podendo estes serem detectados por qualquer indivíduo, profissional ou não.
- b. Avaliação – esta deverá ser dirigida por uma equipa multidisciplinar, para aceder ao prestador de cuidados e ao idoso, na tentativa de confirmar ou não a suspeita de abuso e respectiva causa.
- c. Acção – intervenção que estabelece a organização dos cuidados a prestar ao idoso, de preferência permitindo à vítima permanecer na sua habitação. Aqui torna-se importante evitar o isolamento social do idoso, que pode ser acautelado através dos serviços de cuidados domiciliários, centros de dia e tutela por parte dos serviços sociais. Para além disso, é importante facilitar o acesso a recursos e simplificar as terapêuticas, avaliar a adequação da habitação às limitações do idoso e valorizar a necessidade de institucionalizar o idoso quando a família não consegue garantir cuidados adequados.

Diversos autores concordam que é necessário, sempre que se observe a ocorrência de abusos ou negligências, providenciar-se formas de monitorização mais cuidadosa que inclua visitas domiciliarias periódicas, e se for o caso, a denúncia às autoridades competentes para que se tomem providências relativas à protecção dos idosos e à penalização dos abusadores (Groth et al, 1999; Hirsch & Loewy, 2001, Dias, 2005, Liao, 2006).

Em todas as situações de abuso evidenciado ou suspeito, deverão ser feitas visitas regulares para vigilância da situação (Gonçalves, 2006). A intervenção passa também pelo apoio aos prestadores de cuidados para ultrapassarem os problemas com os quais se deparam.

Para além disso, a presença de indivíduos exteriores à família (enfermeiros, profissionais do serviço social, etc.), torna mais difícil a prática de abusos sobre os idosos.

O apoio comunitário, a integração na rede alargada nas relações de parentesco e de vizinhança surgem também como medidas inibidoras da prática de abusos sobre os idosos na família.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. Objectivo

O presente trabalho tem como principal objectivo o estudo dos maus-tratos numa população institucionalizada em Lares e Centros de Dia, do concelho de Paços de Ferreira. Para tal procedeu-se à sua avaliação utilizando a escala Elder Assessment Instrument (EAI) (Fulmer T, 2003). Na sua forma original, este instrumento foi desenvolvido para avaliar os maus-tratos nos idosos ou o idoso em potencial risco.

Pretendeu-se ainda estudar as eventuais relações entre abuso e as diferentes variáveis demográficas e clínicas (défice cognitivo, funcionalidade, depressão, psicopatologia e qualidade de vida).

2. Material e Métodos

2.1. Tradução e estudos iniciais de validação

Procedeu-se à tradução da escala e realizou-se um estudo piloto para testar as principais dificuldades relativas à adesão dos idosos, ajustes de tempo, necessidades logísticas e planificação geral do trabalho (Gonçalves et al, 2008; Gonçalves et al, 2009; Fernandes, 2004).

Deste modo, foi feito um estudo transversal, numa amostra de conveniência constituída por 21 idosos, de ambos os sexos, com idade superior a 65 anos e recrutados consecutivamente da Consulta de Gerontopsiquiatria do Hospital S. João do Porto (ver anexo I).

2.2. Amostra

Foram recrutados consecutivamente indivíduos, de ambos sexos e com idades compreendidas entre os 65 e os 68 anos de dois Lares de Idosos e de três Centros de Dia (Centros comunitários). Segue uma breve descrição de cada instituição:

Misericórdia de Paços de Ferreira: esta instituição tem três valências em funcionamento, nomeadamente Lar, Serviço de Apoio ao

Domiciliário e Centro de Convívio. Nesta instituição apenas os idosos do Lar fazem parte da amostra deste estudo.

O Lar tem cerca de 48 utentes, aos quais são prestados todos os serviços de alojamento incluindo higiene pessoal, tratamento de roupas, acompanhamento médico e de enfermagem, administração da medicação e apoio na alimentação. O Serviço de Apoio ao Domicílio tem 10 utentes aos quais são prestados apoios na alimentação e higiene pessoal, tratamento de roupas e higiene habitacional. O Centro de Convívio tem 8 utentes inscritos, sendo o limite de 25 utentes.

A instituição dispõe de um plano de actividades socioculturais, cujo objectivo é dinamizar o dia-a-dia dos utentes das valências Lar e centro de Convívio, para além de trabalhos manuais, passeios e intercâmbio entre instituições, dando especial atenção à actividade física.

Esta instituição tem ainda um plano de actividades para a própria instituição que promove acções de formação, cujo objectivo é aumentar os conhecimentos teórico-práticos das funcionárias, contribuindo para a melhoria da qualidade das suas funções e possível aumento da escolaridade. Possui ainda Protocolo de Cooperação com a Segurança Social.

Misericórdia de Freamunde: esta instituição tem apenas valência de Lar e tem como principais objectivos, albergar pessoas idosas, cuja situação social, familiar, económica e/ou saúde não lhes permita permanecer no seu meio habitual de vida. Faculta serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes, contribuindo para a estabilização ou atenuação das consequências do envelhecimento, garantindo ao idoso uma boa qualidade de vida. Presta ainda apoio psicossocial, desenvolvendo relações interpessoais e intergeracionais de modo a evitar o isolamento, contribuindo para a prevenção de situações de dependência. Promove desta forma a autonomia, e incentiva as relações inter-familiares, encaminhando e acompanhando o idoso para soluções adequadas à sua situação. Esta instituição tem lotação para 27 utentes, dos quais 7 tem acordo estabelecido com a segurança social e os restantes 20 têm participação por parte desta entidade.

Associação para a Promoção das Classes Sociais menos Favorecidas Paços 2000: instituição sem fins lucrativos criada em 1992 com o objectivo de desenvolver um Projecto de Luta contra a Pobreza no Concelho.

No âmbito do apoio à população idosa, a Paços 2000 implementou três Centros de Dia para a terceira idade, localizados nas freguesias de Seroa, Modelos e Eiriz.

Estes equipamentos abrangem diariamente cerca de 80 idosos, proporcionando-lhes actividades de convívio, lazer e ocupação, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida e diminuir os momentos de solidão.

Esta instituição actua em diferentes valências, sendo elas: a habitação (procedendo-se à construção casas e respectivo realojamento de famílias, efectuou ainda apoio em algumas obras de reabilitação nas várias freguesias do concelho); a infância (cuja intervenção nesta área tem por objectivos contribuir para o desenvolvimento integral da criança e prestar um serviço de apoio à família, possibilitando a integração e/ou estabilidade no emprego das mulheres de família). Esta intervenção levou à construção de 7 ATL's em diferentes pontos estratégicos do concelho e algumas destas instalações funcionam em instalações cedidas pela Câmara Municipal de Paços de Ferreira. Uma outra área de acção desta associação tem a ver com o Apoio Social, que aposta no serviço de atendimento à população proporcionando acompanhamento às famílias com disfunções sociais e em articulação inter-institucional.

No Concelho de Paços de Ferreira existem apenas os dois Lares referidos. No entanto existem outras instituições de acolhimento a idosos (Centros de Dia e Centros de Convívio). A preferência pela Associação Paços 2000 para este estudo deve-se ao facto de ela ser bastante representativa da população deste concelho não só em número como também devido às zonas geográficas que abrange.

Após o consentimento informado (ver anexo II), estes idosos foram sujeitos inicialmente a uma entrevista clínica, especialmente construída para o efeito (ver anexo III), na qual se incluiu as seguintes informações: dados demográficos, história familiar e pessoal, antecedentes familiares e pessoais, de patologia psiquiátrica e/ou psicossomática associada. Esta avaliação foi realizada pela autora do presente estudo.

Foi considerado critério de inclusão idade superior a 65 anos e usando este critério foram excluídos 2 idosos.

Assim, 118 idosos, foram submetidos à avaliação psicossocial, efectuada pela autora do estudo, que decorreu durante o ano de 2010, tendo em média a duração de 45 minutos por doente.

Procedimentos:

A exposição dos resultados será efectuada primeiramente pela Análise Descritiva da amostra geral, ou seja, dos 118 idosos que constituem este estudo, serão apresentadas as características sócio-demográficas assim como a análise descritiva das variáveis clínicas.

Segue-se a Análise Descritiva das variáveis clínicas por grupo, primeiro o grupo dos Lares e posteriormente o grupo dos Centros de Dia.

2.3. Medidas

Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação no presente estudo.

- **The Elder Assessment Instrument - EAI (Fulmer, 1984)**

O EAI é utilizado desde 1980 nos Estados Unidos da América. Foi desenvolvido respeitando as teorias acerca dos maus-tratos nos idosos cobrindo diferentes dimensões, bem como as leis estaduais de protecção nos EUA.

Este instrumento inclui uma avaliação geral do idoso e ainda uma avaliação a nível físico, social, médico, nível de dependência e estilo de vida e ainda campo para resumos (direccionando o utilizador para o registo da probabilidade da presença de cada tipo de mau-trato).

Consiste numa escala do tipo Likert (1 a 4) com áreas para comentários adicionais em cada secção.

Na sua forma original, este instrumento foi desenvolvido para avaliar os maus-tratos nos idosos ou o idoso em potencial risco e é usado como uma estrutura de organização das informações e dados obtidos durante as interacções clínicas entre médicos e pacientes.

Este instrumento apresenta sete secções que fazem uma revisão dos sinais, sintomas e queixas subjectivas de abuso, negligência, exploração e abandono. Não há um “score” e a aplicação requer normalmente entre 10 e 15 minutos.

O estudo da sua validação mostram um índice de validade de conteúdo de 0.83, a consistência interna (alfa de Cronbach) é relatada em 0,84, a fiabilidade inter-examinadores de 0.83 ($p < .0001$), sensibilidade de 71% e especificidade de 93% (Fulmer et al, 2004).

O instrumento divide-se em sete grupos de indicadores de maus-tratos:

I. Avaliação Geral – avalia aspectos como o vestuário, higiene, nutrição e qualidade da pele. A avaliação pode ser registada como Muito Bom, Bom, Baixo, Muito Baixo e Impossível de Avaliar.

II. Possíveis Indicadores de Abuso – avalia indicadores de Contusões, Golpes, Fracturas, Vários estádios de cura de escoriações ou fracturas, Evidência de abuso sexual e Queixas repetidas pelo idoso. A avaliação é registada como Sem Evidência, Evidência Possível, Evidência Provável, Evidência Clara e Impossível de Avaliar.

III. Possíveis Indicadores de Negligência – avalia indicadores de Contracturas, Lesões de Pressão, Desidratação, Diarreia, Depressão, Impacto, Desnutrição, Queimaduras de Urina, Pouca Higiene, Falha de resposta a Aviso de Doença Óbvia, Medicação Inadequada, Readmissão Hospitalar Devido á Provável Falta na Vigilância dos Cuidados de Saúde e Queixas do Idoso por Negligência Repetida. A avaliação é registada como Sem Evidência, Evidência Possível, Evidência Provável, Evidência Clara e Impossível de Avaliar.

IV. Possíveis Indicadores de Exploração – avalia indicadores de Mau Uso do Dinheiro, Evidência da Exploração Financeira, Registos de Exigências de Bens em Troca de Serviços, Incapacidade de Controlar Dinheiro/Bens e Queixas do Idoso de Exploração Repetida. A avaliação é registada como Sem Evidência, Evidência Possível, Evidência Provável, Evidência Clara e Impossível de Avaliar.

V. Possíveis Indicadores de Abandono – avalia indicadores de Evidência que o Cuidador Abandonou os Cuidados Propositadamente sem Arranjar Alternativas, Evidência que o Idoso foi Abandonado num Ambiente Inseguro por Períodos de Tempo Prolongados sem Apoio e Queixas do Idoso de Abandono Repetido. A avaliação é registada como Sem Evidência, Evidência Possível, Evidência Provável, Evidência Clara e Impossível de Avaliar.

VI. Resumo – resume as Evidências de Abuso, Evidências de Negligência, Evidências de Exploração e Evidências de Abandono. A avaliação é igualmente registada como Sem Evidência, Evidência Possível, Evidência Provável, Evidência Clara e Impossível de Avaliar.

VII. Comentários e Seguimento – neste grupo regista-se a informação relevante de forma descritiva.

(Ver anexo IV)

▪ **Mini-Mental State Examination - MMSE** (Folstein et al., 1975)

O MMSE é o instrumento padronizado mais amplamente utilizado em toda a prática da clínica psiquiátrica, com o objectivo de avaliar a função cognitiva. É composto por cinco domínios: orientação, memória/retenção, atenção/cálculo, linguagem e a capacidade viso-construtiva.

O MMSE é utilizado como instrumento de triagem na identificação de pacientes com défice cognitivo.

Para além de cobrir vários domínios cognitivos, o MMSE é de fácil e rápida aplicação, (duração média de 10-15min.). Inclui 30 questões com a pontuação total máxima de 30 pontos. No estudo de aferição para a população portuguesa (Guerreiro et al., 1994), o MMSE revelou boas propriedades psicométricas. Além disso, foram definidos pontos de corte, com base na idade e literacia (Morgado et al, 2009). Assim, considera-se presença de défice cognitivo com a pontuação ≤ 22 em indivíduo com escolaridade até 2 anos, ≤ 24 nos idosos com escolaridade entre 3 a 6 anos e ≤ 27 com escolaridade igual ou superior a 7 anos. (Ver anexo IV)

▪ **Escala de Depressão Geriátrica - GDS15** (Yesavage et al, 1983)

A GDS foi desenvolvida especificamente para idosos para a avaliação da depressão. É um instrumento validado que ganhou grande aceitação para o uso em investigação e na prática clínica (Stils et al, 1998 sit in Brown et al, 2005).

Esta escala avalia o estado de ânimo de uma maneira extensa, incluindo também alguns itens para avaliar áreas relevantes, como as de carácter cognitivo e comportamento social.

Pode ser utilizada com idosos saudáveis, doentes e portadores de debilidade cognitiva ligeira a moderada.

Quanto à sensibilidade e especificidade, na globalidade os dados oscilam entre 84% e 95%, indicando que não é inferior, sendo pelo menos igual ou superior às restantes provas com que tem sido comparada (Kurlowicz, 1999; Sherina et al, 2003). Estes dados psicométricos demonstram um instrumento útil na diferenciação entre idosos deprimidos e sem depressão.

A validade e a fiabilidade do instrumento foram apoiadas através da prática clínica e da investigação (Kurlowicz, 1999; Sousa et al, 2007).

Foi utilizada a versão reduzida de 15 itens, traduzida e validada para a população Portuguesa.

O seu formato simples, a sua brevidade, a exclusão de itens relacionados com sintomas somáticos e a sua fácil administração são considerados os pontos fortes desta escala. Apesar de ter sido originalmente concebida para fins de investigação, trata-se de uma ferramenta útil na triagem clínica que facilita a avaliação da depressão em idosos (Kurlowicz, 1999), com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave. (Ver anexo VI)

- **Elderly Assessment System – EASYCare (Philp, 1997)**

O EASYCare está, de momento, disponível em 16 países da União Europeia e na Polónia. Foi inicialmente desenvolvido a partir de outros instrumentos que avaliavam apenas algumas dimensões consideradas pertinentes. Posteriormente foi inovado centrando-se no facto de integrar, numa só escala, itens relativos às várias dimensões da qualidade de vida e bem-estar do idoso (Sousa et al, 2002).

Desde modo, o EASYCare tornou-se um sistema utilizado para se proceder a uma avaliação rápida e compreensiva do bem-estar físico, mental e social do idoso, ou seja, um instrumento multidimensional. Tem sido projectado para proporcionar uma descrição global das necessidades do idoso, tal como este as percepciona. Avalia capacidades e não competências, centrando-se mais na qualidade de vida do que propriamente na doença, e reconhece o papel dos prestadores de cuidados às incapacidades da pessoa idosa.

O instrumento é organizado em 3 fases: 1) Avaliação das necessidades do idoso; 2) Exploração das necessidades do idoso; 3) Negociação dos objectivos. É de fácil e rápida aplicação, demora cerca de 10 minutos a ser preenchido e 10 minutos suplementares para cada avaliação optativa das dificuldades cognitivas e fixação de objectivos (Sousa, et al, 2002).

Avalia a incapacidade física (questões 1-4), a qualidade de vida percebida pelo sujeito (questões 5 a 7), a área funcional (questões 8 a 13), a mobilidade (questões 14 a 19), as actividades de cuidados pessoais (questões 20 a 22) e o controlo esfíncteriano (questões 23 a 24) A pontuação total da incapacidade obtém-se somando das questões 8 à 24.

No que respeita à pontuação, quanto mais elevada maior a incapacidade, sendo 100 o valor máximo para a incapacidade. (Ver anexo VII)

▪ **General Health Questionnaire GHQ – 28** (Goldberg, 1979)

Este é um questionário de averiguação objectivo para avaliar o nível de saúde mental de sujeitos adultos normais. Provê uma pontuação que expressa a gravidade dos distúrbios psiquiátricos não psicóticos.

Uma análise factorial dos eixos principais mostra que o questionário expressa um grande factor (ausência de saúde mental), além disso apresenta nitidamente cinco factores que, embora significativamente correlacionados (Alfa de Cronbach de 0,85) expressam aspectos distintos e relevantes da saúde mental, sendo: os sintomas somáticos, a ansiedade e a insónia, a disfunção social e a depressão grave. (Ver anexo VIII)

▪ **Dados clínicos da Entrevista Clínica**

Foi construída uma entrevista clínica constituída por perguntas abertas e fechadas. As questões tiveram como objectivo caracterizar os indivíduos na sua dimensão individual, social, profissional e situação económica.

2.4. Análise estatística

A análise dos dados foi feita recorrendo ao software de estatística: *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 17.0).

Para caracterizar a amostra, foi realizada a análise estatística descritiva com as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação profissional e situação na comunidade) e clínicas (maus-tratos, défice cognitivo, depressão, psicopatologia, funcionalidade e qualidade de vida).

• **Análise da relação entre variáveis qualitativas**

Para a análise de variáveis qualitativas optou-se por efectuar uma tabela de contingência para as variáveis efectuando-se um teste exacto de Fisher (por existirem frequências esperadas inferiores a 5). O resultado do teste exacto de

Fisher indica a existência de um $p \leq 0.05$, sendo que deste modo não se rejeita a hipótese H_0 de independência das variáveis.

3. Resultados

3.1. Análise descritiva

Procede-se à descrição inicial da amostra global de 118 idosos distribuídos pelos Lares e Centros de Dias. Posteriormente procede-se à análise descritiva de cada uma das escalas.

3.1.1. Amostra

Foram incluídos 118 idosos, avaliados durante os meses de Maio e Junho de 2010, sendo a larga maioria do sexo feminino (76.3 %), com idades entre os 65 e os 98 anos. Nesta amostra a idade média foi de 79.2 anos, com desvio-padrão de 7.58.

No que concerne ao estado civil, verificou-se um predomínio de indivíduos viúvos (68.6 %), sendo que o conjunto dos sujeitos solteiros atingia, ainda, um valor de cerca de 16.1% no grupo em estudo. Os restantes estados civis tinham uma expressão mais reduzida, representando os casados 12.7% e os divorciados 2.5% da amostra.

Relativamente às habilitações literárias, verificou-se que a maioria dos indivíduos tinha um nível de formação igual ou inferior à instrução primária completa, e apenas 27 % da amostra eram analfabetos.

Em termos de situação profissional, todos os sujeitos se encontravam reformados e sem ocupação profissional.

A amostra geral divide-se em dois grupos: Lares e centros de Dias. Da amostra global, 51.7% dos idosos avaliados frequentavam Centros de Dia e 48.3% residiam em Lares. Cerca de 83.9% tinham cuidador e destes, 87.9% viviam com o mesmo. No entanto 16.1% não tinham qualquer tipo de cuidador.

Quadro 1 – Características sócio-demográficas

(n=118)	
Idade média (dp)	79.72 (5.576)
Sexo	n (%)
Masculino	28 (23.7)
Feminino	90 (76.3)
Estado civil	
Solteiro	19 (16.1)
Casado/união de facto	15 (12.7)
Separado/divorciado	3 (2.5)
Viúvo	81 (68.6)
Escolaridade (n=111)	
Instrução primária incompleta ou nula	48 (43.2)
Instrução primária completa	62 (55.9)
Secundário	1 (0.9)
Área geográfica	
Urbana	59 (50)
Rural	59 (50)
Situação de vida	
Sozinho	30 (25.4)
Vive com o companheiro	10 (8.5)
Vive com outros parentes	21 (17.8)
Outros	57 (48.3)
Estado actual na comunidade	
Lar	57 (48.3)
Centro de Dia	61 (51.7)

3.1.2. Análise descritiva das variáveis clínicas

Relativamente à avaliação efectuada pelo EAI, quanto grupo da **Avaliação Geral (AG)**, a maioria dos sujeitos apresentou resultados registados com avaliação de Muito Bom e Bom o que significa que a maioria dos sujeitos apresenta o vestuário, a higiene, a nutrição e a qualidade da pele em condições adequadas. No entanto verificou-se a presença de registos na classificação de Baixo, com percentagens entre os 4% e os 9%.

Quadro 2 – Resultados do Elder Assessment Instrument – EAI (Avaliação Geral)

Avaliação Geral (AG) (n=118)	Muito Bom n(%)	Bom n(%)	Baixo n(%)	Muito Baixo n(%)	Impossível de avaliar n(%)
Vestuário	66 (55.9)	43 (36.4)	9 (7.6)	---	---
Higiene	67 (56.8)	42 (35.6)	9 (7.6)	---	---
Nutrição	67 (56.8)	47 (39.8)	4 (3.4)	---	---
Qualidade da pele	66 (55.9)	47 (39.8)	5 (4.2)	---	---

No grupo dos **Possíveis Indicadores de Abuso (PIA¹)**, não se verificaram registos com Evidência Provável nem com Evidência Clara, ou seja, a maioria das avaliações encontrou registos Sem Evidência e com Evidência Possível. Relativamente ao item de Queixas de Abuso Repetido pelo Idoso, encontram-se 85.6% de registos avaliados Sem Evidência, 9.3% de registos Impossíveis de Avaliar, 2.5% de registos com Evidência Possível, 1.7% com Evidência Provável e 0.8% de registos com Clara Evidência.

Quadro 3 – Resultados do Elder Assessment Instrument – EAI (Possíveis Indicadores de Abuso)

Possíveis Indicadores de Abuso (PIA¹) (n=118)	Sem Evidência n(%)	Evidência Possível n(%)	Evidência Provável n(%)	Clara Evidência n(%)	Impossível de avaliar n(%)
Contusões	117 (99.2)	1(0.8)	---	---	---
Golpes	117 (99.2)	1(0.8)	---	---	---
Fracturas	118 (100)	---	---	---	---
Vários estádios de cura de escoriações ou fracturas	117 (99.2)	1(0.8)	---	---	---
Evidência de abuso sexual	118 (100)	---	---	---	---
Queixas e abuso repetido pelo idoso	101 (85.6)	3 (2.5)	2 (1.7)	1 (0.8)	11 (9.3)

Da análise do quadro relativo ao **Possíveis Indicadores de Negligência (PIN)**, verificou-se que a maioria dos registos revelou uma avaliação Sem Evidências. No

entanto encontraram-se indicadores com resultados significativos, sendo indicador da Depressão o que apresentou mais relevo com 20.3% de registos na Evidência Possível, 10.2% de registos na Evidência Provável e cerca de 1% na Evidência Clara. Encontrou-se registos de evidências no indicador de Pouca Higiene de cerca de 9.3% (7.6% em Evidência Possível e 1.7% em Evidência Provável), e de 10.1% no indicador de Falha na Resposta a Doença Óbvia (5.9% em Evidência Possível, 1.7% em Evidência Provável e 2.5% em Clara Evidência). O indicador de Queixas do Idoso por Negligência Repetida apresentou 16% de registos de evidência (9.3% em Evidência Possível, 5.9% em Evidência Provável, 0.8% em Clara Evidência).

Quadro 4 - Resultados do Elder Assessment Instrument - EAI (Possíveis indicadores de negligência)

Possíveis indicadores de negligência (PIN) (n=118)	Sem Evidência n(%)	Evidência Possível n(%)	Evidência Provável n(%)	Clara Evidência n(%)	Impossível de avaliar n(%)
Contracturas	116 (98.3)	1 (0.8)	1 (0.8)	---	---
Lesões de pressão	116 (98.3)	2 (1.7)	---	---	---
Desidratação	116 (98.3)	2 (1.7)	---	---	---
Diarreia	113 (95.8)	5 (4.2)	---	---	---
Depressão	80 (67.8)	24 (20.3)	12 (10.2)	1 (0.8)	1 (0.8)
Impacto	116 (98.3)	1 (0.8)	1 (0.8)	---	---
Desnutrição	114 (96.6)	4 (3.4)	---	---	---
Queimaduras de urina	118 (100)	---	---	---	---
Pouca higiene	107 (90.7)	9 (7.6)	2 (1.7)	---	---
Falha na resposta a doença óbvia	106 (89.8)	7 (5.9)	2 (1.7)	3 (2.5)	---
Medicação inadequada	114 (96.6)	3 (2.5)	1 (0.8)	---	---
Readmissão hospitalar devido à provável falta de vigilância dos cuidados de saúde	116 (98.3)	1 (0.8)	1 (0.8)	---	---
Queixas do idoso por negligência repetida	88 (74.6)	11 (9.3)	7 (5.9)	1 (0.8)	11 (9.3)

Quanto aos **Possíveis Indicadores de Exploração (PIE)**, encontrou-se 7.6% de registos de evidências no indicador de Mau Uso do Dinheiro (5.1% em Evidência Possível, 1.7% em Evidência Provável e 0.8% em Evidência Clara), 10.9% de registos no indicador de Evidências de Exploração Financeira (5.9% em Evidência Possível, 2.5% em Evidência Provável e 2.5% em Evidência Clara). O indicador de Exigência de Bens em Troca de Serviços apresentou 11% de registos de evidência (5.9% em Evidência Possível, 1.7% em Evidência Provável e 3.4% em Clara Evidência). O indicador de Queixas do Idoso por Exploração Repetida apresentou 11.9% de registos de evidência (6.8% em Evidência Possível, 3.4% em Evidência Provável e 1.7% em Clara Evidência). Quanto ao indicador de Incapacidade de Controlar o Dinheiro/Bens, verificou-se 5.9% de registos de evidência (5.1 % em Evidência Possível e 0.8% em Evidência Provável).

Quadro 5 - Resultados do Elder Assessment Instrument - EAI (Possíveis indicadores de exploração)

Possíveis Indicadores de Exploração (PIE) (n=118)	Sem Evidência n(%)	Evidência Possível n(%)	Evidência Provável n(%)	Clara Evidência n(%)	Impossível de avaliar n(%)
Mau uso do dinheiro	109 (92.4)	6 (5.1)	2 (1.7)	1 (0.8)	---
Evidência da exploração financeira	105 (89)	7 (5.9)	3 (2.5)	3 (2.5)	---
Registos de exigência de bens em troca de serviços	105 (89)	7 (5.9)	2 (1.7)	4 (3.4)	---
Incapacidade de controlar dinheiro/bens	111 (94.1)	6 (5.1)	1 (0.8)	---	---
Queixas do idoso de exploração repetida	93 (78.8)	8 (6.8)	4 (3.4)	2 (1.7)	11 (9.3)

Relativamente ao quadro dos **Possíveis Indicadores de Abandono (PIA²)**, encontrou-se um valor total de 23.5% respeitante à soma dos diferentes indicadores de abandono. Deste, 10.1% corresponde às Queixas do Idoso por Abuso Repetido, 9.2% ao indicador de Evidência que o Idoso foi Abandonado em Ambiente Inseguro por períodos de tempo Prolongados sem Apoio e 4.2% diz respeito ao indicador de Evidência que o Cuidador Abandonou os Cuidados Propositadamente e Sem Arranjar Alternativas.

Quadro 6 - Resultados do Elder Assessment Instrument - EAI (Possíveis indicadores de abandono)

Possíveis indicadores de abandono (PIA²) (n=118)	Sem Evidência n(%)	Evidência Possível n(%)	Evidência Provável n(%)	Clara Evidência n(%)	Impossível de avaliar n(%)
Evidência que o cuidador abandonou os cuidados propositadamente sem arranjar alternativas	113 (95.8)	3 (2.5)	2 (1.7)	---	---
Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio	107 (90.7)	5 (4.2)	3 (2.5)	3 (2.5)	---
Queixas e abuso repetido pelo idoso	95 (80.5)	7 (5.9)	1 (0.8)	4 (3.4)	11 (9.3)

No que respeita aos resultados do MMSE e de acordo com os pontos de corte estabelecidos para a população portuguesa (Morgado et al, 2009), foi possível verificar que 56.1% dos sujeitos da amostra não apresentavam défice cognitivo, com 43.9% apresentando défice cognitivo.

Quadro 7 - Mini-Mental State Examination - MMSE

(n=107)	N (%)
Com défice cognitivo	47 (43.9)
Sem défice cognitivo	60 (56.1)

Para a avaliação da depressão foi utilizada o GDS-15. Relativamente aos traços clínicos analisados, verificou-se que a amostra total registou um valor para a Depressão estabelecida de 19 (20%), para Depressão Suspeita de 42 (44.2%) e de 34 (35.8%) para Depressão Ausente.

Quadro 8 – Escala de Depressão Geriátrica - GDS15

(n=95)	N (%)
Ausência de Depressão (<5)	34 (35.8)
Suspeita de Depressão (5-10)	42 (44.2)
Depressão (>10)	19 (20)

Numa análise às diversas dimensões do EASYCare, verificou-se que a Incapacidade Global (amplitude de respostas possíveis entre 0 e 100) apresentava uma média (dp) de 35.85 (32.85), atingindo a pontuação máxima (100) em algumas das respostas obtidas, seguido da dimensão Mobilidade (amplitude de respostas entre 0 e 41) com a média de 13.14 (14.93). A Área Funcional/Instrumental (amplitude de respostas entre 0 e 23) apresentou uma média de 11.25 (9.17) e a dimensão Qualidade de Vida (amplitude de respostas entre 0 e 15) apresentou uma média de 10.06 (2.03). As dimensões de Actividades de Cuidados Pessoais (amplitude de respostas entre 0 e 19) e Controlo Esfincteriano (amplitude de respostas entre 0 e 17) apresentaram ambas uma média próxima do 5, enquanto que a Incapacidade Física (amplitude de respostas entre 0 e 12) apresentou uma média de 1.64 (1.49)

Quadro 9 – Elderly Assessment System – EASYCare

Dimensões	Média (dp)	Amplitude das respostas obtidas (min-max)	Amplitude de resposta possível (min-max)
Incapacidade Física	1.64 (1.40)	0 - 6	0-12
Qualidade de Vida	10.06 (2.03)	6 - 15	0-15
Área Funcional/Instrumental	11.25 (9.17)	0 - 23	0-23
Mobilidade	13.14 (14.93)	0 - 41	0-41
Actividades de Cuidados Pessoais	4.96 (6.76)	0 - 19	0-19
Controlo esfinteriano	4.29 (5.75)	0 - 17	0-17
Incapacidade Global	35.85 (32.85)	0 - 100	0-100

Relativamente à avaliação da Psicopatologia estimada através do General Health Questionnaire GHQ - 28, verificou-se que 96.9% dos sujeitos sugere Psicopatologia ao passo que apenas 3.1% sugere ausência de psicopatologia.

Adicionalmente, em relação a cada uma das componentes estudadas no âmbito deste questionário, verificou-se que aquela que apresentou um maior valor médio

foi a componente Disfunção Social, com um resultado médio (DP) observado de 9.78 (3.24), seguido da componente Sintomas Somáticos, com um valor médio (DP) de 8.08 (3.17). As restantes componentes apresentaram valores de 7.44 (3.59) para a Ansiedade e Insónia e de 5.48 (4.13) para a Depressão Grave.

Quadro 10 - General Health Questionnaire GHQ - 28

(n=96)	Total (%)
Psicopatologia (GHQ-28)	
Presença (>12)	93 (96,9)
Ausência (<12)	3 (3,1)

Quadro 11 - General Health Questionnaire GHQ - 28

(n=96)	Média (DP)	Min - Máx
Sintomas Somáticos (0 a 21)	8,08 (3.17)	1 - 15
Ansiedade e Insónia (0-21)	7,44 (3.59)	0 - 16
Disfunção Social (0-21)	9,78 (3.24)	3 - 19
Depressão Grave (0-21)	5,48 (4.13)	0 - 17
Pontuação Global (0-84)	30.80 (11.17)	8 - 58

3.1.3. Análise descritiva das variáveis clínicas por grupo - Lar

Mais uma vez respeitando os pontos de corte estabelecidos para a população portuguesa, foi possível verificar que 63.2% dos sujeitos do grupo “Lar” apresentavam défice cognitivo enquanto que apenas 17.5% não apresenta défice cognitivo.

Quadro 12 – *Mini-Mental State Examination* - MMSE

(n=46)	N (%)
Com défice cognitivo	36 (63.2)
Sem défice cognitivo	10 (17.5)

No que respeita à avaliação da Depressão neste grupo, verificamos que cerca de 19 sujeitos apresentou Suspeita de Depressão o que representa 51.5% da população deste grupo. Dos sujeitos avaliados, 18.9% apresentou Depressão, ao passo que 11 (29.7%) sujeitos apresentaram Ausência de Depressão.

Quadro 13 – Escala de Depressão Geriátrica - GDS15

(n=37)	N (%)
Ausência de Depressão (<5)	11 (29.7)
Suspeita de Depressão (5-10)	19 (51.5)
Depressão (>10)	7 (18.9)

No que respeita ao EasyCare, verificamos que este grupo apresenta uma média (dp) de 56.53 (32.40) na dimensão da Incapacidade Global, atingindo valores máximos de 100 nas respostas obtidas. A Qualidade de Vida apresentou a média de 9.41 (1.91) numa amplitude de resposta entre 0 e 15 e a Incapacidade Física a média de 2.13 (1.53) numa amplitude de resposta entre 0 e 12.

Quadro 14 – Elderly Assessment System – EASYCare

Dimensões	Média (dp)	Amplitude das respostas obtidas (min-max)	Amplitude de resposta possível (min-max)
Incapacidade Física	2.13 (1.53)	0 - 6	0-12
Qualidade de Vida	9.41 (1.91)	6 - 15	0-15
Incapacidade Global	56.53 (32.40)	0 - 100	0-100

Relativamente à avaliação da Psicopatologia através do General Health Questionnaire GHQ - 28 para este grupo, verificou-se a presença de psicopatologia em quase todos os sujeitos avaliados (97%) e apenas 1 sujeito sugeriu ausência de psicopatologia.

Em relação a cada uma das componentes estudadas no âmbito deste questionário, este grupo apresentou uma média (dp) de 10.78 (3.63) para a Disfunção Social, 8.05 (3.37) para os Sintomas Somáticos, 7.43 (3.80) para a Ansiedade e Insónia e uma média de 5.46 (4.13) para a dimensão da Depressão Grave.

Quadro 15 – General Health Questionnaire GHQ – 28

(n=37)	Total (%)
Presença (>12)	36 (97)
Ausência (<12)	1 (3)

Quadro 16 – General Health Questionnaire GHQ – 28

(n=37)	Média (DP)	Min - Máx
Sintomas Somáticos	8,05 (3.37)	3 - 15
Ansiedade e Insónia	7,43 (3.80)	0 - 14
Disfunção Social	10,78 (3.63)	6 - 18
Depressão Grave	5,46 (4.13)	0 - 14
Pontuação Global (0-84)	31.76 (11.76)	11 - 58

3.1.4. Análise descritiva das variáveis clínicas por grupo – Centro de Dia

De acordo com os resultados obtidos no MMSE para este grupo, podemos verificar um maior número de sujeitos sem défice cognitivo (54.1%), enquanto que cerca de 45.9% dos sujeitos avaliados apresentou défice cognitivo.

Quadro 17 – Mini-Mental State Examination - MMSE

(n=61)	N (%)
Com défice cognitivo	28 (45.9)
Sem défice cognitivo	33 (54.1)

No que diz respeito à avaliação efectuada pelo GDS, podemos verificar que este grupo apresenta 23 sujeitos com Ausência de Depressão, o mesmo número aplica-se ao item de Suspeita de Depressão, ou seja, 39.7% da população desde grupo. Quando aos restantes sujeitos, encontrou-se 12 com Depressão, ou seja, 20.6% dos idosos dos Centros de Dia.

Quadro 18 – Escala de Depressão Geriátrica - GDS15

(n=58)	N (%)
Ausência de Depressão (<5)	23 (39.7)
Suspeita de Depressão (5-10)	23 (39.7)
Depressão (>10)	12 (20.6)

Na análise às diversas dimensões do EASYCare, verificamos que o valor mais elevado é na Incapacidade Global com um valor médio (dp) de 16.52 (16.40). Nesta dimensão, o valor mais alto das respostas obtidas foi de 68 numa amplitude de resposta possíveis entre 0 e 100. Na dimensão da Qualidade de Vida, o valor médio foi de 10.56 (1.99) numa amplitude de resposta entre 0 e 15 e a dimensão da Incapacidade Física apresentou uma média de 2.66 (1,19) numa amplitude de resposta entre 0 e 12.

Quadro 19 – Elderly Assessment System – EASYCare

Dimensões	Média (dp)	Amplitude das respostas obtidas (min-max)	Amplitude de resposta possível (min-max)
Incapacidade Física	2.26 (1.18)	0 – 6	0-12
Qualidade de Vida	10.56 (1.99)	6 – 15	0-15
Incapacidade Global	16.52 (16.40)	0 – 68	0-100

Quanto à existência de psicopatologia, o GHQ permitiu-nos verificar que quase todos os sujeitos (93.4%) avaliados neste grupo sugeriram psicopatologia, enquanto que apenas 2 sugeriram ausência de psicopatologia.

Adicionalmente, em relação a cada uma das componentes estudadas no âmbito deste questionário, verificou-se que aquela que apresentou um maior valor médio foi a componente Disfunção Social, com um resultado médio (DP) observado de 9.15 (2.82), seguido da componente Sintomas Somáticos, com um valor médio (DP) de 8.10 (3.08). As restantes componentes apresentaram valores de 7.44 (3.50) para a Ansiedade e Insónia e de 5.49 (4.16) para a Depressão Grave.

Quadro 20 – General Health Questionnaire GHQ – 28

(n=59)	Total (%)
Psicopatologia (GHQ-28)	
Presença (>12)	57 (93,4)
Ausência (<12)	2 (3,3)

Quadro 21 – General Health Questionnaire GHQ – 28

(n=96)	Média (DP)	Min – Máx
Sintomas Somáticos	8,10 (3.08)	1 - 15
Ansiedade e Insónia	7,44 (3.50)	0 - 16
Disfunção Social	9,15 (2.82)	3 - 19
Depressão Grave	5,49 (4.16)	0 - 17
Pontuação Global (0-84)	30.20 (10.84)	8 - 54

4- Análise da relação entre as variáveis clínicas

Para a análise de variáveis qualitativas optou-se por efectuar tabelas de contingência para as variáveis efectuando-se um teste exacto de Fisher (por existirem frequências esperadas inferiores a 5). O resultado do teste exacto de Fisher indica a existência de um $p \leq 0.05$.

4.1. Relação entre EAI e MMSE

Relativamente aos indicadores do grupo de Avaliação Geral (EAI), encontrou-se uma relação positiva entre o indicador Qualidade da Pele e o Déficit Cognitivo (MMSE) total ($p=0.04$). Quanto mais déficit pior é a Avaliação Geral do sujeito no que concerne à Qualidade da pele, Nutrição, Higiene e Vestuário, atingindo-se apenas significado estatístico no item da Qualidade da Pele.

Quadro 22 - EAI (Avaliação Geral): resultados em função do Déficit Cognitivo (MMSE)

Avaliação Geral (EAI)	Déficit Cognitivo (MMSE) (N=107)	
	Estadística do teste	p-value
Vestuário	5.26	0.07
Higiene	4.62	0.09
Nutrição	5.94	0.05
Qualidade da pele	6.37	0.04*

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

Relativamente ao grupo de Possíveis Indicadores de Abuso (EAI) e ao Déficit Cognitivo, não se verifica qualquer relação significativa. No entanto, é importante salientar que as evidências retiradas do questionário não permitem efectuar uma análise sustentada desta relação, visto que maioritariamente não se concluem evidências de indicadores de abuso.

Quadro 23 – EAI (Possíveis indicadores de abuso): resultados em função do défice cognitivo (MMSE)

Possíveis indicadores de abuso (EAI)	Défice Cognitivo (MMSE) (N=107)	
	Estatística do teste	p-value
Contusões	0.68	0.59
Golpes	0.68	0.59
Fracturas	---	---
Vários estádios de cura de escoriações ou fracturas	0.68	0.59
Evidência de abuso sexual	---	---
Queixa de abuso repetido pelo idoso	0.68	0.59

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

No que respeita ao grupo dos Possíveis Indicadores de Negligência (EAI) e ao Défice Cognitivo, não se verifica qualquer relação significativa, pois mais uma vez as evidências retiradas do questionário não permitem efectuar uma análise sustentada desta relação, visto que maioritariamente não se concluem evidências de indicadores de negligência.

Quadro 24 – EAI (Possíveis indicadores de negligência): resultados em função do défice cognitivo (MMSE)

Possíveis indicadores de negligência (EAI)	Défice Cognitivo (MMSE) (N=107)	
	Estatística do teste	p-value
Contracturas	2.16	0.34
Lesões de pressão	1.37	0.36
Desidratação	0.08	0.65
Diarreia	3.52	0.07
Depressão	2.82	0.59
Impacto	1.36	0.50
Desnutrição	2.16	0.47
Queimaduras de urina	1.37	---
Pouca higiene	0.08	0.88
Falha na resposta a aviso de doença óbvia	3.52	0.45
Medicação inadequada (carência/excesso)	2.82	0.69
Readmissão hospitalar devido à provável falta na vigilância dos cuidados de saúde	1.36	0.50
Queixas do idoso por negligência repetida	2.16	0.27

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

Não foi verificada qualquer relação significativa entre o grupo de Possíveis Indicadores de Exploração (EAI) e o Défice Cognitivo. Isto deve-se ao facto de as evidências retiradas do questionário não permitem efectuar uma análise sustentada desta relação, visto que maioritariamente não se concluem evidências de indicadores de exploração.

Quadro 25 – EAI (Possíveis indicadores de exploração): resultados em função do Défice Cognitivo (MMSE)

Possíveis indicadores de exploração (EAI)	Défice Cognitivo (MMSE) (N=107)	
	Estatística do teste	p-value
Mau uso do dinheiro	0.89	0.83
Evidência da exploração financeira	2.95	0.39
Registos de exigência de bens em troca de serviços	0.92	0.82
Incapacidade de controlar dinheiro/bens	2.19	0.34
Queixas do idoso de exploração repetida	3.11	0.38
Mau uso do dinheiro	0.89	0.83

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

No que respeita ao grupo de Possíveis Indicadores de Negligência (EAI) e ao Défice Cognitivo, não se verifica qualquer relação significativa, uma vez as evidências retiradas do questionário não permitem efectuar uma análise sustentada desta relação, visto que maioritariamente não se concluem evidências de indicadores de abandono.

Quadro 26– EAI (Possíveis indicadores de abandono): resultados em função do Défice Cognitivo (MMSE)

Possíveis indicadores de abandono (EAI)	Défice Cognitivo (MMSE) (N=107)	
	Estatística do teste	p-value
Evidencia que o cuidador abandonou os cuidados propositadamente sem arranjar alternativas	3.52	0.17
Evidencia que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio	1.05	0.79
Queixas do idoso de abandono repetido	1.26	0.74

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

No que respeita ao grupo de Possíveis Indicadores Resumo (EAI) e ao Défice Cognitivo, não se verifica qualquer relação significativa, pois mais uma vez as

evidências retiradas do questionário não permitem efectuar uma análise sustentada desta relação, visto que maioritariamente não se concluem evidências nestes indicadores.

Quadro 27 – EAI (Resumo): resultados em função do Défice Cognitivo (MMSE)

Possíveis indicadores de exploração (EAI)	Défice Cognitivo (MMSE) (N=107)	
	Estatística do teste	p-value
Evidência de Abuso	1.60	0.45
Evidência de Negligência	1.67	0.64
Evidência de Exploração	0.45	0.91
Evidência de Abandono	1.44	0.69

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

4.2. Relação entre EAI e GDS

Quanto à relação entre a Avaliação Geral (EAI) e a Depressão, esta foi estatisticamente significativa no sentido inversamente proporcional, ou seja, quanto mais depressão o sujeito apresenta, pior é a Avaliação Geral. Sendo assim, verificamos correlação entre Depressão e o item Vestuário ($p=0.005$), a Higiene ($p=0.003$), a Nutrição ($p=0.013$) e a Qualidade da pele ($p=0.011$).

Quadro 28 – EAI (Avaliação geral): resultados em função da Depressão (GDS)

Avaliação Geral (EAI)	Depressão (GDS) (N=95)	
	Estatística do teste	p-value
Vestuário	14.77	- 0.005*
Higiene	15.78	- 0.003*
Nutrição	12.59	- 0.013*
Qualidade da pele	13.02	- 0.011*

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

Relativamente à relação do grupo dos Possíveis Indicadores de Abuso (EAI) e a Depressão, verificou-se relação estatisticamente significativa no sentido inversamente proporcional, uma vez que existe uma relação estatisticamente significativa entre a depressão e as queixas de abuso repetido pelo idoso ($p=0.01$).

Quadro 29 – EAI (Possíveis indicadores de abuso): resultados em função da Depressão (GDS)

Possíveis indicadores de abuso (EAI)	Depressão (GDS) (N=95)	
	Estatística do teste	p-value
Contusões	4.04	0.13
Golpes	1.27	0.53
Fracturas	---	---
Vários estádios de cura de escoriações ou fracturas	1.28	0.53
Evidência de abuso sexual	---	---
Queixa de abuso repetido pelo idoso	16.12	- 0.01*

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p<0.05$

Relativamente ao grupo do Possíveis Indicadores de Negligência (EAI) encontrou-se uma correlação positiva entre a Depressão (GDS) e o indicador Depressão ($p=0.00$), o indicador Falha na Resposta a Aviso de Doença Óbvia ($p=0.02$) e o indicador Queixas do Idoso por Negligência Repetida ($p=0.00$). Estas relações foram estatisticamente significativas no sentido inversamente proporcional, ou seja, quando mais o idoso está deprimido mais queixas apresenta, assim como se encontra relação entre a Depressão e o item Falha de Resposta a Aviso de Doença Óbvia ($p=0.02$).

Quadro 30 – EAI (Possíveis indicadores de negligência): resultados em função da Depressão (GDS)

Possíveis indicadores de negligência (EAI)	Depressão (GDS) (N=95)	
	Estatística do teste	p-value
Contracturas	5.29	0.29
Lesões de pressão	1.67	0.44
Desidratação	1.67	0.44
Diarreia	3.24	1.99
Depressão	31.5	- 0.00*
Impacto	8.17	0.085
Desnutrição	4.56	0.10
Queimaduras de urina	---	---
Pouca higiene	13.65	0.08
Falha na resposta a aviso de doença óbvia	20.43	- 0.02*
Medicação inadequada (carência/excesso)	5.75	0.22
Readmissão hospitalar devido à provável falta na vigilância dos cuidados de saúde	5.29	0.26
Queixas do idoso por negligência repetida	29.29	- 0.00*

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

Quanto ao quadro que se segue, encontrou-se relação estatisticamente significativa entre a Depressão e o grupo de Indicadores de Exploração do EAI, uma vez que se encontrou valores significativos de correlação no indicador de Mau Uso do Dinheiro ($p=0.006$), no indicador de Evidência de Exploração Financeira ($p=0.001$), no indicador de Registos de Exigências de Bens em Troca de Serviços ($p=0.00$) e no indicador Queixas do Idoso de Exploração Repetida ($p=0.001$).

Quadro 31 – EAI (Possíveis indicadores de exploração): resultados em função da Depressão (GDS)

Possíveis indicadores de exploração (EAI)	Depressão (GDS) (N=95)	
	Estatística do teste	p-value
Mau uso do dinheiro	18.28	0.006*
Evidência da exploração financeira	23.87	0.001*
Registos de exigência de bens em troca de serviços	24.24	0.00*
Incapacidade de controlar dinheiro/bens	7.4	0.12
Queixas do idoso de exploração repetida	22.34	0.001*

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

Relativamente ao grupo de Indicadores de Abandono do EAI e a Depressão, existiu correlação significativa com o indicador de Evidência que o Idoso foi Abandonado num Ambiente Inseguro por Períodos de Tempo Prolongados sem Apoio ($p=0.00$) e com o indicador Queixas do Idoso por Abandono Repetido ($p=0.009$).

Quadro 32 – EAI (Possíveis indicadores de abandono): resultados em função da Depressão (GDS)

Possíveis indicadores de abandono (EAI)	Depressão (GDS) (N=95)	
	Estatística do teste	p-value
Evidência que o cuidador abandonou os cuidados propositadamente sem arranjar alternativas	5.83	0.21
Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio	26.57	0.00*
Queixas do idoso de abandono repetido	17.04	0.009*

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

No que concerne ao cruzamento entre o grupo de Resumo do EAI e a Depressão, foi possível verificar relação estatisticamente significativa entre o indicador Evidência de Negligência ($p=0.00$), o indicador Evidência de Exploração ($p=0.00$) e o indicador Evidência de Abandono ($p=0.00$). Não se registou qualquer relação entre a Depressão e a Evidência de Abuso.

Quadro 33 – EAI (Resumo): resultados em função da Depressão (GDS)

Resumo (EAI)	Depressão (GDS) (N=95) Estatística do teste	p-value
Evidência de Abuso	4.71	0.32
Evidência de Negligência	27.36	0.00*
Evidência de Exploração	26.32	0.00*
Evidência de Abandono	28.84	0.00*

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

4.3. Relação entre EAI e EasyCare

Pode concluir-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre a Incapacidade Física avaliada pelo EasyCare e o indicador Higiene ($p=0.04$) do grupo da Avaliação Geral (EAI) no sentido inversamente proporcional, ou seja quanto mais incapacitado se encontra o doente menos higiene é verificada.

Encontrou-se ainda um forte relação entre a Qualidade de Vida avaliada pelo EasyCare e todas as variáveis do grupo da Avaliação Geral, sendo esta no sentido directo, ou seja quanto melhor a Avaliação Geral, melhor a percepção de Qualidade de Vida do idoso.

Quadro 34 – EAI (Avaliação Geral): resultados em função das dimensões do EasyCare

(EAI) Avaliação Geral	Incapacidade Física (N=107)		Qualidade de Vida (N=105)		Pontuação Global (N=118)	
	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value
Vestuário	17.982	0.116	40.41	+ 0.02*	133.6	0.067
Higiene	21.75	- 0.04*	29.92	+ 0.048*	131.1	0.074
Nutrição	21.036	0.06	33.12	+ 0.016*	121.1	0.203
Qualidade da pele	18.9	0.09	32.16	+ 0.021*	131.4	0.08

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

No que diz respeito a relação existente entre o grupo dos Possíveis Indicadores de Abuso e o EasyCare, no indicador de Queixas do Idoso, podemos concluir que existe uma relação estatisticamente significativa com a Incapacidade Física ($p=0.00$) e a Qualidade de Vida ($p=0.00$). Esta relação é corroborada com os resultados encontrados para a Pontuação Global ($p=0.00$). Tem-se ainda a existência de uma relação significativa entre a Qualidade de Vida e a existência de Contusões ($p=0.00$), o que sugere que a presença de contusões interfere na qualidade de vida do idoso.

Quadro 35 – EAI (Abuso): resultados em função das dimensões do EasyCare

(EAI) Possíveis indicadores de abuso	Incapacidade Física (N=107)		Qualidade de Vida (N=105)		Pontuação Global (N=118)	
	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value
Contusões	14.42	0.25	34.32	0.00*	38.67	0.95
Golpes	14.42	0.25	5.61	0.78	58.47	0.35
Fracturas	---	---	---	---	---	---
Vários estádios de cura de escoriações ou fracturas	2.12	0.90	4.04	0.91	28.74	0.99
Evidência de abuso sexual	---	---	---	---	---	---
Queixa de abuso repetido pelo idoso	45.63	0.00*	68.55	0.00*	327.18	+ 0.00*

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p<0.05$

No quadro que se segue podemos verificar relações estatisticamente significativas quando relacionados o grupo de Possíveis Indicadores de Negligência do EAI e as dimensões do EasyCare. Deste modo, encontramos correlação directa da Incapacidade Física com o indicador de Depressão ($p=0.001$), de Impacto ($p=0.02$), de Desnutrição (0.00), na Falha na Resposta a Aviso de Doença Óbvia, no indicador de Medicação Inadequada ($p=0.00$), na Readmissão Hospitalar ($p=0.00$) e nas Queixas do Idoso por Negligência Repetida ($p=0.00$).

Relativamente à relação da dimensão Qualidade de Vida do EasyCare e o grupo de Possíveis Indicadores de Negligência (EAI), podemos verificar correlações inversas com o indicador Diarreia ($p=0.00$), Depressão ($p=0.00$) e Impacto ($p=0.021$).

Quanto à relação entre o grupo de Possíveis Indicadores de Negligência (EAI) e a Pontuação Global do EasyCare, encontramos relações inversas em quase todos os indicadores de negligência com valores de p a variar entre 0.00 e 0.034.

Quadro 36 – EAI (Negligência): resultados em função das dimensões do EasyCare

(EAI) Possíveis indicadores de negligência	Incapacidade Física (EasyCare) (N=107)		Qualidade de Vida (EasyCare) (N=105)		Pontuação Global (EasyCare) (N=118)	
	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value
Contracturas	77.3	0.99	16.76	0.17	38.88	- 0.003*
Lesões de pressão	32.97	0.95	7.35	0.29	18.35	- 0.031*
Desidratação	37.97	0.96	7.35	0.29	18.61	- 0.028*
Diarreia	85.14	0.06	27.52	- 0.00*	18.09	- 0.034*
Depressão	288.85	+ 0.001*	65.12	- 0.00*	66.31	- 0.00*
Impacto	156.66	+ 0.02*	28.82	- 0.02*	86.31	- 0.00*
Desnutrição	97.64	+ 0.00*	12.35	0.06	13.94	0.12
Queimaduras de urina	---	---	---	---	---	---
Pouca higiene	---	---	17.88	0.12	31.71	- 0.024*
Falha na resposta a aviso de doença óbvia	125.9	+ 0.04*	19.53	0.36	53.83	- 0.002*
Medicação inadequada (carência/excesso)	279.1	+ 0.00*	27.83	0.06	42.23	- 0.001*
Readmissão hospitalar devido à provável falta na vigilância dos cuidados de saúde	236	+ 0.00*	16.37	0.16	24.72	0.13
Queixas do idoso por negligência repetida	367.53	+ 0.00*	20.11	0.37	70.57	- 0.00*

Resultados do teste de exacto de Fisher * p<0.05

No que concerne à relação entre o grupo dos Possíveis Indicadores de Exploração do EAI e as dimensões do EasyCare, constatou-se que estes se relacionam positivamente. Deste modo, encontrou-se valores estatisticamente significativos entre a Incapacidade Física e o indicador de Mau Uso do Dinheiro ($p=0.01$), com o indicador de Evidência de Exploração Financeira ($p=0.033$), com o indicador de Registo de Exigência de Bens em Troca de Serviços ($p=0.05$) e com as Queixas do Idoso de Exploração Repetida ($p=0.00$).

Relativamente à dimensão Qualidade de Vida do EasyCare, verificou-se uma relação inversa com o indicador de Incapacidade de Controlar Dinheiro/Bens ($p=0.035$), não se verificando valores estatisticamente significativos com os outros Possíveis Indicadores de Exploração com esta dimensão.

Quanto à Pontuação Global do EasyCare, verificou-se uma correlação no sentido inverso com o indicador de Queixas do Idoso de Exploração Repetida ($p=0.02$), não se verificando correlações significativas desta dimensão com os restantes Possíveis Indicadores de Exploração do EAI.

Quadro 37 – EAI (Exploração): resultados em função das dimensões do EasyCare

(EAI) Possíveis indicadores de exploração	Incapacidade Física (N=107)		Qualidade de Vida (N=105)		Pontuação Global (N=118)	
	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value
Mau uso do dinheiro	229.65	+ 0.01*	27.34	0.07	26.39	0.49
Evidência da exploração financeira	200.04	+ 0.033*	17.00	0.53	39.31	0.59
Registos de exigência de bens em troca de serviços	195.03	+ 0.05*	25.98	0.1	47.73	0.08
Incapacidade de controlar dinheiro/bens	118.02	0.27	30.23	- 0.035*	22.12	0.23
Queixas do idoso de exploração repetida	329.39	+ 0.00*	26.26	0.09	61.82	- 0.02*

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p<0.05$

Na análise das correlações obtidas entre o grupo de Possíveis Indicadores de Abandono do EAI e as dimensões do EasyCare, pode-se concluir que existe uma relação directa estatisticamente significativa de todos os indicadores deste grupo com a Incapacidade Física do EasyCare ($p=0.00$). No que concerne à dimensão da Qualidade de Vida, existe uma relação inversa com o indicador de Evidência que o Cuidador Abandonou os Cuidados Propositadamente Sem Arranjar Alternativas ($p=0.00$), não se verificando correlações com os restantes indicadores.

As correlações encontradas entre o grupo dos Possíveis Indicadores de Abandono (EAI) e a Pontuação Global do EasyCare, é estatisticamente significativa e inversamente proporcional ($p=0.00$) verificando-se o mesmo valor em todos os indicadores.

Quadro 38 – EAI (Abandono): resultados em função das dimensões do EasyCare

(EAI) Possíveis indicadores de abandono	Incapacidade Física (N=107)		Qualidade de Vida (N=105)		Pontuação Global (N=118)	
	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value
Evidência que o cuidador abandonou os cuidados proposadamente sem arranjar alternativas	169.05	+ 0.00*	36.70	- 0.00*	61.91	- 0.00*
Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio	240.94	+ 0.00*	21.35	0.26	99.52	- 0.00*
Queixas do idoso de abandono repetido	314.26	+ 0.00*	20.02	0.32	50.87	- 0.00*

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

No que diz respeito a relação existente entre o EasyCare e o grupo Resumo do EAI, no indicador de Evidência de Exploração, verificou-se que existe uma relação estatisticamente significativa com a Incapacidade Física ($p=0.02$) do EasyCare assim como com o indicador de Evidência de Abandono ($p=0.02$).

Quanto à Qualidade de Vida (EasyCare), encontramos significância no indicador de Evidência de Abuso ($p=0.00$). Esta relação é corroborada com os resultados encontrados entre a Pontuação Global ($p=0.00$) e todos os indicadores do grupo Resumo (EAI).

Quadro 39 – EAI (Resumo): resultados em função das dimensões do EasyCare

(EAI) Resumo	Incapacidade Física (N=107)		Qualidade de Vida (N=105)		Pontuação Global (N=118)	
	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value
Evidência de Abuso	107.32	0.55	39.64	0.00*	47.74	0.00*
Evidência de Negligência	212.11	0.08	27.19	0.08	58.86	0.00*
Evidência de Exploração	204.41	0.02*	17.86	0.47	52.08	0.00*
Evidência de Abandono	243.58	0.02*	18.04	0.45	93.56	0.00*

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p < 0.05$

4.4. Relação entre EAI e GHQ

No que concerne à relação entre cada item do grupo Avaliação Geral do EAI e as dimensões avaliadas pelo GHQ, não se verificaram correlações significativas com a dimensão Sintomas Somáticos. No entanto já se verificaram correlações inversas entre a dimensão Ansiedade/Insónia (GHQ) e os itens Nutrição ($p=0.014$) e Qualidade da Pele ($p=0.06$) da Avaliação Geral (EAI). A dimensão Disfunção Social (EasyCare) apenas se correlacionou com o indicador Qualidade da Pele ($p=0.02$), não verificando relações estatisticamente significativas com os restantes itens do grupo da Avaliação Geral (EAI).

Verificou-se ainda, relações inversas significativas entre os itens Vestuário ($p=0.05$), Higiene ($p=0.05$) e Qualidade da pele ($p=0.02$) do grupo da Avaliação Geral (EAI) com a dimensão Depressão Grave (GHQ).

No entanto não se verificou a existência de correlações entre a Pontuação Total do GHQ com a Avaliação Geral do EAI.

Quadro 40 – EAI (Avaliação Geral): resultados em função da Psicopatologia (GHQ)

(EAI) (N=96) Avaliação Geral	Sintomas somáticos		Ansiedade/Insónia		Disfunção social		Depressão grave	
	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value
Vestuário	14.8	0.96	40.79	0.09	25.8	0.68	53.71	- 0.05
Higiene	18.78	0.85	41.96	0.07	25.8	0.68	58.35	- 0.05
Nutrição	24.30	0.56	49.34	- 0.014	27.25	0.61	52.24	0.07
Qualidade da pele	23.11	0.63	42.89	- 0.06	47.56	- 0.02	48.2	-0.02

(EAI) (N=96) Avaliação Geral	Pontuação total (GHQ)	
	Estatística do teste	p-value
Vestuário	83.37	0.38
Higiene	78.66	0.52
Nutrição	87.28	0.27
Qualidade da pele	82.65	0.4

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p<0.05$

Quanto ao grupo dos Possíveis Indicadores de Abuso (EAI) e a dimensão Sintomas Somáticos (GHQ), verificaram-se relações directas estatisticamente significativas com os indicadores Contusões ($p=0.04$), Golpes ($p=0.04$) e Queixas de Abuso Repetido Pelo Idoso ($p=0.00$). Quanto à dimensão Ansiedade/Insónia, esta apenas se correlacionou com o indicador Vários Estádios de Cura de Escoriações ou Fracturas ($p=0.00$) do EAI. No que concerne à dimensão Disfunção Social, não se verifica qualquer relação significativa com o grupo de Possíveis Indicadores de Abuso (EAI). No que respeita à Depressão Grave (GHQ), esta relaciona-se positivamente com o indicador de Queixas de Abuso repetido pelo Idoso ($p=0.01$), enquanto que a Pontuação Total do GHQ relaciona-se positivamente com o indicador de Contusões ($p=0.00$) e com o indicador de Queixas do Idoso ($p=0.00$) do grupo de Possíveis Indicadores de Abuso.

Quadro 41 – EAI (Abuso): resultados em função da Psicopatologia (GHQ)

(EAI) (N=96) Possíveis indicadores de abuso	Sintomas somáticos		Ansiedade/Insónia		Disfunção social		Depressão Grave	
	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value
Contusões	23.24	+ 0.04	12.85	0.65	11.12	0.74	18.39	0.24
Golpes	23.24	+ 0.04	12.85	0.65	7.07	0.96	18.39	0.24
Fracturas	---	---	---	---	---	---	---	---
Vários estádios de cura de escoriações ou fracturas	4.09	0.99	47.49	+ 0.00	7.07	0.96	18.39	0.24
Evidência de abuso sexual	---	---	---	---	---	---	---	---
Queixa de abuso repetido pelo idoso	75.28	+ 0.00	39.12	0.72	28.3	0.97	79.22	+ 0.01

(EAI) (N=96) Avaliação Geral	Pontuação total (GHQ)	
	Estatística do teste	p-value
Contusões	96.0	+ 0.00
Golpes	31.33	0.84
Fracturas	---	---
Vários estádios de cura de escoriações ou fracturas	31.33	0.84
Evidência de abuso sexual	---	---
Queixa de abuso repetido pelo idoso	196.55	+ 0.00

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p<0.05$

No que respeita ao Grupo dos Indicadores de Negligência do EAI e com as dimensões do GHQ, não se verificou qualquer relação significativa na dimensão Sintomas Somáticos nem na dimensão Disfunção Social, uma vez as evidências retiradas do questionário não permitiram efectuar uma análise sustentada desta relação, visto que maioritariamente não se concluem evidências nestes indicadores.

Verificou-se, no entanto, correlação directa entre a dimensão Ansiedade/Insónia (GHQ) com o indicador Depressão ($p=0.03$), com o indicador Medicação Inadequada ($p=0.00$) e com o indicador de Queixas do idoso ($p=0.01$) do grupo de Possíveis Indicadores de Negligência.

A Depressão Grave (GHQ) correlacionou-se directamente com os indicadores de Diarreia ($p=0.02$), Depressão ($p=0.01$), Impacto ($p=0.01$), Desnutrição (0.02), Pouca Higiene ($p=0.02$), Falha na Resposta a Aviso de Doença Óbvia ($p=0.02$), Readmissão Hospitalar ($p=0.00$) e Queixas do Idoso por Negligência Repetida ($p=0.00$) do grupo dos Possíveis Indicadores de Negligência (EAI).

Quanto à Pontuação Total do GHQ, esta correlacionou-se com alguns dos indicadores do grupo dos Possíveis Indicadores de Negligência com coeficientes de correlação de $p=0.03$ no indicador Contracturas, $p=0.01$ no indicador Lesões de Pressão, $p=0.03$ no indicador Desidratação, $p=0.00$ no indicador Depressão, $p=0.00$ no indicador Impacto e $p=0.001$ no indicador Medicação Inadequada.

Quadro 42 – EAI (Negligência): resultados em função da Psicopatologia (GHQ)

(EAI) (N=96) Possíveis indicadores de negligência	Sintomas Somáticos		Ansiedade/Insónia		Disfunção Social		Depressão Grave	
	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value
Contracturas	30.3	0.25	25.68	0.66	18.17	0.96	28.14	0.56
Lesões de pressão	12.79	0.46	29.47	0.61	8.17	0.92	17.57	0.28
Desidratação	14.3	0.35	11.97	0.68	8.17	0.92	13.21	0.60
Diarreia	18.59	0.14	12.71	0.62	6.54	0.96	28.48	+ 0.02
Depressão	49.75	0.16	76.15	+ 0.03	41.16	0.65	82.95	+ 0.01
Impacto	41.62	0.27	31.22	0.41	43.43	0.27	40.70	+ 0.01
Desnutrição	10.67	0.64	10.43	0.79	10.34	0.79	40.67	+ 0.02
Queimaduras de urina	---	---	---	---	---	---	---	---
Pouca higiene	26.49	0.44	29.94	0.47	18.44	0.95	57.44	+ 0.02
Falha na resposta a aviso de doença óbvia	43.44	0.29	53.52	0.18	76.96	+ 0.02	113,89	+ 0.02
Medicação inadequada (carência/excesso)	35.05	0.11	63.1	+ 0.00	25.23	0.77	38.78	0.13
Readmissão hospitalar devido à provável falta na vigilância dos cuidados de saúde	35.97	0.47	30.04	0.45	14.3	0.99	65.87	+ 0.00
Queixas do idoso por negligência repetida	41.39	0.37	81.26	+ 0.01	35.17	0.65	127,78	+ 0.00

(EAI) (N=96) Possíveis indicadores de negligência	Pontuação total (GHQ)	
	Estatística do teste	p-value
Contracturas	119.23	0.03
Lesões de pressão	63.31	0.01
Desidratação	59.23	0.03
Diarreia	58.38	0.03
Depressão	264.87	0.00
Impacto	192.0	0.00
Desnutrição	51.95	0.06
Queimaduras de urina	---	---
Pouca higiene	99.93	0.07
Falha na resposta a aviso de doença óbvia	113.99	0.07
Medicação inadequada (carência/excesso)	126.62	0.001
Readmissão hospitalar devido à provável falta na vigilância dos cuidados de saúde	25.97	1.00
Queixas do idoso por negligência repetida	143.74	0.06

Resultados do teste de exacto de Fisher * p<0.05

Quanto ao quadro que se segue, encontrou-se relação directa entre os Sintomas Somáticos (GHQ) e o Indicador de Evidência de Exploração Financeira ($p=0.03$) do grupo Possíveis Indicadores de Exploração Financeira (EAI), assim como correlação deste mesmo indicador com a Ansiedade/Insónia ($p=0.003$) (GHQ). Relativamente à dimensão Disfunção Social, verificou-se relação estatisticamente significativa com o indicador de Incapacidade de Controlar Dinheiro/Bens ($p=0.04$). Verificou-se ainda relação estatística significativa entre a dimensão Depressão Grave (GHQ) e o grupo de Possíveis Indicadores de Exploração Financeira com coeficientes de correlação de $p=0.00$ nos indicadores Mau Uso do Dinheiro, Evidência de Exploração Financeira, Registo de Exigência de Bens em Troca de Serviços e no indicador de Queixas do Idoso de Exploração Repetida. Quanto à Pontuação Total do GHQ com o grupo de Possíveis Indicadores de Exploração do EAI, não se verificou qualquer relação significativa.

Quadro 43 – EAI (Exploração): resultados em função da Psicopatologia (GHQ)

(EAI) (N=96) Possíveis indicadores de exploração	Sintomas Somáticos		Ansiedade/Insónia		Disfunção Social		Depressão Grave	
	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value
Mau uso do dinheiro	30.35	0.84	32.53	0.92	32.77	0.92	134.0	+ 0.00
Evidência da exploração financeira	67.47	+ 0.03	75.35	+0.003	48.81	0.32	132.96	+ 0.00
Registos de exigência de bens em troca de serviços	41.72	0.35	47.17	0.38	54.81	0.15	85.18	+ 0.00
Incapacidade de controlar dinheiro/bens	28.76	0.32	26.52	0.69	44.17	+ 0.04	23.04	0.81
Queixas do idoso de exploração repetida	43.98	0.27	44.11	0.51	44.09	0.51	118.48	+ 0.00

(EAI) (N=96) Possíveis indicadores de negligência	Pontuação total (GHQ)	
	Estatística do teste	p-value
Mau uso do dinheiro	98.89	0.92
Evidência da exploração financeira	121.10	0.45
Registos de exigência de bens em troca de serviços	136.87	0.14
Incapacidade de controlar dinheiro/bens	100.27	0.06
Queixas do idoso de exploração repetida	120.74	0.46

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p<0.05$

No que concerne ao grupo de Possíveis Indicadores de Abandono do EAI e as dimensões do GHQ, não se verificou relação significativa, excepto na dimensão Depressão Grave, onde se verificou valores estatisticamente significativos com todos os indicadores do grupo de Possíveis Indicadores de Abandono ($p=0.00$ e $p=0.01$).

Quadro 44 – EAI (Abandono): resultados em função da Psicopatologia (GHQ)

(EAI) (N=96) Possíveis indicadores de abandono	Sintomas somáticos		Ansiedade/Insónia		Disfunção social		Depressão Grave	
	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value
Evidência que o cuidador abandonou os cuidados propositadamente sem arranjar alternativas	32.67	0.72	30.97	0.42	19.05	0.94	74.01	+ 0.00
Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio	34.94	0.65	54.77	0.15	25.93	0.99	116.18	+ 0.00
Queixas do idoso de abandono repetido	24.99	0.96	50.78	0.26	27.26	0.98	70.05	+ 0.01

(EAI) (N=96) Possíveis indicadores de abandono	Pontuação total (GHQ)	
	Estatística do teste	p-value
Evidência que o cuidador abandonou os cuidados propositadamente sem arranjar alternativas	96.27	0.104
Evidência que o idoso foi abandonado num ambiente inseguro por períodos de tempo prolongados sem apoio	139.64	0.106
Queixas do idoso de abandono repetido	101.36	0.89

Resultados do teste de exacto de Fisher * $p<0.05$

No que diz respeito ao cruzamento entre o grupo Resumo do EAI e o GHQ, podemos verificar relações directas significativas entre Sintomas Somáticos (GHQ) e Evidência de Abuso ($p=0.00$); entre a Ansiedade/Insónia (GHQ) e a Evidência de Negligência ($p=0.01$); entre a Depressão Grave (GHQ) e a Evidência de Negligência ($p=0.01$), a Evidência de Exploração ($p=0.00$) e a Evidência de Abandono ($p=0.00$) do grupo Resumo (EAI).

Vimos ainda que a Pontuação Total do GHQ correlaciona-se directamente com o indicador Evidência de Abuso ($p=0.00$) do grupo Resumo do EAI.

No entanto, não se verificaram relações significativas entre a Disfunção Social (GHQ) e o grupo Resumo do EAI.

Quadro 45 – EAI (Resumo): resultados em função da Psicopatologia (GHQ)

(EAI) (N=96) Resumo	Sintomas Somáticos		Ansiedade/Insónia		Disfunção Social		Depressão Grave	
	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value	Estatística do teste	p-value
Evidência de Abuso	68.59	+ 0.00	30.59	0.43	20.09	0.91	42.71	0.06
Evidência de Negligência	51.64	0.09	78.53	+ 0.01	50.27	0.27	81.98	+ 0.01
Evidência de Exploração	41.83	0.35	44.53	0.49	59.41	0.07	94.28	+ 0.00
Evidência de Abandono	36.52	0.58	47.59	0.38	25.96	0.99	95.45	+ 0.00

(EAI) (N=96) Resumo	Pontuação total (GHQ)	
	Estatística do teste	p-value
Evidência de Abuso	138.63	+ 0.00
Evidência de Negligência	122.42	0.42
Evidência de Exploração	135.69	0.16
Evidência de Abandono	128.15	0.29

Resultados do teste de exacto de Fisher * p<0.05

5. Discussão

Neste estudo procedeu-se à análise da relação entre os maus-tratos e algumas variáveis clínicas, nomeadamente Défice Cognitivo, Depressão, Incapacidade Física, Qualidade de Vida e Psicopatologia, numa amostra de conveniência, constituída por 118 idosos, institucionalizados. Desta amostra, 57 idosos encontram-se a residir em Lar e 61 frequentam Centros de Dia. Tratou-se de um grupo de idosos com um franco predomínio do sexo feminino (76.3%) de acordo com o que os dados demográficos nos têm vindo a mostrar, com idades entre os 65 e 98 anos.

Relativamente ao dados das variáveis clínicas, nesta amostra verificou-se ainda, que apenas 43.9% apresentou défice cognitivo, através da aplicação do MMSE.

Quanto à depressão, verificou-se uma percentagem de 64.2% de casos de depressão, dos quais 44.2% apresenta apenas suspeita. Estes resultados vão de encontro a estudos recentes (OMS, 2002; Kurlowick, 1999; Burns et al, 2002; Brown et al, 2002) onde se encontraram elevados níveis de depressão geriátrica.

Constatou-se uma elevada percentagem (96.9%) de casos com presença de psicopatologia, nomeadamente ao nível da Disfunção Social, sendo o valor médio superior no grupo de idosos residentes em Lar. Esta informação é corroborada com os estudos que referem que o isolamento social constitui um factor de risco para a ocorrência de maus-tratos (Bitencourt, et al, 2007).

No que respeita aos dados recolhidos pelo EasyCare, o valor médio do nível de incapacidade global desta amostra foi de 35.85 (dp=32.85), ou seja, um nível relativamente baixo. No entanto, no grupo de idosos a residir em Lar, destacou-se a existência de casos com (tendo em consideração a amplitude de respostas possíveis). As situações de incapacidade máxima verificadas nos Lares poderão estar relacionadas com o facto de nestas instituições haver predisposição a desenvolverem atitudes de dependência, que não proporcionam aos idosos oportunidades para cuidarem de si próprios e para assumirem responsabilidades (Dias, 2005).

Esta constatação é relevante, uma vez que a maior parte dos estudos referem que os idosos mais susceptíveis de serem maltratados são os que apresentam maior dependência e problemas físicos graves (Sanmartín et al 2001).

Relativamente ao Elder Assessment Instrument (EAI), nos dados previamente recolhidos e analisados no Estudo Piloto, já tinham sido detectados registos de maus-tratos nas dimensões avaliadas pelo EAI. Deste modo, foram encontradas registos em Evidência Possível nas dimensões Negligência, Exploração Financeira e Abandono, no entanto sem registos na dimensão Abuso (anexo 2).

No presente estudo, com base no Elder Assessment Instrument (EAI), a análise aos dados referentes à população total apresentou resultados adequados, pois ao nível da Avaliação Geral, os parâmetros de Vestuário, Higiene, Nutrição e Qualidade da Pele, a maioria dos sujeitos apresentava registos entre o Muito Bom e Bom. Verificaram-se no entanto, alguns registos com classificação de Baixo, ou seja, estes sujeitos não apresentavam condições adequadas do Vestuário, Higiene, Nutrição e Qualidade da Pele.

No que concerne aos Possíveis Indicadores de Abuso, a maioria das avaliações encontrou registos Sem Evidência, o que vai de encontro às estatísticas encontradas relativamente à prevalências dos maus-tratos, que referem que o abuso físico é o tipo de maus-tratos menos frequente nos idosos (National Elder Abuse Incident Study, 1998; Sanmartín et al, 2001; Dias, 2005; Melo et al, 2006). Encontraram-se, no entanto, registos de Evidência Possível, Evidência Provável e Clara Evidência, em particular no indicador de Queixas de Abuso repetido pelo Idoso. Os poucos registos de evidências nesta dimensão poderão ainda estar relacionados com o facto de o instrumento não ter sido utilizado por profissionais de saúde com nomeadamente mais experiência na detecção de danos físicos.

Relativamente aos Possíveis Indicadores de Negligência, mais uma vez a maioria dos registos revelou uma avaliação Sem Evidências. Destaca-se no entanto a presença de evidência de Depressão em cerca de 31.5% dos casos. Este achado é corroborado pelos valores encontradas nesta amostra da avaliação da depressão através do GDS-15, referidos anteriormente. A percentagem de evidências nos Possíveis Indicadores de Negligência é igualmente importante, uma vez que vem corroborar estudos anteriores que referem que a negligência é o tipo mais frequente de mau-trato dos idosos (National Elder Abuse Incident Study, 1998; Borralho et al, 2010). Outro estudo realizado no Reino Unido sobre o Abuso e Negligência, verificou igualmente que o tipo de mau-trato mais predominante é a negligência (NatCen, 2007) e ainda enfatiza que este tipo de mau-trato pode

não ser deliberado, mas sim consequência da incapacidade do cuidador na tentativa de suportar a responsabilidade de cuidar de um idoso.

Quanto aos Possíveis Indicadores de Exploração, verificou-se que 10.9% residia neste item da área Financeira e cerca de 11% no item de Registos de Exigência de Bens em Troca de Serviços. A elevada dependência dos cuidadores em relação às prestações financeiras dos idosos é considerada por muitos investigadores como um factor de risco, pois cada vez mais verificamos acontecimentos como o desemprego, as dificuldades financeiras e os divórcios que podem potenciar nos indivíduos cuidadores comportamentos violentos (Dias, 2005). A dependência que o cuidador tenha do idoso para habitação ou para ter suporte financeiro amplia a possibilidade de ocorrência de violência (Ferreira-Alves et al, 2005; Bitencourt et al, 2007, Woolf et al, 2009).

Quanto aos Possíveis Indicadores de Abandono, encontrou-se um valor total de 23.5% respeitante à soma dos diferentes indicadores, nomeadamente Queixas do Idoso por Abandono Repetido (10.1%) e Evidências de que o Idoso foi Abandonado em Ambiente Inseguro por Períodos de Tempo Prolongados sem Apoio (9.2%). É de salientar que 25% dos idosos que constituem a amostra, vive sozinho apesar de ter família. Estas situações poderão desenvolver percepção de abandono por parte dos idosos e propiciar as queixas registadas.

Outro factor de risco importante para a ocorrência de maus-tratos tem a ver com o défice cognitivo, ou seja, quanto mais incapacidade mental, maior o risco de ocorrência de abuso (Dyer et al, 2000; Sanmartín et al, 2001; Ferreira-Alves, 2004; Melo et al, 2006; Costa et al, 2009). Muitos estudos têm vindo a fazer referência à relação entre o défice cognitivo e os maus-tratos, uma vez que estes idosos se encontram incapazes de se defender (Ferreira-Alves, 2005; Liao et al, 2006; Cooper et al, 2009; Pérez-Rojo et al, 2009).

Curiosamente, no presente estudo, não se constatou qualquer associação entre os indicadores do EAI e o MMSE, pois não se verificou qualquer relação estatisticamente significativa entre os maus-tratos e o défice cognitivo. Foi sem dúvida limitação o facto de as evidências retiradas do instrumento não permitirem efectuar uma análise sustentada desta relação, visto que maioritariamente não se encontraram evidências de indicadores de maus-tratos.

A depressão tem sido associada ao empobrecimento e deterioração da função cognitiva, diminuindo desta forma a qualidade de vida, resultando numa

sobrecarga para o cuidador, para a comunidade e para os serviços de saúde. Adicionalmente, os estados depressivos podem reflectir vulnerabilidade e dependência, o que pode aumentar o risco de ocorrência de condições propícias à violência (Dong et al, 2010).

Tal como se tem encontrado em outros estudos sobre os maus-tratos nos idosos (Lachs, 1995; Daniel et al, 1999; Fulmer et al, 2000, Dyer et al, 2000; Dong et al, 2010), em que há uma forte associação da depressão, o presente estudo sustenta esta relação.

Deste modo, destaca-se a relação obtida entre a Depressão e a Avaliação Geral do EAI em todos os parâmetros: Vestuário ($p=0.005$), Higiene ($p=0.003$), Nutrição ($p=0.013$) e Qualidade da pele ($p=0.011$). Ou seja, quanto mais depressão o sujeito apresenta, piores são as condições em que o idoso se apresenta.

Um estudo recente realizado em Portugal observou a existência de uma relação positiva entre o número de indicadores de maus-tratos e a depressão, ou seja, quando aumentam os valores de depressão, aumenta também o número de indicadores (Borrvalho et al, 2010).

No presente estudo verificou-se relação estatisticamente significativa entre a Depressão (GDS) e o indicador de Queixas de Abusos Repetido pelo Idoso do grupo dos Possíveis Indicadores de Abuso ($p=0.01$).

Quanto aos restantes grupos de indicadores avaliados pelo EAI, destaca-se o grupo das Evidências de Exploração pelo maior número de relações estatisticamente significativas obtidas, nomeadamente ao nível do Mau Uso do Dinheiro ($p=0.006$), Evidência de Exploração Financeira ($p=0.001$), Registos de Exigência de Bens em Troca de Serviços ($p=0.00$) e Queixas do Idoso de Exploração Repetida ($p=0.001$). Mais uma vez encontramos relação destes indicadores com estudos anteriores, pois a exploração financeira ou material é considerada a terceira mais perpetrada aos idosos (National Elder Abuse Incident Study, 1998).

De salientar ainda que a presença de Depressão se relacionou com as Queixas do Idoso relativamente nos grupos de Possíveis Indicadores de Abuso ($p<0.05$), Possíveis Indicadores de Negligência ($p<0.05$) e Possíveis Indicadores de Abandono ($p<0.05$).

A associação destas variáveis faz todo o sentido tendo em consideração uma outra análise efectuada neste estudo que consistiu no cálculo da relação entre os indicadores do EAI e a Qualidade de Vida percebida pelo idoso, uma das dimensões do EasyCare. Tal como para a Depressão, a Qualidade de vida correlacionou-se no sentido directo com todos os parâmetros da Avaliação Geral ($p < 0.05$), ou seja, quanto melhor a Avaliação Geral melhor percepção da Qualidade de Vida.

Deste modo, a existência de queixas por parte do idoso leva-nos a esclarecer quanto à percepção da Qualidade de Vida do mesmo, uma vez que estudos anteriores referem que a Qualidade de Vida pode ser alcançada desde que o idoso tenha consciência de que a família toma medidas para preservar o seu bem-estar. Esta satisfação de ser preservado alarga a sensação de bem-estar psicológico (Oliveira et al, 2006). Borralho et al (2010) verificaram num estudo realizado, que existia evidência de uma relação entre a presença de indicadores de mau-tratos e a percepção da suficiência dos meios de subsistência, ou seja, a maior parte dos indivíduos que apresenta indicadores de maus-tratos refere que os meios de subsistência não são suficientes, enquanto que a maior parte dos indivíduos que não apresenta indicadores de abuso refere que os meios de subsistência são suficientes. Assim, a percepção negativa da insuficiência dos meios de subsistência condiciona directamente a percepção que o idoso tem da Qualidade de Vida.

De novo foi possível verificar no presente estudo a relação entre a percepção da Qualidade de Vida e os maus-tratos, pois foram encontradas relações estatisticamente significativas entre o grupo dos Possíveis Indicadores de Negligência avaliados pelo EAI e a dimensão Qualidade de Vida avaliada pelo EasyCare. Aqui, encontrou-se registos nos itens Diarreia ($p=0.00$), Depressão (0.00) e de Impacto ($p=0.02$). A presença destes indicadores de maus-tratos interfere na percepção que o idosos tem da sua Qualidade de Vida. Foram ainda encontradas relações entre a Qualidade de Vida e o item de Evidência que o Cuidador Abandonou os Cuidados Propositadamente sem Arranjar Alternativas ($p=0.00$) do grupo dos Possíveis Indicadores de Abandono e no item Incapacidade de Controlar Dinheiro/Bens ($p=0.035$) do grupo Possíveis Indicadores de Exploração.

Apesar dos poucos estudos que permitam relacionar estas variáveis, é fundamental a inclusão da avaliação da qualidade de vida no estudo dos maus-

tratos da população geriátrica, na medida em que se verificou no presente estudo que as evidências de maus-tratos se relacionavam directamente com a percepção que o idoso tem da sua Qualidade de Vida.

Sousa et al (2003), num estudo exploratório na população portuguesa sobre a qualidade de vida, referiu que na velhice, esta tem sido muitas vezes associada a questões de dependência-autonomia. Deste modo, os idosos que percebem as próprias limitações assim como as limitações impostas pelos cuidadores, demonstram menor qualidade de vida, uma vez que esta é largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência (DGS, 2004).

À semelhança de das investigações realizadas, que sugerem que a perda da funcionalidade do idoso constitui um factor de risco para a ocorrência de maus-tratos (Lachs, 1995; Daniel et al, 1999; Fulmer et al, 2000; Dias, 2005; Costa et al, 2009; Borralho et al, 2010), neste trabalho, o nível de incapacidade avaliado pelo EasyCare correlacionou-se com diferentes grupos de indicadores de maus-tratos.

Deste modo verificou-se relação entre a Incapacidade Física avaliada pelo EasyCare e o item Higiene do grupo Avaliação Geral do EAI ($p=0.04$). Esta relação corrobora os resultados encontrados nos diferentes estudos que referem que a incapacidade física dos idosos leva a uma maior dependência, necessitando deste modo mais assistência com a higiene (Compton et al, 1997; Rounds, 1992; Dong et al, 2010). Isto vai de encontro às relações encontradas entre a Incapacidade Física e os Possíveis Indicadores de Negligência. Aqui, encontramos registos significativos nos itens Depressão ($p=0.001$), Impacto ($p=0.02$), Desnutrição ($p=0.00$), Falha na Resposta a Aviso de Doença Óbvia ($p=0.04$), Medicação Inadequada ($p=0.00$), Readmissão Hospitalar devido à Falta de Vigilância dos Cuidados de Saúde ($p=0.00$) e no item Queixas do Idoso por Negligência Repetida ($p=0.00$). No grupo dos Possíveis Indicadores de Exploração, encontramos relações significativas entre a Incapacidade Física e os itens Mau Uso do Dinheiro ($p=0.01$), Evidência de Exploração Financeira ($p=0.03$), Registos de Exigência de Bens em troca de Serviços ($p=0.05$) e no item Queixas do Idoso de Exploração Repetida ($p=0.00$). Sendo assim, este estudo corrobora-se com os estudos previos, que indicam que o idoso com capacidade física diminuída tornam-se mais dependentes, propiciando condições para a ocorrência de violência (Collins, 2006; Liao, 2006). Dias (2005) refere ainda que o risco cresce quando as

limitações dos idosos se devem ao estado de saúde precário, uma vez que estes tendem a desenvolver sentimentos de culpa.

Relativamente à percepção de abandono por parte do idoso, foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a Incapacidade Física e os Possíveis Indicadores de Abandono, nos indicadores de Evidência que o Cuidador Abandonou os Cuidados Propositadamente sem Arranjar Alternativas ($p=0.00$), no indicador de Evidência que o Idosos foi Abandonado num Ambiente Inseguro por Períodos de Tempo Prolongados sem Apoio ($p=0.00$) e no indicador de Queixas do Idoso de Abandono Repetido ($p=0.00$).

Resumindo, todos os indicadores do grupo Resumo do EAI ($p<0.05$), sendo estes, Evidência de Abuso, Evidência de Negligência, Evidência de Exploração e Evidência de Abandono se relacionam positivamente com a pontuação Global do EasyCare, o que significa que quanto maior o declínio funcional do idoso, maior a probabilidade de existência de indicadores de maus-tratos, em concordância com o referenciado nos diferentes estudos publicados (Grosso et al, 2003; Collins, 2006; Melo et al, 2006; Daichman et al, 2008; Pérez-Rojo et al, 2009;

Relativamente à análise das várias sub-escalas do GHQ (Sintomas Somáticos, Ansiedade/Insónia, Disfunção Social, Depressão Grave) e os indicadores de maus-tratos avaliados pelo EAI, encontraram-se várias relações estatisticamente significativas, relações estas que vêm corroborar os estudos publicados. Shugarman et al (2003) referiu que a psicopatologia no idoso é um factor de risco para a ocorrência de maus-tratos, e aspectos como ansiedade, insónia, isolamento social e depressão são possíveis consequências de situações de abuso. Aliás, o isolamento social e a solidão são referenciados por muitos dos estudos sobre os maus-tratos (Dong et al, 2007; Dong et al, 2009; Acierno et al, 2010; Borralho et al, 2010) como sendo factores de risco para o idoso. Lachs et al (2004) vão de encontro a esta ideia, uma vez que referem que o isolamento social é característico nas famílias onde existe violência doméstica, pois as vítimas são isoladas dos amigos e familiares. Segundo estes autores, o isolamento social pode aumentar o stresse familiar, ampliando o risco de abuso. Por outro lado, o isolamento social pode ser não só causa mas também consequência, uma vez que esta variável se encontra frequentemente presente entre idosos que são vítimas de violência física (Daichman et al, 2008; Dias, 2005). Esta última refere ainda que o risco acresce quando os idosos desenvolvem sentimentos de culpa, atitudes de isolamento e baixa auto-estima pois entram facilmente em depressão,

sofrem de perturbações do sono, reforçando as dependências e o estigma social. Os idosos são muitas vezes privados de lazer por familiares ou por si próprios, pelo facto de erradamente se considerar que as pessoas de idade avançada não necessitam de actividades e contacto social (Grossi et al, 2003).

Deste modo, as relações entre o EAI e o GHQ encontram-se entre os Possíveis Indicadores de Abuso e as dimensões Sintomas Somáticos, Ansiedade/Insónia e Depressão Grave. Encontrou-se ainda relação entre os Possíveis Indicadores de Negligência e a Depressão Grave e entre esta e os Possíveis Indicadores de Exploração. A relação entre estas variáveis vem reforçar o facto de haver muitas situações de parentes que vão morar com o idoso e acabam por se apropriar dos seus bens, ameaçando-os de expulsão da sua própria casa, utilizando a violência física e psicológica para tentar forçá-lo a transferir ou inventariar os seus bens ainda em vida (Grossi et al 2003).

Na análise das várias sub-escalas do GHQ, e os indicadores de resumo do EAI, verificou-se a existência de relações directas significativas entre a subescala Sintomas Somáticos e evidência de Abuso ($p=0.00$), entre a subescala Ansiedade/Insónia e evidência de Negligência ($p=0.01$). Tal como já foi verificado anteriormente, mais uma vez encontra-se relação significativa da Depressão Grave avaliada pelo GHQ com as evidências de Negligência ($p=0.01$), Exploração ($p=0.00$) e Abandono ($p=0.00$).

O presente estudo surge como um contributo para o processo de adaptação do Elder Assessment Instrument à população portuguesa, após a sua tradução.

Este instrumento, sendo uma escala de observação, permite obter informação que não é verbalizada pelo idoso, ou seja, permite ter acesso a indícios ou evidências de que os idosos estão a ser maltratados e deste modo proceder ao encaminhamento adequado a cada situação.

Este estudo permitiu ainda, através da análise de variáveis clínicas, como o Défice Cognitivo, Depressão, Incapacidade Física, Qualidade de Vida e Psicopatologia, contribuir para um maior aprofundamento destas variáveis na população geriátrica institucionalizada (Lares e Centros de Dia), mais concretamente um maior aprofundamento da caracterização a nível clínico da população de Paços de Ferreira.

Foi ainda um ponto forte o facto de neste estudo terem sido utilizados instrumentos validados para a população portuguesa, nomeadamente Mini-Mental State Examination (MMSE), Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15),_Elderly

Assessment System (EasyCare) bem como a tradução e adaptação do General Health Questionnaire (GHQ).

Como limitação do presente estudo, pode-se identificar a utilização de uma escala ainda não devidamente validada para a população portuguesa, o Elder Assessment Instrument, tendo por isso sido utilizada a tradução efectuada no presente estudo.

Por outro lado, tratou-se de uma investigação transversal, com as limitações inerentes a este desenho de estudo, nomeadamente no que concerne às suas conclusões, limitando a identificação de relações de interacção mais aprofundadas entre os maus-tratos e as variáveis clínicas associadas da população geriátrica.

Torna-se ainda fundamental a realização de estudos futuros com amostras mais numerosas, no sentido de uma melhor compreensão destas associações e tornando possível a generalização das mesmas.

Estudos posteriores, com amostras mais significativas e com população em diferentes contextos (ex. hospitais, comunidade, etc.) tornam-se fundamentais para o aprofundamento desta problemática.

Em suma, tendo o presente estudo contribuído para a obtenção de relações existentes entre os maus-tratos e o Déficit Cognitivo, a Depressão, a Qualidade de Vida, a Funcionalidade e a Psicopatologia, ficou realçada a necessidade de um diagnóstico precoce desta problemática, assim como uma intervenção mais adequada e atempada.

6. Conclusão

O presente estudo realizado numa amostra maioritariamente do sexo feminino com idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos, foi caracterizada do ponto de vista das diversas variáveis clínicas, nomeadamente ao nível do Déficit Cognitivo, Depressão, Incapacidade Física, Qualidade de vida e Psicopatologia. Tratou-se de uma amostra maioritariamente sem déficit cognitivo, com uma grande percentagem de suspeita de depressão e depressão estabelecida e com níveis de incapacidade significativos, assim como com níveis significativos de psicopatologia.

Confirmou-se assim o que vem sendo defendido na literatura, que demonstra que estas variáveis estão directamente associadas aos maus-tratos dos idosos. Verificou-se então que a Depressão se relaciona directamente com os indicadores

de Abuso, Negligência, Exploração e Abandono. A Qualidade de Vida mostrou relação mais significativa com os indicadores de Abuso e Negligência, enquanto que a Incapacidade Física com os indicadores de Abuso, Negligência, Exploração e Abandono. A existência de Psicopatologia foi mais visível na relação com os indicadores de Negligência, Exploração e Abandono.

A definição destas características permite o aprofundamento do conhecimento dos mecanismos que determinam a estreita relação entre as mesmas e os maus-tratos, que pode conduzir, no futuro, a uma maior eficácia do tratamento em ambas as situações, assim como desenvolver esta no sentido da melhoria da prevenção e intervenção mais eficiente.

Os resultados discutidos sugerem que a EAI como um instrumento organizado e de fácil utilização para a identificação dos maus-tratos em termos de evidências e indícios, não necessitando que os idosos se pronunciem sobre os mesmos. No entanto, deve haver alguma precaução com a sua principal utilização por técnicos da área da saúde.

Sendo incontestável a relação entre as variáveis estudadas, torna-se fundamental a existência de instrumentos de avaliação dos maus-tratos adaptados e validados à população portuguesa, cuja identificação e utilização permitam no futuro, individualizar grupos específicos de idosos que poderão melhor beneficiar com intervenções e procedimentos no sentido de progredir no controlo desta problemática.

BIBLIOGRAFIA

1. Acierno, R., Hernandez, M., Amstadter, A., Resnick, H., Steve, K., W., M., et al. (2010). Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health* , 100 (2), 292-297.
2. Albuquerque, S. (2006). *Qualidade de vida do idoso*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
3. American Psychological Association. (1999). *Elder abuse and neglect: In search of solutions [Brochure]*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
4. Anderson, M., De Assis, M., Pacheco, L., Da Silva, E., Menezes, I., Duarte, T., et al. (1998). Saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Textos Envelhecimento*, 1 (1), 1-44.
5. Anetzberger, G. (2001). Elder abuse identification and referral: the importance of screening tools and referral protocols. *Journal of Elder Abuse and Neglect* , 13, 1.
6. Apav. (2009). *Estatística Apav 2009*. Bureau Veritas .
7. Araújo, L. F., & Lobo Filho, J. G. (2009). Análise psicossocial da violência contra idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* , 22 (1), 153-160.
8. Araújo, L., & Filho, J. (2009). Análise psicossocial da violência contra idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* , 22 (1), 153-160.
9. Bitencourt, G., Januária da Silva, A., De Souza, L., E., F., & Bruno, R. (2007). Violência e abuso contra idosos: uma visão interdisciplinar. *Revista Científica da FAMINAS* , 3 (1).
10. Borralho, O., Lima, M., & Ferreira-Alves, J. (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* (pp. 471-478). Braga: Universidade do Minho.
11. Braga, P. (s.d.). *Idosos são vítimas de maus tratos e violência mas têm medo de denunciar*. Obtido em 2007, de Direito do Idoso: <http://direitoidoso.braslink.com/pdf/ARTIGO%203.pdf>
12. Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
13. Burnett, L., Coverdale, J., Pickens, S., & Dyer, C. (2006). What is the association between self-neglect, depressive symptoms and untreated medical conditions? *Journal of Elder Abuse and Neglect* , 18 (4), 25-34.

14. Burns, A., & Iliffe, S. (2009). Dementia. *British Medical Journal* , 338, 405-409.
15. Burns, A., Lawlor, B., & Craig, S. (2002). Rating scales in old age psychiatry. *British Journal of Psychiatry* , 180, 161-167.
16. Burns, A., Purandare, N., & Craig, S. (2002). *Mental health in older people*. London: Royal Society of Medicine Press Limited.
17. Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades edemandas da família. *Caderno Saúde Pública* , 19 (3), 773-781.
18. Castro-Caldas, A., & De Mendonça, A. (2005). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: LIDEL.
19. Collins, K. A. (2006). Elder maltreatment: A review. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* , 130 (9), 1290-1296.
20. Compton, S., Flanagan, P., & Gregg, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (6), 632-635.
21. Conner, T., Prokhorov, A., Page, C., Fang, Y., Xiao, Y., & Post, L. (2010). Impairment and Abuse of Elderly by Staff in Long-Term Care in Michigan: Evidence From Structural Equation Modeling. *Journal of Interpersonal Violence*, [Epub ahead of print].
22. Cooney, C., and Mortimer, A. (1995). *Elder Abuse and Dementia--A Pilot Study*. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(4), 276-83.
23. Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing* , 37, 151-160.
24. Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M., Walker, Z., Blizard, R., & Livingston, G. (2009). Abuse of people with dementia by family carers: representative cross survey. *BMJ* , 338:b155.
25. Cordeiro, J. C. (2003). *Psiquiatria Forense*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
26. Costa, I., Pimenta, A., Brigas, D., Santos, L., & Almeida, S. (2009). Maus Tratos nos Idosos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* , 25, 537-542.
27. Costa, P., Chaves, G., & Ricas, T. *O medo, um forte aliado da violência doméstica contra o idoso*.
28. Coyne, A. (2001). The Relationship Between Dementia and Elder Abuse. *Geriatric Times* , 2 (4).
29. Coyne, A., Reichman, E., & Berbig, J. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry* , 150 (4), 643-646.

30. Cravalho, P. (2008). Ministério público abriu 115 inquéritos por violência contra idosos em 2008. *Público*.
31. Daichman, L., Aguas, S., & Spencer, C. (2008). Elder Abuse. In *Mental and Neurological Public Health* (pp. 310-315). Elsevier.
32. Dalla Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (3), 246-252.
33. Davies, M. (1997). Key issues for nursing: the need to challenge practice. In P. Decalmer, & F. Glendenning, *The mistreatment of the elderly people* (pp. 175-185). London: Sage Publications.
34. Davies, M. (1997). Recognising abuse: an assessment tool for nurses. In P. Decalmer, & F. Glendenning, *The mistreatment of the elderly people* (pp. 102-106). London: Sage Publications.
35. Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Revista da Faculdade de letras: Sociologia*, 15, 249-273.
36. Direcção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Ministério da Saúde.
37. Dong, X., Beck, T., & Simon, A. (2010). The association of gender, depression and elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population: The modifying effect of social support. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 202-208.
38. Dong, X., Beck, T., & Simon, M. (2009). Loneliness and mistreatment of older Chinese women: does social support matter? *Journal of Women & Aging*, 21 (4), 293-302.
39. Dong, X., Simon, M., & Mendes de Leon, C. (2009). Elder self-neglect and abuse and mortality risk in a community-dwelling population. *The Journal of the American Medical Association*, 302 (5), 517-526.
40. Dong, X., Simon, M., Fulmer, T., Mendes de Leon, C., Rajan, B., & Evans, D. (2010). Physical function decline and the risk of elder self-neglect in a community-dwelling population. *Gerontologist*, 50 (3), 316-326.
41. Dong, X., Simon, M., Gorbien, M., Percak, J., & Golden, R. (2007). Loneliness in older chinese adults: a risk factor for elder mistreatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (1), 1831-1835.
42. Dong, X., Simon, M., Odwazny, R., & Gorbien, M. (2008). Depression and Elder Abuse and Neglect Among a Community-Dwelling Chinese Elderly Population. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20 (1), 25-41.

43. Dong, X., Wilson, R., Leon, C., & Evans, D. (2009). Self-neglect and cognitive function among community-dwelling older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry* , 25, 798-806.
44. Dos Santos, S., Santos, I., Fernandes, M., & Henriques, M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 10 (6), 757-764.
45. Duque, J., & Vacas, M. (2010). Pessoas Idosas: insegurança, crime e violência. *Revista de Psiquiatria* , 22 (3), 118-124.
46. Dyer, C., Goodwin, J., Pickens-Pace, S., Burnett, J., & Kelly, P. (2007). Self-Neglect among the elderly: A model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team. *American Journal of Public Health* , 97 (9), 1671-1976.
47. Dyer, C., Pavlik, V., Murphy, K., & Hyman, D. (2000). The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *American Geriatrics Society* , 48 (2), 205-208.
48. *Elder abuse prevention* . (20 de Maio de 2005). Obtido em 24 de Abril de 2007, de National Guideline Clearinghouse: <http://www.guideline.gov>
49. Espíndolan, C. (2007). Prevalência de maus-Tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Revsita de Saúde Pública* , 41 (2); 301-306.
50. Ferguson, D., & Beck, C. (1983). H.A.L.F.: a tool to assess elder abuse within the family. *Geriatric Nursing* , 4, 301-304.
51. Fernandes L. (2006). *A Depressão no Quotidiano*. 1º FISINC Ed. Pentafarma.
52. Fernandes, J. (1996). *DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: CLIMEPSI.
53. Ferreira-Alves, J. (2005). Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosos: Contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. *Psicologia Forense.* , 1-43.
54. Ferreira-Alves, J., & Novo, R. (2006). Avaliação da discriminação de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical Health Psychology* , 6 (1), 65-77.
55. Ferreira-Alves, J., & Sousa, M. (2005). *Índicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar*. Porto, 303-313: Universidade do Porto. Faculdade de Letras.
56. Ferreira-Alves, J., (2004). *Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos*. Braga: Universidade do Minho.
57. Figueiredo, D., & Sousa, L. (2001). Easycare: Um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem estar do idoso. *Geriatrics* , 130.

58. Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
59. Fonseca, M., & Gonçalves, H. (2003). Violência contra o idoso: suportes legais para a intervenção. *Interação em Psicologia* , 7 (2), 121-128.
60. Fulmer, T. (1984). Elder abuse assessment tool. *Dimensions of Critical Care Nursing* , 3 (4), 216-220.
61. Fulmer, T. (2003). Elder abuse and neglect assessment. *Journal of Gerontological Nursing* , 4-5.
62. Fulmer, T. (2004). Elder abuse and neglect assessment. *Dermatology Nursing* , 16 (5), 473.
63. Fulmer, T. (2006). *Elder mistreatment: training manual and protocol*. New York: Roja R. Vemula; Jamie L. Blankenship.
64. Fulmer, T. (2008). Barriers to neglect and self-neglect research. *Journal of American Geriatric Society* , 56, 241-243.
65. Fulmer, T., & Gurland, B. (1996). Restriction as elder mistreatment: differences between caregiver and elder perceptions. *Journal of Mental Health and Aging* , 2, 89-100.
66. Fulmer, T., Guadagno, L., Bitondo, C., & Connolly, T. (2004). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *JAGS* , 52, 297-304.
67. Fulmer, T., Paveza, G., Abraham, I., & Fairchild, S. (2000). Elder neglect assesment in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* , 26 (5), 436-443.
68. Gaioli, C. (2004). *Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio*. São Paulo: Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1-88.
69. Gaioli, C., & Rodrigues, R. (2008). Ocorrência de Maus-tratos em idoso no domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 16 (3).
70. Goldberg DP, Hillier VF. *A Scaled Version of the General Health Questionnaire*. From the Department of Psychiatry, University of Manchester. *Psychological Medicine* 1979; 9:139-145
71. Gonçalves, C. (2006). Idoso: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* , 22, 739-745.
72. Gonçalves, R., & Machado, C. (2005). *Psicologia forense*. Coimbra: Quarteto Editora.
73. Gonçalves, R., Martins, S., & Fernande, L. (2007). Elder Abuse in Portugal. *Livro de Resumos do International Join Congress: XXXV Congress of the European Association of geriatric Psychiatry (EAGP); XV Reunión de la*

Sociedad Española de Psiquiatria (SEPG); VII Congresso da Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria (APG), (p. 66).

74. Gonçalves, R., Martins, S., & Fernandes, L. (2008). Versão Portuguesa da escala Elder Assessment Instrument (EAI) - Dados preliminares. *Livro de Resumos do Congresso "O tempo e a memória"* (p. 23). Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria (APG).
75. Gonçalves, R., Martins, S., & Fernandes, L. (2009). Estudo Piloto da Versão Portuguesa da Escala Elder Assessment Instrument (EAI). *23ª Reunião do Grupo de Estudos Envelhecimento Cerebral e Demência: GEECD*, (p. 31).
76. Grossi, P., & Soza, M. (2003). Os idosos e a violência invisibilizada na família. *Revista Virtual Textos e Contextos* , Vol 2 (2); 323-346.
77. Guedes, J. (2007). *O Internamento em lar e a identidade dos idosos*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto
78. Hamilton, P. (1989). Preventing elder abuse: using a family systems approach. *Journal of Gerontological Nursing* , 15, 21-26.
79. Hardin, E., & Khan-Hudson, A. (2005). Elder Abuse-"Society's Dilemma". *Journal Of The National Medical Association* , 97 (1), 91-94.
80. Hespanha, M. (2003). *Violência contra os idosos*. Obtido de Violência.online: <http://www.violencia.online.pt>
81. Hildreth, C., Burke, A., & Glass, R. (2009). Elder Abuse. *The Journal of the American Medical Association* , 302 (5), 588.
82. Hwalek, A., & Sengstock, C. (1986). Assessing the probability of abuse of the elderly: toward development of a clinical screening instrument. *Journal of Applied Gerontology* , 5, 153-173.
83. INE. (08 de Abril de 2002). O envelhecimento em Portugal. *Destaque* . Portugal.
84. INE. (12 de Junho de 2003). Projecção de população residente em Portugal 2000-2050: Envelhecimento da população agrava-se no futuro. *Destaque* . Portugal.
85. INE. (19 de Março de 2009). Projecções de população residente em Portugal 2008-2060. *Destaque* . Portugal.
86. INE. (2001). *Actualidades do INE: Censos 2001, resultados provisórios*.
87. INE. (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos* , 32, 187-208.

88. INE. (31 de Março de 2004). Projecção de população residente, Portugal e NUTS II 2000-2050: Decréscimo e envelhecimento da população até 2050. *Destaque* . Portugal.
89. Instituto Solidariedade e Segurança Social, Departamento de Investigação e Conhecimento. (Março, 2003). *Equipamentos de alojamento permanente para idosos em Portugal: avaliação qualitativa das condições de instalação e das dinâmicas de funcionamento*. Lisboa: ISSS.
90. Jogerst, G., Daly, J., Brinig, M., Dawson, J., Schmuch, G., & Ingram, J. (2003). Domestic elder abuse and the law. *American Journal of Public Health* , 93 (12), 2131-2136.
91. Johnson, D. (1981). Abuse of tje elderly. *Nurse Pract* , 6, 29-34.
92. Johnson, F. (1991). *Elder mistreatment: deciding who is at risk*. Westport: Greenwood Press.
93. Jones, H., & Powell, J. (2006). Old age, vulnerability and sexual violence: implications for knowledge and practice. *International Nursing Review* , 53, 211-216.
94. Jones, J., Dougherty, J., Schelble, D., & Cunningham, W. (1988). Emergency department protocol for the diagnosis and evaluation of geriatric abuse. *Annals of Emergency Medicine* , 17, 1006-1015.
95. Kosberg, I. (1988). Preventing elder abuse: identification of high risk factors prior to placement decisions. *Gerontologist* , 28, 43-50.
96. Lachs, A., Williams, C., O'Brien, S., Pillemer, K., & Charlson, M. (1998). The Mortality of Elder Mistreatment. *The Journal of the American Medical Association* , 280 (5), 428-432.
97. Lachs, M., & Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *Lancet* , 364, 1263-1272.
98. Laks, J., Werner, J., & Salvador de Miranda-Sá Jr, L. (2006). Psiquiatria forense e direitos humanos nos pólos da vida: crianças, adolescentes e idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria* , 28 (2), 80-85.
99. Laumann, E., Leitsch, S., & Waite, L. (2008). Elder mistreatment in the United States. *Journal of thje Gerontology* , 63 (4), 248-254.
100. Liao, S., & Mosqueda, L. (2006). Physical abuse of the elderly: The medical director's response. *JAMDA* , 7 (4), 242-245.
101. Lopes de Melo, V., Cunha, J., & Neto, G. (2006). Maus-tratos contra idosos no Município de Camaragibe. *Recista Brasileira de Saúde MAterno Infantil* , 6 (1), s43-s48.
102. Martins, R. (2005). Envelhecimento e políticas sociais. *Educação, Ciência e Tecnologia* , 126-140.

103. Matsudo, S. M., Keihan, V., Matsudo, R., & Barros Neto, T. L. (2000). Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 8 (4), 21-32.
104. Meeks-Sjostrom, D. (2004). A Comparison of three measures of elder abuse. *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), 247-250.
105. Minayo, C. (2003). Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Caderno Saúde Pública*, 19 (3), 783-791.
106. Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental e doenças psiquiátricas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
107. Miranda, L. C. (10 de 11 de 2008). *Qualidade de vida em idosos: breves reflexões*. Obtido em 2010, de Cuidar de Idosos: <http://www.cuidardeidosos.com.br/qualidade-de-vida-em-idosos-breves-reflexoes/>
108. Monteiro, L. (2004). Ecos de mudança: preparação da reforma e envelhecimento activo, uma nova resposta para um conceito emergente. *Pretextos*, 17, 24-25.
109. Morgado, J., Rocha, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9 (2), 19-25.
110. Naik, A., Lai, J., Kunik, M., & Dyer, C. (2008). Assessing capacity in suspected cases of self-neglect. *Geriatrics*, 63 (2), 24-31.
111. Nusbaum, N., Cheung, V., Cohen, J., Keca, M., & Mailey, B. (2006). Role of the first responders in detecting and evaluating elders at risk. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 43, 361-367.
112. Oliveira, C., Souza, C., Freitas, T., & Ribeiro, C. (2006). *Idosos e Família: Asilo ou Casa*. Obtido em 2009, de Psicologia: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0281.pdf>
113. Organização Mundial da Saúde. (2002). *Missing voices*. Geneva: WHO/IPEA.
114. Organização Mundial de Saúde. (2001). *The world health report*. Geneva: OMS.
115. Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción: glosario*. Genebra: OMS.
116. Paixão Jr., C., & Reichenheim. (2006). Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Caderno Saúde Pública*, 22 (6); 1137-1149.

117. Pasinato, M. C., & Machado, L. (2004). *Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo de exploratório dos serviços de denúncia*. Caxambú, Brasil.
118. Pasinato, M., Camarano, A., & Machado, L. (2006). *Idosos vítimas de maus-tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia*. Rio de Janeiro: Ipea.
119. Pasquali, L., Gouveia, V., Andriola, W., Miranda, F., & Ramos, A. (1994). Questionário de saúde geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira. *Psicol. Teor. Pesqui.* , 10 (3), 421-437.
120. Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
121. Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia* , 15, 275-287.
122. Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
123. Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: CLIMEPSI.
124. Payne, B., & Fletcher, L. (2005). Elder abuse in nursing homes: Prevention and resolution strategies and barriers. *Journal of Criminal Justice*, 33, 119-125.
125. Peisah, C., Finkel, S., Shulman, K., Melding, P., Luxenberg, J., Heinik, J., et al. (2009). The wills of older people: risk factors for undue influence. *International Psychogeriatrics* , 21 (1), 7-15.
126. Pereira, R. J., Mitre Cotta, R., Franceschini, S., Ribeiro, R., Sampaio, R., Priore, S., et al. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* , 28 (1), 27-38.
127. Pérez-Rojo, G., Izal, M., Montorio, I., & Penhale, B. (2009). Risk factors of elder abuse in a community dwelling spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics* , 49, 17-21.
128. Phillips, R., Morrison, F., & Chae, M. (1990). The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care. *International Journal of Nursing Studies* , 27, 61-75.
129. Philp I. (1997). Can a medical and social assessment be combined? *Journal of the Royal Society of Medicine*; 90(32): 11-13
130. Pires, S. (2009). *Violência sobre idosos*. Amadora: Câmara Municipal da Amadora.

131. Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto epidioso, São Paulo. *Caderno de Saúde Pública* , 19 (3), 793-798.
132. Ramsey-Klawnsky, H. (2000). Elder-Abuse offenders: a typology. *Generations*, 24 (2), 17-22.
133. Reis, M., & Nahmiash, D. (1995). Validation of the caregiver Abuse Screen (CASE). *Canadian Journal on Aging* , 14, 45-60.
134. Reis, M., & Nahmiash, D. (1997). Abuse of seniors: personality, stress and other indicators. *Journal of Mental Health and Aging* , 3, 337-356.
135. Reis, M., & Nahmiash, D. (1998). Validation of the Indicators fo Abuse (IOA) screen. *Gerontologist* , 38, 471-780.
136. Ribeira, S., Sá, L., & Rodrigues, S. (2009). Maus-tratos a idosos e o papel do médico de família. *Geriatrics* , 5 (25), 57-63.
137. Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
138. Rinker Jr., A. (2009). Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. *Archives of Gerontology and Geriatrics* , 48, 110-115.
139. Rosen, T., Lachs, M., Bharucha, A., Stevens, S., Teresi, J., Nebres, F., et al. (2008). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: Insights from focus groups of nursing home residents and staff. *Journal of American Geriatric Society* , 56 (8), 1398-1408.
140. Rounds, L. (1992). Elder abuse and neglect: a relationship to health characteristics. *Journal of American Academy Nurse Practice* , 4 (2) 47-52.
141. Sanmartín, A., Torner, J., Martí, N., Izquierdo, P., Solé, M., & Requesens, N. (2001). Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria* , 27 (5), 331-334.
142. Schofield, J., R., R., Mishra, D., R., P., & Dobson, J. (2002). Screening for vulnerability to abuse among older women: women's health Australia Study. *Journal of Applied Gerontology* , 21, 24-39.
143. Sellas, M., & Krouse, L. (20 de April de 2009). *Elder Abuse*. Obtido em 2010, de EMedicine: <http://emedicine.medscape.com/article/805727-overview>
144. Shugarman, L., Fries, B., Wolf, R., & Morris, J. (2003). Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *Journal of the American Geriatrics Society* , 51 (1), 24-31.

145. Sinhoroto, M. (2006). *Experiência que propiciem a superação de maus tratos, abusos e violência contra a pessoa idosa*. Obtido de Gerontologia: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/concursoRLG/2006/organizaciones/OrganizacionesNominado1.pdf>
146. Sousa, L. F. (2000). Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem estar. *Psychologica* , 15, 19-24.
147. Sousa, L., & Figueiredo, D. (2002). Facilitar os cuidados aos idosos - uma escala de avaliação de vida e bem estar. *Pshycol* , 25, 19-24.
148. Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
149. Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública* , 37 (3), 364-371.
150. Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: CLIMEPSI.
151. Straus, A. (1979). Measuring intrafamiliar conflict and violence: the Conflict Tactics (CT). *J Marriage Fam* , 41, 75-88.
152. Swagerty, D., & Takahashi, P. (1999). *Elder mistreatment*. Obtido em 2007, de American Family Physician: <http://www.aafp.org/afp990515ap/2804.html>
153. Taylor, D., Bachuwa, G., Evans, J., & Jackson-Johnson, V. (2006). Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: A communitywide survey of primary physicians. *Journal of the National Medical Association* , 98 (3), 403-404.
154. *UK Study of Abuse and Neglect of Older People*. (2007). Obtido em 2010, de NetCen: www.natcen.ac.uk
155. Vaz Serra, A. (2006). O que significa envelhecer. In H. Firmino, *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 21-33.
156. Vaz, S. (2009). *A depressão no idosos institucionalizado*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
157. Vida, S., Monks, R., & Des Rosiers, P. (2002). Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *Canadian Psychiatric Association* , 47 (5), 459-467.
158. Vieira, A. (2003). Qualidade de vida e suporte social dos idosos em ambiente institucional. Dissertação de mestrado apresentada à faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

159. Wickens, A. (1998). *The causes of aging*. Amsterdam: Harwood Academic Publisher.
160. Wiglesworth, A., Mosqueda, L., Mulnard, R., Liao, S., Gibbs, L., & Fitzgerald, W. (2010). Screening for abuse and neglect of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 493-500.
161. Wilber, S. *Geriatric Emergency Medicine*. Ohio: FACEP.
162. Wolf, R. (26 de Maio de 2003). *Risk assessment instruments*. Obtido em 2007, de National Center of Elder Abuse: <http://www.elderabusecenter.org>
163. Wolf, R. (Setembro de 2000). *Risk assessment instruments*. Obtido em 21 de Maio de 2007, de National Center on Elder Abuse: <Http://www.elderabusecenter.org>
164. Woolf, L. (1998). *Elder abuse and neglect*. Obtido em 2009, de Webster University: <http://www.webster.edu/woolfm/abuse.html>
165. World Health Organization. Tradução Suzana Gontijo. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Fontes na Internet

1. Abuse of Elder in Europe: <http://www.abuel.org>
2. Action on Elder Abuse: <http://www.elderabuse.org.uk>
3. American Psychological Association: <http://www.apa.org>
4. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima: <http://www.apav.pt>
5. Direcção Geral de saúde: <http://www.dgs.pt>
6. Instituto Nacional de Estatística: <http://www.ine.pt>
7. International Network for the Prevention of Elder Abuse:
<http://www.inpea.net>
8. National Center on Elder Abuse: <http://www.ncea.aoa.gov>
9. Population Reference Bureau: <http://www.prb.org>
10. Portal de apoio ao cidadão: <http://www.portaldocidadao.pt>
11. Portal de Emergência: <http://www.centrodeemergencia.com>
12. Portal do envelhecimento: <http://www.portaldoenvelhecimento.net>
13. Portal sobre reabilitação e ajudas técnicas: <http://www.ajudas.com>
14. World Health Organization: <http://www.who.int>

ANEXOS
