

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

*Área de Intervenção Específica em Enfermagem à Pessoa Idosa*

### **“Maus-Tratos à Pessoa Idosa: Perspectiva Comunitária”**

Susana Margarida Coelho Neto

2011



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

*Área de Intervenção Específica em Enfermagem à Pessoa Idosa*

### **“Maus-Tratos à Pessoa Idosa: Perspectiva Comunitária”**

Susana Margarida Coelho Neto

Sob Orientação da Professora Graça Melo  
Co-Orientação de Enfermeiro Chefe José Cassiano

2011



## RESUMO

O envelhecimento mundial suscitou alterações estruturais e organizacionais na sociedade, sendo um grande desafio comunitário, familiar e individual. Este fenómeno obrigou à criação e desenvolvimento de estratégias políticas visando a manutenção/aquisição de um papel activo da pessoa idosa, tornando-o um elemento participativo na sociedade. No entanto, verificou-se uma desvalorização do papel da pessoa idosa, que associado à deterioração das capacidades decorrentes do processo de envelhecimento a tornou mais vulnerável à ocorrência de maus-tratos.

O dano resultante do mau-trato tem consequências graves para a saúde e bem-estar da pessoa idosa, contudo, apesar do conhecimento público, o tabu que envolve o tema dificulta a sua identificação, notificação e monitorização.

Os maus-tratos em Portugal não apresentam legislação específica para a pessoa idosa apesar do aumento do número de casos reportados à APAV.

O presente relatório explana as principais actividades desenvolvidas no ensino clínico realizado na comunidade, tendo por objecto este problema. Como diagnóstico de situação foi realizado um estudo de investigação que contou com 13 díades (pessoa idosa dependente/cuidador familiar) tendo-se verificado mau-trato na totalidade da amostra (100%), sendo que 93,2% sofreu mau-trato psicológico, 84,6% negligência e 46,1% de mau-trato financeiro.

Tendo em conta o papel do enfermeiro nos três níveis de prevenção e a abordagem multidisciplinar do problema, foram realizadas entrevistas com entidades de apoio à vítima na comunidade e uma sessão educativa com o título “Maus-Tratos à Pessoa Idosa” com o objectivo de sensibilizar os parceiros comunitários e os profissionais do ACES.

A teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson serviu de base à elaboração do presente relatório, na qual o Enfermeiro é responsável pelo cuidar e deve actuar como co-participante na vanguarda das necessidades da sociedade, mobilizando todo um conjunto de conhecimentos, alicerçado na experiência, visando uma intervenção holística e com elevado nível de qualidade.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Maus-Tratos; Jean Watson; Comunidade.

## ABSTRACT

The aging global structural and organizational changes elicited in society as an important challenge community, family and individual, leading to the creation and development of political strategies aimed at maintaining / acquiring an active role of the elderly, making it a participatory element in society. However, there was a devaluation of the role of the elderly, which associated with the deterioration of capacity resulting from the aging process to become more sensitive to the occurrence of maltreatment.

The damage resulting from abuse and neglect has serious consequences for the health and welfare of the elderly, however, despite public knowledge, the taboo surrounding the issue complicates the identification, notification and monitoring.

Maltreatment in Portugal do not have specific legislation for the elderly despite an increase in the number of cases reported to APAV.

This report outlines the main activities carried out in clinical teaching in the community. As diagnosis of the situation was made a research study which included 13 dyads (elder / family caregiver) and it was found maltreatment for the whole sample (100%), and 93.2% suffered psychological maltreatment, 84.6% 46.1% neglect and maltreatment of finance.

Taking into account the role of nurses in the three levels of prevention and a multidisciplinary approach, we conducted interviews with victim support organizations in the community and an educational session titled "Abuse the Elderly" in order to sensitize Community partners and professionals in the ACES.

The theory of Transpersonal Caring: Jean Watson formed the basis of this report, in which the nurse is responsible for care and must act as a co-participant in the forefront of societal needs, mobilizing an entire body of knowledge, based on experience, towards a holistic intervention and with high quality.

**Keywords:** Aging; Abuse; Jean Watson; Community

## SUMÁRIO

Resumo	ii
Abstract	lii
Índice de Quadros	Vi
Índice de Tabelas	Vi
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>CAPITULO I – ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>1. REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>10</b>
1.1. Envelhecimento	10
1.2. Maus-Tratos à Pessoa Idosa	11
1.3. O Papel da Equipa Multidisciplinar na Comunidade	14
1.4. Implicações Ético-Legais	17
<b>2. MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>20</b>
2.1. Participantes	20
2.2. Procedimentos	20
2.3. Medidas de Avaliação da Pessoa Idosa e Cuidador Familiar	20
2.3.1. Medidas de Avaliação da Pessoa Idosa	22
2.3.2. Medidas de Avaliação do Cuidador Familiar	23
2.4. Análise Estatística	23
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>24</b>
3.1 – Caracterização da Amostra	24
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>27</b>
4.1. Limitações do estudo	30
<b>5. CONCLUSÕES</b>	<b>31</b>
<b>CAPITULO II – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>32</b>
<b>1. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA E O CUIDAR SEGUNDO JEAN WATSON</b>	<b>33</b>
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO</b>	<b>36</b>
2.1. Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES da Amadora	36
2.2. Caracterização do Concelho Amadora	37
2.2.1. Caracterização da Comunidade	37

<b>3. ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS</b>	39
<b>3.1. PRIMEIRO OBJECTIVO - “Analisar o fenómeno dos Maus tratos nos Idosos que estão integrados no plano de cuidados da Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES VII - Amadora”</b>	40
<b>3.2. SEGUNDO OBJECTIVO - “Analisar recursos existentes na comunidade do Concelho da Amadora que possam servir de suporte aos Idosos vítimas de Maus Tratos pertencentes à UCC”</b>	41
<b>3.3. TERCEIRO OBJECTIVO - “Melhorar a capacidade da equipa multidisciplinar para a detecção, acompanhamento e monitorização dos Idosos vítimas de Maus Tratos”</b>	42
<b>3.4. Avaliação</b>	45
<b>4. CONCLUSÃO</b>	46
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	48
<b>ANEXOS</b>	57
<b>ANEXO I – Carta do Casal Popular</b>	58
<b>APÊNDICES</b>	60
<b>APÊNDICE I – Documento de Autorização do Estudo</b>	61
<b>APÊNDICE II – Consentimento Informado</b>	63
<b>APÊNDICE III – Guião de entrevista à Dr.ª Catarina Paulos</b>	65
<b>APÊNDICE IV - Guião de entrevista ao Dr. Fernando Vieira</b>	67
<b>APÊNDICE V – Cronograma do Ensino Clínico</b>	69
<b>APÊNDICE VI - Guião de entrevista à Dr.ª Ana da RIIVA</b>	71
<b>APÊNDICE VII – Plano da Sessão de Formação</b>	73
<b>APÊNDICE VIII – Folheto da Sessão</b>	75
<b>APÊNDICE IX – Avaliação do Formador</b>	77
<b>APÊNDICE X – Avaliação da Sessão</b>	80
<b>APÊNDICE XI – Conteúdo da Sessão de Formação</b>	83
<b>APÊNDICE XII – Instrumento de Procedimento</b>	94
<b>APÊNDICE XIII - Poster</b>	96
<b>APÊNDICE XIV – Avaliação do Ensino Clínico</b>	98

**ÍNDICES DE QUADROS:**

<b>Quadro I – Estudo de Caso da Família Silva</b>	<b>44</b>
<b>Quadro II – Estudo de Caso da Sr.<sup>a</sup> Etelvina</b>	<b>44</b>

**ÍNDICES DE TABELAS:**

<b>Tabela 1 – Caracterização Sócio-Demogràfica das Pessoas Idosas e Cuidadores Familiares</b>	<b>25</b>
<b>Tabela 2 – Caracterização do tipo de Maus-Tratos</b>	<b>26</b>

## INTRODUÇÃO

O Envelhecimento da sociedade é uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade, à qual estão associados elevados índices de dependência (SEQUEIRA, 2010). É um processo inerente a todos os seres vivos que se expressa, pela perda de capacidade de adaptação e pela diminuição das funcionalidades, é progressivo e irreversível (SPIRDUSO, 2005). A deterioração das capacidades da pessoa idosa e a perda gradual do seu papel na sociedade e na família, torna-a mais vulnerável à prática de abusos (World Health Organization [WHO], 2008, DIAS, 2009, MAGALHÃES, 2010).

Embora a violência contra o idoso não seja um fenómeno novo, a velocidade do envelhecimento da população mundial e as profundas mudanças sociais, levam a um aumento de sua incidência e prevalência (OMS, 2008). Os dados epidemiológicos a nível mundial demonstram que na comunidade existe uma prevalência de abuso entre 4-6% (OMS, 2008). A nível nacional verificou-se um total de 649 casos de violência e maus-tratos à pessoa idosa, cerca de 8,4% do total dos crimes assinalados (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VITIMA [APAV], 2011).

Os Maus-Tratos apresentam várias formas: física, verbal, psicológica, emocional, sexual e financeira. A nível mundial, a tipologia mais prevalente são os maus-tratos por negligência (National Elder Abuse Incidence Study, 1998). Em Portugal, são os Maus-Tratos psíquicos que apresentam maior número de queixas (APAV, 2010).

Na prática clínica, entender o fenómeno dos Maus-Tratos envolve uma abordagem individual de forma diferenciada e de acordo com a história e percurso de cada idoso (SEQUEIRA, 2010). Esta abordagem é elaborada por uma equipa multidisciplinar em que o papel do Enfermeiro é deveras importante, não só na detecção como na implementação de intervenções e na sua monitorização. A multidisciplinaridade é fundamental para o enriquecimento de saberes nesta área específica.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009) as funções do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na vertente Idoso são dirigidas aos projectos de saúde no idoso, de forma a este vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida. Têm também como função, estabelecer e orientar a relação terapêutica com a família, permitindo assim uma melhor avaliação dos maus tratos (CORREIA et al, 2001; BROWN, STREUBERT, BURGESS, 2004; FULMER et al, 2004 e MILLER, 2005).



O fenómeno dos Maus-Tratos surge, como um problema real, com graves consequências para o Idoso, comunidade e acima de tudo é tido como grande consumidor de recursos.

Tendo por base o acima mencionado e no âmbito do projecto de estágio elaborado no segundo semestre do I Curso de Pós-Licenciatura de Especialização Médico – Cirúrgica vertente Idoso com Mestrado integrado foi realizado um estágio sobre a temática dos Maus-Tratos na comunidade. A escolha do tema surgiu nas aulas de envelhecimento activo, quando foi pedida a elaboração de um trabalho sobre os factores determinantes relacionados ao ambiente social entre os quais apareceu os maus tratos à pessoa idosa. Após pesquisa bibliográfica e através da prática diária foi fácil perceber que pouco existe a nível nacional sobre esta temática. A escolha do campo do ensino clínico recaiu na Unidade de Cuidados da Comunidade do ACES da Amadora, por ser uma unidade relativamente nova e se enquadrar nos objectivos do estágio. O estágio decorreu no período de 27 de Setembro de 2010 a 28 de Fevereiro de 2011 num total de 540 horas.

O ensino clínico teve como objectivo geral:

- **Adquirir competências como Enfermeira Especialista na detecção e encaminhamento dos idosos vítimas de maus-tratos na comunidade**

Como objectivos específicos foram delineados:

- ***Analisar o fenómeno dos Maus tratos nos Idosos que estão integrados no plano de cuidados da Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES VII – Amadora;***
- ***Analisar recursos existentes na comunidade do Concelho da Amadora que sirvam de suporte aos Idosos vítimas de Maus Tratos pertencentes à UCC;***
- ***Melhorar a capacidade da equipa multidisciplinar para a detecção, acompanhamento e monitorização dos Idosos vítimas de Maus Tratos***

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes. A primeira é composta pelo enquadramento teórico e um estudo descritivo, analítico e transversal, com o intuito de analisar o fenómeno dos Maus tratos à pessoa Idosa nesta comunidade.

No segundo capítulo, foram relatadas as actividades desenvolvidas durante o ensino clínico. As actividades realizadas tiveram por base a teoria de Jean Watson. Por fim realizou-se uma consideração final/reflexão onde se procedeu a uma análise do trabalho elaborado, avaliando a importância da enfermagem especialista em Médico-Cirúrgica na comunidade, os seus contributos para prática clínica e o impacto do estudo no ACES da Amadora. Os documentos utilizados vêm em anexo. Os apêndices são compostos por todos os documentos elaborados no decorrer do estágio.

**CAPÍTULO I**  
**ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

**“Maus-Tratos à Pessoa Idosa: Perspectiva  
Comunitária”**

# 1- REVISÃO DA LITERATURA

## 1.1 – Envelhecimento

O envelhecimento da população é considerado com um dos maiores triunfos da humanidade e também um grande desafio. Internacionalmente existem projecções que afirmam que em 2025, o número de pessoas com mais de 60 anos ascenderá aos 1,2 biliões (OMS, 2005).

A nível nacional, estima-se que o envelhecimento demográfico em 2025 cresça para 34 o número de idosos para cada 100 pessoas em idade activa e em 2050 para 58. Actualmente estes dados colocam-se na fasquia dos 26 idosos para 100 pessoas activas (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA [INE], 2002 e 2009).

Envelhecer com **saúde, autonomia e independência**, constitui um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. É necessário pensar em formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida do idoso de forma a diminuir a vulnerabilidade física e psicológica (PLANO NACIONAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS [PNSPI], 2004; SEQUEIRA, 2010).

O Envelhecimento é um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social. Além de multifactorial, é único e consiste num “ *somatório de processos intrínsecos, geneticamente determinados, de factores ambientais, de diferenças nos estilos de vida e dos efeitos das doenças.*” (RENDAS, 2001, pág.50). Estes factores muitas vezes, são responsáveis pelo aparecimento de múltiplas situações de doenças e de incapacidade. Contribuindo para o agravamento da morbilidade e consequentemente maior vulnerabilidade do idoso, não afectando só o indivíduo, mas também a sua família, a comunidade onde está inserido e a sociedade em geral (DIAS, 2009).

Com o aumento de longevidade, maior é a prevalência das doenças crónicas e de dependência nas actividades da vida diária dos idosos, a família assume o importante papel de cuidar diária e ininterruptamente do idoso (RELVAS, 2000; SCHAURICH, 2009).

O estatuto social diminuto que o idoso tem, pela sua perda de autoridade decorrente do processo de envelhecimento e uma maior vulnerabilidade que, associada ao grau de dependência, isolamento social e fragilidade económica, contribuem de forma decisiva para um maior risco de incidência de violência e maus tratos (WHO, 2008; DIAS, 2009).

## 1.2 – Maus-Tratos à Pessoa Idosa

O estudo desta problemática teve o seu início na década de 60/70 do século passado, mas só recentemente é vista como um problema mundial de saúde pública, transversal a todos os estratos sociais (PODNIIEKS *et al*, 2010; OMS, 2010).

Ao longo dos anos tem sido um grave problema social, mas escondido da opinião pública por ser considerado uma questão privada. Actualmente, continua a ser encarado como um tabu, subestimado e ignorado pelas sociedades de todo o mundo (BOMBA, 2006; PENHALE, 2007). Os Maus-Tratos “existiram sempre ao longo da história da humanidade” (Magalhães, 2010, pág. 29).

O mau trato no idoso é definido como:

*“...acto **único** ou **repetido**, ou **falta de acção apropriada** ocorrendo entre **qualquer relacionamento** aonde existe expectativa de **confiança que cause dano ou sofrimento ao idoso...**”* (OMS, 2005, pág. 29).

Ao nível mundial os resultados da prevalência do abuso no contexto comunitário encontram-se entre os 4-6% (WHO, 2008). Já O'Dwyer e O'Neill (2008) referem a prevalência na comunidade entre 3 e 10% em estudos realizados na América do Norte e Europa. A nível mundial, a tipologia mais prevalente é os maus-tratos por negligência são os mais perpetrados, seguidos do abuso emocional/psicológico, o abuso financeiro ou material e por último os físicos (NATIONAL ELDER ABUSE INCIDENCE STUDY, 1998). A nível nacional em 2007 verificaram-se 656 casos, em 2008 ocorreu um aumento de 20,7%, ou seja, 972 crimes (APAV, 2010). No ano de 2010, verificou-se um decréscimo com níveis semelhantes aos de 2007 com total de 649 casos de violência e maus-tratos à pessoa idosa (APAV, 2011). A tipologia com maior prevalência dos Maus-Tratos são os psíquicos, seguidos dos físicos, de coação, sendo os de cariz sexual menos frequentes (APAV, 2010).

Apesar de não ser unânime o conceito de maus tratos, existem referências a seis perspectivas teóricas que procuram explicar ou interpretar o comportamento abusivo. São consideradas como um instrumento central e permitem não só a interpretação, mas também o planeamento de intervenções e das práticas preventivas (PENHALE, 2010).

As teorias são:

- A teoria das **dinâmicas intra-individuais**, enfatiza as características psicopatológicas dos cuidadores e a sua dependência de substâncias aditivas, como factor preditivo de ocorrência de mau trato (ARAVANIS *et. al.*, 1993; ACTION on ELDER ABUSE [AEA], 2004, FULMER *et. al.*, 2004, DONATELLI, 2011).

- A teoria da **transmissão intergeracional** do comportamento violento, argumenta que, a exposição à violência durante a infância, a experiência de vitimação durante esse período e o testemunho de prática de maus tratos sobre os membros mais velhos na família, pode conduzir à aprendizagem de comportamentos abusivos e provavelmente à sua reprodução (ARAVANIS *et. al.*, 1993; AEA, 2004, FULMER *et. al.*, 2004, DONATELLI, 2011).

- A teoria da **troca social** é caracterizada, pela reciprocidade e dependência entre a pessoa idosa e o cuidador. A elevada dependência dos idosos, ao nível da prestação de cuidados por parte dos membros da família, mas também a dependência destes em relação aos assuntos financeiros é considerada como factor de risco importante (ARAVANIS *et. al.*, 1993; AEA, 2004, FULMER *et. al.*, 2004, DONATELLI, 2011).

- A teoria de **stress situacional** refere, que a sobrecarga e o stress do cuidador podem levar ao mau trato. A hipótese sustentada é a de que acontecimentos como o desemprego, dificuldades financeiras e divórcio, podem potenciar nos indivíduos comportamentos violentos. O **isolamento social** é igualmente potenciador de comportamentos abusivos para com o Idoso (ARAVANIS *et. al.*, 1993; AEA, 2004; FULMER *et. al.*, 2004, DONATELLI, 2011)

- O modelo **ecológico**, que é sustentado pela interacção individual e o contexto em que está incluída. Considera que a violência é o resultado entre as características individuais, relações pessoais e as características da comunidade em que a pessoa habita (OMS, 2008).

A tipologia defendida pelos autores internacionais e nacionais incide principalmente em quatro tipos: físicos, psicológico, negligência e financeiro. No entanto existem outros subtipos (NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE [NCEA], 2004; WHO, 2008; DIAS, 2009 e PODNIEKS *et al*, 2010):

- O **abuso físico**: o uso não acidental de força física que pode resultar em ferimentos corporais, em dor física ou em incapacidade;
- O **abuso sexual**: o contacto sexual não consensualizado de qualquer tipo com a pessoa idosa;

- O **abuso psicológico**: ocorre a partir de condutas que causam dano psicológico como a manipulação, ameaças ou chantagem afectiva, desprezo ou privação do poder de decisão, negação do afecto, isolamento e marginalização;
- A **negligência** que pode ser **activa** ou **passiva**. A primeira, consiste na recusa ou fracasso intencional na prestação de cuidados necessários ao bem-estar da pessoa idosa. Situam-se neste âmbito, acções como a negação deliberada de alimentação, de cuidados de higiene ou de saúde. Sendo a negligência passiva diferente da activa, pois não é consciente e intencional, estas integram acções semelhantes, como o facto de não existir qualquer tipo de relacionamento entre a díade, em que é ignorada a existência do idoso;
- O **abuso económico**: a apropriação indevida de contas bancárias, bens, uso ilegal de fundos e recursos;
- A **violação de direitos**: privação de qualquer direito legal e inalienável incluindo a liberdade pessoal, a propriedade pessoal, a participação, a liberdade de expressão, a privacidade e o direito ao voto.

Independentemente do tipo de abuso praticado nos idosos, estes experimentam sentimentos de culpa, baixa de auto-estima, isolamento social e apresentam facilmente sintomas de depressão como perturbações do sono (DIAS, 2009).

O tema dos maus tratos é um assunto pouco referenciado, pois, as vítimas sentem uma serie de receios quanto à sua revelação. Estes vão desde a retaliação, estigmatização, o abandono, à institucionalização até ao temor de serem eles próprios os responsáveis pelo abuso (WHITE, 2000; FERREIRA-ALVES & SOUSA, 2005 e MAGALHÃES, 2010). A presença de défices cognitivos graves e consequente incapacidade de comunicar pode constituir uma barreira para comunicação dos maus-tratos às entidades competentes (OMS, 2008).

Os principais factores de risco:

- **Idosos** com idade avançada, existência de comorbilidades (presença das doenças crónicas), limitações funcionais e cognitivas, alterações afectivas e do comportamento, dependência física e emocional do idoso, reduzido nível educacional, isolamento social e condições de insalubridade (FULMER et al, 2004; FERREIRA-ALVES, 2004; NCEA, 2005; WHO, 2008 e COSTA et al, 2009).

- **Cuidadores/ agressor** com escassos recursos económicos, reduzido nível educacional, história de violência familiar, isolamento social, dependência de substâncias aditivas, o elevado grau de dependência do Idoso, a nível financeiro e emocional; o sentimento de sobrecarga ou de raiva; as doenças mentais ou défices cognitivos; os problemas comportamentais; a inexperiência ou falta de vontade para “cuidar” e a falta de suporte familiar ou da comunidade (ANETZBERGER, 2005; NCEA, 2005; FERREIRA-ALVES, 2004; WHO, 2008 e COSTA et al, 2009).

As **principais características da vítima** são: sexo feminino, idade compreendida entre os 65 e 75 anos, reformado, residente em meio urbano (MOUTON et al, 2001; MCGARRY, 2009 e DIAS, 2009).

Desta forma, podem considerar-se potenciais agentes de maus tratos, o cônjuge, filhos ou parentes, amigos ou vizinhos, trabalhadores remunerados ou voluntários, profissionais da saúde, assistentes sociais ou outros cuidadores dos idosos, sendo os filhos o principal elemento agressor (ACTION ON ELDER ABUSE, 1993; NCEA, 2005; COLLINS, 2006; MERCURIO & NYBORN, 2007).

No entanto o **agressor** é identificado como o cônjuge e filhos do sexo masculino entre os 35 e 45 anos com factores de risco associados. (NCEA, 2005; COLLINS, 2006; DIAS 2009; PODNIEKS *et al*, 2010). No tipo de agressores referenciados existem cinco tipos, os stressados, os limitados, os narcisistas, os dominadores e ainda os sádicos (RAMSEY-KLAWSNIK, 2000). Esta tipologia revela-se determinante na probabilidade de o abuso passar a ser crónico, sobre o nível de intimidação ou de dano provocado ao idoso (FERREIRA-ALVES, 2004).

Na comunidade científica não existe um consenso em relação ao instrumento de classificação dos maus-tratos nos idosos, o que dificulta a sua identificação e definição. Existem, no entanto, várias escalas que se complementam entre si e que são diferentes de país para país, dependendo do aspecto cultural e governamental (ERLINGSSON, CARLSON & SAVEMAN, 2005 e LOWENSTEIN, 2009).

No Sul da Europa, este fenómeno ainda está inserido na violência familiar, e o seu *focus* tem sido as crianças. Em Portugal existem mecanismos de protecção à criança, mas, continuam a faltar equipas multidisciplinares no campo dos maus-tratos à pessoa idosa (CARDOSO e SEGAL, 2009).

### **1.3 – Papel da Equipa Multidisciplinar na Comunidade**

Os Maus-tratos são um problema presente na comunidade e em todos os seus estratos. Normalmente são irreconhecíveis, não reportados e não avaliados (BOMBA, 2006). Embora os

profissionais de saúde, estejam sensibilizados para a avaliação e detecção dos maus-tratos à pessoa idosa, é-lhes difícil a sua execução, dada a sua complexidade e implicações éticas (ANETZBERGER, 2005).

Entender o fenómeno da violência nos idosos é um desafio e envolve um trabalho multidisciplinar, exigindo a coordenação dos vários sectores da sociedade (COLER, LOPES e MOREIRA, 2008). Esta equipa é composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, agentes da autoridade, advogados, associações de apoio a idosos e o clérigo (NCEA, n/d?). Devido à sua complexidade, a abordagem deverá ser feita com o intuito de proteger a vítima e investir no *empowerment* das pessoas idosas (AEA, 2004; COLER, LOPES e MOREIRA, 2008). O empowerment do idoso passa por dar informação necessária sobre a temática para que este possa avaliar a sua situação e assim decidir o seu percurso. No entanto é ser necessário que a equipa multidisciplinar respeite as decisões tomadas pelo idoso (ANETZBERGER, 2005).

A abordagem deve ser efectuada em três níveis de prevenção:

- Primária consiste na consciencialização da sociedade em geral, de modo a eliminar as concepções que podem induzir ao abuso, impedir os maus tratos, recorrendo à actuação sobre os factores de risco, ao desenvolvimento de factores de protecção e por último à sensibilização e formação dos profissionais de saúde (OMS, 2002; PAULOS, 2007 e SORIANO, 2008 e PHELAN, 2010).
- Secundária centra-se, na detecção de situações de risco e é dirigida a determinadas pessoas e grupos que se encontram em posição de fragilidade. Neste tipo de prevenção, deve iniciar-se a coordenação das equipas multidisciplinares a nível inter-institucional, passando pelo apoio aos cuidadores e pela formação contínua dos mesmos (OMS, 2002; PAULOS, 2007 e SORIANO, 2008 e PHELAN, 2010).
- Terciária é colocada em prática no intuito de reduzir as consequências dos Maus-tratos, minorando as sequelas e proporcionando qualidade de vida ao idoso. Neste tipo de prevenção é fornecido ao idoso e ao agressor tratamento e reabilitação (OMS, 2002; PAULOS, 2007 e SORIANO, 2008 e PHELAN, 2010).

Nos cuidados domiciliários, o Enfermeiro tem uma visão privilegiada, pois encontra o idoso no seu contexto familiar, assume um papel fundamental, que lhe permite observar o tipo de interacção existente entre o idoso e o cuidador e a eventual existência de abuso (WHITE, 2000).



São vários os autores que defendem um papel activo dos profissionais de saúde. Nomeadamente na identificação, avaliação, planeamento, intervenção, seguimento, a elaboração de estratégias e protocolos de intervenção adequados à protecção do idoso (WHITE, 2000; MILLER, 2005; ANETZBERGER, 2005, COSTA et al, 2009).

A intervenção da equipa multidisciplinar é multidimensional e tem por base a conjugação dos recursos comunitários para o apoio à vítima e abusador, os procedimentos clínicos com vista a tratar / minorar as consequências do abuso e prevenir a reincidência do mau trato.

Para a **detecção** do problema é necessário que o profissional de saúde tenha conhecimentos na área dos maus-tratos e que exista um alto nível de suspeita. A visita domiciliária é o passo principal para detecção. Nela a principal preocupação é a situação e segurança do idoso. São avaliados problemas de saúde, nomeadamente, físicos, mentais e cognitivos, limitações funcionais, capacidade afectiva, situação económica e ambiental da pessoa idosa, mas também o impacto no cuidador familiar e o funcionamento da dinâmica familiar (MILLER, 2005). Ainda na avaliação é essencial descrever a natureza, a forma, a frequência a severidade e longevidade do mau-trato (ANETZBERGER, 2005). Durante a avaliação decide-se sobre a necessidade ou não, de uma intervenção imediata e quais os recursos disponíveis para a mesma. Neste processo somos confrontados com problemas de resistência por parte do cuidador. A apreciação deve ser uma colecção de informação com várias fontes: a vítima, o cuidador ou prepetror e outros elementos familiares (ANETZBERGER, 2005; MILLER, 2005).

No **planeamento** das intervenções deve-se considerar a preservação da autonomia do idoso e a promoção da sua segurança. Esta fase está dependente da qualidade da intervenção e da capacidade do idoso e do abusador aceitarem ajuda (ANETZBERGER, 2005). Este é direccionado quer para o idoso, como para o cuidador/ abusador (ANETZBERGER, 2005; MILLER, 2005). As vítimas habitualmente aceitam apoio, como médico e domiciliários, estratégias de *empowerment* e grupos de suporte. Os cuidadores são mais resistentes em aceitar um programa de educação para cuidar do Idoso com vista ao desenvolvimento de estratégias de  *coping*  eficazes para lidar com a situação (ANETZBERGER, 2005; MILLER, 2005). Neste passo, os enfermeiros da comunidade são uma peça chave. O seu papel assenta no apoio da pessoa idosa e do cuidador, com vista a diminuir a sobrecarga do cuidador, aumento da auto-estima e a diminuição do nível de dependência de ambos (MILLER, 2005).

O **acompanhamento** difere de caso para caso, dependendo das intervenções implementadas. Este é composto pela avaliação das intervenções, reavaliação da necessidade do Idoso e monitorização da possível reincidência do fenómeno. O acompanhamento sugere o estabelecimento de uma relação entre o vítima e a equipa multidisciplinar permitindo ao Idoso ter uma voz activa (ANETZBERGER, 2005; MILLER, 2005; BOMBA, 2006). Todo este processo deve estar bem documentado pois só assim existe uma continuidade de cuidados e uma uniformização de procedimentos (ANETZBERGER, 2005).

É necessária uma mudança de atitude do Enfermeiro perante toda a equipa multidisciplinar e serviços de apoio. Esta mudança passa muitas vezes pelo treino e educação apropriada (BARKER, HIMCHAK, 2006). Profissionais que trabalham com idosos, nem sempre recebem formação que os ajude a entender a dinâmica da violência doméstica (NERENBERG, 2006).

Em Portugal, segundo o Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) citado pela Ordem dos Enfermeiros, a Enfermagem tem como objectivo:

*“Prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital (...)”,  
cuidados esses que são caracterizados por terem fundamento na interacção entre enfermeiro e utente, individuo, família, grupos e comunidade estabelecendo, uma relação de ajuda, identificando problemas de saúde, recolhendo dados sobre a situação e ainda pelo encaminhamento e orientação para os recursos adequados”* (OE, 2003; pág ).

O Enfermeiro deve conhecer as necessidades da população e da comunidade, participar na orientação para a busca de soluções tendo em vista, os problemas detectados e colaborar com a equipa multidisciplinar em programas que respondam às necessidades (OE, 2003). A mesma clarifica que as funções do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na vertente Idoso são dirigidas aos projectos de saúde no idoso, de forma a este vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (OE, 2009).

## **1.4 – Implicações Legais e Éticas**

Durante todo o processo, detecção, intervenção e acompanhamento existem receios ético-legais. As razões da “não denúncia” por parte dos profissionais de saúde são: a falta de conhecimento, a percepção que a denúncia quebra o sigilo profissional, medo das acções legais contra o perpetrador ou crença que a denúncia vá contra os seus próprios valores (ANETZBERGER, 2005).

A nível Europeu, a Federação Europeia da Pessoa Idosa, menciona como direitos e responsabilidades das pessoas idosas: autonomia e auto-determinação, respeito, igualdade de tratamento, participação social activa, segurança financeira, desenvolvimento pessoal e social, acesso à informação, habitação e atendimento e prestação de serviços orientados para uma boa qualidade de vida ( EURAG-EUROPE , 2005).

Foi ao encontro de um conjunto de recomendações europeias desenvolvidas neste domínio, que com a resolução do Conselho de Ministros n.º 55/99, foi criado, pela primeira vez, um Plano Nacional contra a Violência Doméstica. Tratou-se de um plano destinado às crianças, às mulheres e aos idosos. Neste plano existiu também uma preocupação de integração social dos agressores, na medida em que considera a possibilidade destes (re) aprenderem comportamentos destituídos de violência. Embora exista uma referência ao idoso, esta é minor.

Só em 2009 é reconhecido o perfil de vítima especialmente vulnerável:

*“ Vítima cuja especial fragilidade resulte, nomeadamente, da sua diminuta ou avançada idade, do seu estado de saúde ou do facto de o tipo, o grau e a duração da vitimização haver resultado em lesões com consequências graves no seu equilíbrio psicológico ou nas condições da sua integração social”.*(Lei nº112/2009 de 16 de Setembro, art. 2, alínea b)

No capítulo III do mesmo DL, estão expostos os princípios éticos que devem estar presentes na abordagem à vítima, desde o princípio da igualdade; do respeito e reconhecimento; autonomia da vontade; confidencialidade; consentimento; protecção da vítima; informação; acesso equitativo aos cuidados de saúde e as obrigações dos profissionais e regras de conduta.

No que diz respeito às perícias médico-legais e forenses, estas estão documentadas nos art.º 143.º e 144.º, publicada no DR n.º 170, 2ª Serie, de 4 de Setembro de 2007, que define as características de ofensa à integridade física simples e grave, respectivamente. O Crime de maus tratos é um crime de domínio público pelo que pode ser denunciado por qualquer indivíduo (CÓDIGO PENAL, 2010).

A APAV (1999) elaborou o manual Títono que consiste num conjunto de procedimentos para profissionais que trabalham com pessoas idosas, fazendo referência ao papel do profissional de saúde na validação dos direitos e as decisões das pessoas idosas (princípio da autonomia). Sublinhando que as decisões do Idoso devem ser respeitadas, a WHO (2008) refere que a manutenção do respeito pode colocar em risco o direito à segurança. Referindo que o bom discernimento, a sensibilidade e a cautela

são necessários para conseguir saber se a confidencialidade deve ser mantida ou se estamos a compactuar com o abuso. Apesar de os Maus-Tratos serem considerados crimes de natureza pública, ou seja, de denúncia obrigatória, os profissionais de saúde muitas vezes encontram-se um dilema ético, pois estão sujeitos a códigos deontológicos restritos.

eticamente o Enfermeiro, no exercício da sua profissão, tem o dever de defender a liberdade e dignidade da pessoa humana olhando para o indivíduo como único. Todos os profissionais de saúde são regidos por códigos deontológicos e éticos, entre os demais deveres existe o dever de sigilo profissional.

*“o Enfermeiro encontra-se obrigado a guardar segredo profissional sobre toda a informação de que tenha tido conhecimento no exercício da profissão”* (OE, 2010; pág. ). No artigo 5º, alínea 3 do Regulamento do aconselhamento ético e deontológico, no âmbito do dever de sigilo profissional:

*“ a divulgação de informação sujeita a segredo, fora dos casos previstos nos números anteriores, está limitada aos casos previstos na lei com a prévia obtenção de aconselhamento ético e deontológico pelo enfermeiro junto da Ordem dos Enfermeiros, nos termos do presente Regulamento”* (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.ª série, N.º 47, 8 de Março de 2011)

A nível nacional constatou-se escassa existência de estudos em torno desta temática, embora na última década existam estudos realizados quer na comunidade quer a nível institucional. A nível comunitários os estudos foram realizados por Chaves (2009), Ferreira-Alves et al (2009) e Vergueiro (2009). Assim pensamos que é importante a realização de um estudo para conhecer a realidade nacional. Por isso, tivemos como objectivo:

- Descrever o fenómeno dos Maus-tratos à Pessoa Idosa na Comunidade do ACES da Amadora.

## 2– MATERIAIS E MÉTODOS

### 2.1. Participantes

Para a selecção da amostra foram efectuadas visitas domiciliárias no âmbito do estágio realizado na UCC do ACES da Amadora. Das 113 pessoas idosas observadas nas visitas domiciliárias efectuadas foram seleccionados 21, 4 recusaram a participação e outros 4 foram excluídos por dificuldade no dialecto. Assim, a amostra de conveniência é constituída por 13 diades (pessoas idosas e cuidadores).

**Os critérios de inclusão** para o estudo: pessoas idosas com idade superior a 65 anos, com dependência (física, psicológica ou financeira) de um cuidador, viverem em domicílio familiar com o cuidador.

**Os critérios de exclusão:** elevado rendimento mensal do idoso e família, “pessoas idosas já referenciados pela UCC, viverem sozinhos, e com *score* que revela défice cognitivo no MMSE, de acordo com a escolaridade.

### 2.2. Procedimentos

A colheita de dados foi efectuada no domicílio dos doentes, decorreu do período de Outubro de 2010 até Janeiro do presente ano. Foi obtida autorização pelo Conselho Clínico do ACES, responsável pela Comissão de Ética e consentimento informado de todos os participantes após explicação dos objectivos e procedimentos (Apêndice I, II). Foram realizadas entrevistas estruturadas, combinadas através de visita prévia e realizadas de forma individual (só com a pessoa idosa e só com o cuidador) conduzidas pelo único entrevistador.

### 2.3. Medidas de Avaliação da Pessoa Idosa e Cuidador

A escolha deste tipo de procedimentos teve por base os factores de risco preconizados na literatura internacional. Assim foram utilizados os seguintes instrumentos que se encontram validados para Portugal:

### ● **Avaliação Socio-Demográfica**

Foi elaborada uma avaliação com base na idade, sexo, escolaridade, co-habitação, situação familiar, relações sociais e origem dos rendimentos.

### ● **Função Cognitiva**

Com a finalidade de excluir os idosos e cuidadores com défice cognitivo foi utilizado o *Mini Mental State Examination- MMSE* (FOLSTEIN, FOLSTEIN & MSHUGH, 1975, GUERREIRO, SILVA, BOTELHO, LEITÃO, CALDAS e GARCIA, 2008).

É composta por 6 grupos de questões: orientação (10 pontos), retenção (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação (3 pontos) e linguagem (8 pontos) e habilidade construtiva (1 ponto). Na versão portuguesa apresentam défice cognitivo os indivíduos com pontuação  $\leq 15$  nos analfabetos,  $\leq 22$  com escolaridade entre 1 e 11 anos e  $\leq 27$  em indivíduos com mais de 12 anos de escolaridade.

### ● **Estudo Afectiva**

Para avaliar a estado afectivo recorreu-se à Escala de Depressão Geriátrica 15 – **GDS 15** (YESAVAGE et al, 1983; BARRETO, LEUSCHNER, SANTOS e SOBRAL, 2008).

Consiste em 15 questões com pontuação dicotómica 0-não/1-sim. A nível nacional o ponto de corte é de 5, ou seja,  $\leq 5$  não apresentam depressão e  $> 5$  apresentam depressão.

### ● **Estado Nutricional**

Com o intuito de avaliar o estado nutricional da díade foi utilizado o *Mini Nutricional Assessment - MNA* (GUIGOZ, VELLAS e GARRY, 1996, LOUREIRO, 2008).

É constituída pela avaliação antropométrica (peso, altura e perímetro do braço e da perna); avaliação global (estilo de vida, medicação e mobilidade); avaliação dietética (número de refeições, ingestão e autonomia alimentar) e avaliação subjectiva. A classificação nutricional obtém-se através da

soma das pontuações atribuídas a cada um dos itens, num total máximo de 30 pontos. Sendo  $\geq 24$  pontos nutrido; 17 a 23.5 pontos, em risco de desnutrição e  $<17$  pontos – desnutrição.

### 2.3.1. Medidas de Avaliação da Pessoa Idosa

#### ● **Funcionalidade na realização das Actividades de Vida Diária**

Com a finalidade de a dependência na realização das actividades de vida diária foi utilizada a Escala das Actividades de Vida Diária - **AVD's** (MAHONEY e BARTHEL, 1965, ARAÚJO et al, 2007).

É um instrumento que avalia o grau de independência do indivíduo para a realização de AVD's, é composto por 10 itens. A sua pontuação varia entre 0 e 100 (com intervalos de 5 pontos), sendo que 0 corresponde à máxima dependência e 100 equivale à independência total para todas as actividades.

#### ● **Funcionalidade na realização das Actividades Instrumentais de Vida Diária**

Com a finalidade de avaliar a dependência na realização de actividades instrumentais de vida diária foi utilizada a IADL (LAWTON & BRODY, 1969; MADUREIRA e VERDELHO, 2008).

Esta escala é constituída por oito dimensões (capacidade para usar o telefone, compras, cozinhar, lidar da casa, tratamento da roupa, deslocações, responsabilidade pelos seus próprios medicamentos e capacidade para tratar das finanças). É pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, sendo que uma maior classificação corresponde a um maior grau de dependência. A pontuação é o somatório dos itens e varia entre 8 e 30 pontos.

#### ● **Abuso e Mau-Trato ao Idoso**

Para avaliar os Maus-Tratos foi utilizado o questionário de *Questions to Elicit Elder Abuse* - **QEEA** (CARNEY, KAHAN & PARIS, 2003, FERREIRA-ALVES & SOUSA, 2005). Composto por 15 questões que são indicadores prováveis de abuso. Todos os itens têm resposta dicotómica (sim ou não). A avaliação do abuso físico e de negligência comportam quatro questões em cada um desses domínios; a avaliação do abuso psicológico composto por cinco questões e a exploração financeira comporta apenas duas. Existe uma questão (questão 9) que funciona de forma diferente da já referida, questiona-se o utente sobre o que

acontece quando a(s) pessoa(s) com quem vive não concordam consigo em alguma coisa e então dá-se 7 hipóteses às quais o utente responde sim ou não. As questões 12 e 13, do domínio psicológico/emocional, apresentam uma classificação invertida, ou seja, resposta positiva, não pontua e resposta negativa, pontua um ponto. A pontuação é a soma relativa das respostas afirmativas e varia entre 0-15. Havendo um ponto positivo é considerado a existência de provável abuso.

### **2.3.2. Medidas de Avaliação do Cuidador Familiar**

- **Entrevista de sobrecarga de Zarit** (ZARIT, REEVER & BACH-PETERSON, 1980, PEREIRA & SOBRAL, 2006).

Esta escala é composta por 22 questões. A pontuação em cada questão varia entre 0-4, de acordo com a presença ou intensidade de uma resposta positiva (0-nunca, 1- raramente, 2- algumas vezes, 3-frequentemente e 4-sempre), à exceção do último item da escala, em que o inquirido é questionado se se sente sobrecarregado face à prestação de cuidados e as respostas possíveis são: 0-nem um pouco, 1-um pouco, 2-moderadamente, 3-muito, 4-extremamente. O *score* total é obtido com a soma todos os itens, que devem variar de 0 a 88. Quanto maior o *score*, maior a sobrecarga.

### **2.4. Análise Estatística**

Na análise dos dados recolhidos foi utilizado *Statistical Package for the Social Sciences*, 18.0. Foi realizada a análise estatística descritiva das variáveis sócio-demográficas, índices de funcionalidade, depressão, nutrição e presença de maus-tratos.



### **3– RESULTADOS**

#### **3.1 – Caracterização da Amostra**

As principais características dos participantes encontram-se apresentadas na tabela 1. Destaca-se a prevalência do sexo feminino em ambos grupos de participantes, embora os homens sejam mais velhos com uma idade média de  $80,80 \pm 6,18$  (pessoa idosa) e de  $75,50 \pm 7,72$  anos (cuidadores). Existem 7 pessoas idosas analfabetas (53,8%). A maioria reside com o cônjuge ( $n=7$ ; 53,8%) e raramente sai do domicílio mas recebe visitas ( $n=8$ , 61,5%). Todos coabitam com os cuidadores.

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica das Pessoas Idosas e Cuidadores Familiares

	Pessoa Idosa		Cuidadores	
	n (%)	MD ± DP	n (%)	MD ± DP
<b>Sexo</b>				
Feminino	<b>8 (61,5)</b>		<b>9 (69,2)</b>	
Masculino	5 (38,5)		4 (30,7)	
<b>Idade</b>				
Feminino		80,25±6,82		73,56±8,99
Masculino		<b>80,80±6,18</b>		<b>75,50±7,72</b>
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	<b>7 (53,8)</b>		3 (23,1)	
Ensino Primário	4 (30,8)		3 (23,1)	
Ensino Preparatório	1 (7,7)		3 (23,1)	
Ensino Secundário	1 (7,7)		<b>4 (30,2)</b>	
<b>Tipo de relacionamento</b>				
Irmãos	1 (7,7)		1 (7,7)	
Cônjuge	<b>7 (53,8)</b>		<b>7 (53,8)</b>	
Filhos	5 (38,4)		1 (7,7)	
Outros	0 (0,0)		4 (30,7)	
<b>Isolamento</b>				
Sim	1 (7,7)		<b>13 (100,0)</b>	
Não	<b>12 (92,3)</b>		0 (0,0)	
<b>Rendimentos</b>				
		325,15±94,83		385,00±158,10
<b>MMSE</b>				
		21,5±4,4		27,0±3,0
<b>GDS-15</b>				
		8,7±4,0		5,0±3,5
Presença de sintomatologia depressiva	<b>9 (69,2)</b>		3 (23,1)	
<b>ADL</b>				
		50,3±34,0		
Independentes (100 pontos)	1 (7,7)			
Dependentes (< 100 pontos)	<b>12 (92,3)</b>			
<b>IADL</b>				
		21,0±9,9		
Independentes (≤ 8 pontos)	2 (15,4)			
Dependentes (≥ 9 pontos)	<b>11 (84,6)</b>			
<b>MNA</b>				
		18,5±4,6		23,0±3,9)
Mal nutrido	3 (23,1)		1 (7,7)	
Malnutrição	<b>8 (61,5)</b>		4 (30,8)	
Bem nutrido	2 (15,4)		<b>8 (61,5)</b>	
<b>ZARIT</b>				
				28,9±13,9

Relativamente à sintomatologia depressiva (GDS-15) verificou-se que 9 das pessoas idosas (69,2%) apresentavam pontuações positivas para a presença de sintomatologia depressiva, no entanto só 3 cuidadores (21,33%) apresentavam os mesmos resultados.

Na avaliação da capacidade funcional é notório elevado número de pessoas idosas dependentes quer na escala de Actividades Vida Diária (ADL) quer para a escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (IADL), sendo de 92,3% e 84,6% respectivamente.

Em relação à nutrição (MNA) constatou-se que 8 (61,5%) das pessoas idosas estão em risco de Malnutrição e que 8 (61,5%) dos cuidadores estão bem nutridos.

Quando observados os dados relativos aos Maus-Tratos (Tabela 2), obtidos na aplicação do instrumento QEEA, verificou-se que 100% da amostra é vítima de Maus-Tratos. Não existe referência ao mau-trato físico, mas 92,3% (n=12) referem mau-trato psicológico/emocional, 84,6% (n=11) de negligência e 46,2% (n=6) de mau trato financeiro/material. No abuso psicológico/emocional, 10 (76,9%) participantes responderam sentirem-se sozinhos. Relativamente à negligência, 8 (61,5,4%) participantes afirmaram sentirem falta de óculos ou próteses e na dimensão do abuso financeiro/material, 46,2,0% (n=6) participantes referiram prestar apoio de residência ou financeiro.

Tabela 2 – Caracterização do tipo de Maus-Tratos

		Sim		Não		MD ± DP
		n	%	n	%	
<b>Abuso Físico</b>	1 – Medo de alguém em casa	0	0	13	100	0,0 ± 0,0
	2 – Agarrado, batido ou pontapeado	0	0	13	100	
	3 – Amarrado ou fechado num quarto	0	0	13	100	
	4 – Toque não consentido	0	0	13	100	
<b>Abuso Psicológico/ Emocional</b>	5 – Actualmente sente-se sozinho	<b>10</b>	<b>76,9</b>	3	23	1,8 ± 1,3
	6 – Ameaçado ou privado de algo	2	15,3	11	84,6	
	7 - Ignorado	7	53,8	6	46,2	
	8 - Forçado a comer	8	61,5	5	38,5	
	9 – Co-habitação gera conflito	1	7,7	12	92,3	
<b>Negligência</b>	10 – Falta de óculos ou próteses	<b>8</b>	<b>61,5</b>	5	38,5	1,0 ± 0,67
	11 – Deixado sozinho por longos períodos	6	46,2	7	53,8	
	12 – Auxílio de Emergência	13	100,0	0,0	0,0	
	13 - Auxílio nas tarefas quotidianas	13	100,0	0,0	0,0	
<b>Abuso Financeiro/ Material</b>	14 – Presta apoio de residência ou financeiro	<b>6</b>	<b>46,2</b>	7	53,8	0,67 ± 0,76
	15 – Furto de dinheiro ou bens	0	0	13	100	
<b>Total</b>						<b>3,47±2,73</b>

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foi realizada a análise das principais características e factores de risco das díades que fazem parte do caderno de trabalhos da UCC.

Como resultados obtivemos uma amostra de predomínio feminino 61,5% para a Pessoa Idosa e 69,2% para os Cuidadores Familiares. Envelhecida, com uma média de idades entre  $80,25 \pm 6,82$  (Pessoa Idosa) e  $72,56 \pm 8,99$  (Cuidadores Familiares). Cerca de 53,8% vive com o cônjuge, possuem baixo nível de escolaridade, 53,8% são analfabetos e 61,5% refere que não sai do domicílio mas recebe visitas (66,7%). Não é de estranhar pois a população idosa em Portugal, representava em 2001, cerca de 16,5 %, reforçou essa posição aumentando continuamente até atingir os 17,6% em 2008, proporção que ultrapassa a média estimada para UE27 (17,1%) referente ao mesmo ano de acordo com o EuroPop 2008, Convergence Scenario (INE, 2009). Quanto aos cuidadores concluímos que a totalidade são familiares, o que vai de encontro à maioria dos resultados obtidos em outras investigações (PAÚL, FONSECA, 2005; SEQUEIRA, 2007). Não é de todo invulgar verificarmos, no que se refere à distribuição do sexo dos cuidadores familiares, que estes apresentam valores mais acentuados na percentagem do sexo feminino (69,2%), pois tal facto está de acordo com o papel histórico, social e cultural que é atribuído à mulher face ao cuidar (FONSECA, 2010). Perante estes resultados é fácil verificar-se o perfil da vítima e do agressor definido na literatura internacional e nacional (ACTION ON ELDER ABUSE, 1993; MOUTON et al, 2001; NCEA, 2005; COLLINS, 2006; MERCURIO & NYBORN, 2007; MCGARRY, 2009 e DIAS, 2009)

No que diz respeito à capacidade cognitiva a amostra não mostrou défices, com média de  $21,4 \pm 4,4$  para a pessoa idosa e  $27 \pm 3$  para o cuidador familiar, embora apresente um índice de escolaridade baixo, o que não é de estranhar pois a taxa de iliteracia continua a ser elevada (INE, 2002).

Para a depressão, os dados revelaram que 69,2% das pessoas idosas apresentavam sintomatologia depressiva enquanto os cuidadores familiares apresentam valores mais baixos (23,1%). Estudo realizado em 2000 nos Estados Unidos da América refere que Idosos que são ou foram vítimas de abusos ou negligência apresentam elevados valores nas escalas de depressão (62%) e ao contrário do que é descrito na literatura, este grupo não apresenta qualquer alteração na capacidade funcional nem na capacidade cognitiva (DYER, PAVLIK, e MURPHY, 2000).

O estudo referido por Costa (2005) corrobora o facto de a depressão ser uma perturbação psiquiátrica extremamente prevalente, permite-nos ainda afirmar que a maioria da população Idosa está deprimida,

com uma percentagem de 62,9 na comunidade. Todos estes estudos corroboram os dados encontrados na análise efectuada. A depressão sendo um dos grandes síndromes geriátricos apresenta um grande peso na população idosa, podendo levar a uma incapacidade na tomada de decisões em relação ao dia-a-dia (DYER; PAVLIK, e MURPHY, 2000). A depressão é muitas vezes acompanhada pela diminuição a actividade física resultando em limitações na capacidade funcional. As consequências e implicações da depressão no idoso são muitas, nomeadamente a nível económico (aumento da população dependente), social com a alteração das relações familiares e interpessoais, sanitário pois induz a um aumento do consumo de cuidados primários e, por último, éticos com a probabilidade da ocorrência de suicídio (OMS, 2003).

Para os cuidadores familiares, a análise revelou que 23,1% apresentam sintomatologia depressiva e 76,9% % não mostram qualquer sintomatologia de depressão. A total dependência do receptor de cuidados nas AVD's não provoca depressão nos cuidadores, mas uma dependência parcial pode conduzir a maiores níveis de depressão (MATSUU, WASHIO, ARAI & IDE, 2000). Estes resultados podem estar relacionados com o facto de os receptores de cuidados parcialmente dependentes necessitarem de maior supervisão devido ao maior risco de acidentes (MATSUU, WASHIO, ARAI & IDE, 2000).

Em relação à capacidade funcional foram avaliadas as actividades de vida diárias (Índice de Barthel) e as instrumentais de vida diária (Escala de Lawton e Brody) que revelaram que a amostra apresenta elevados níveis de dependência. Nomeadamente 12 (92,3%) pessoas idosa são dependentes nas AVD's e 11 (84,6%) são dependentes nas AIVD's. Num estudo brasileiro, verificou-se que do total de 598 indivíduos, 26,8% apresentavam incapacidade nas actividades de vida diária e 28,8% para as instrumentais de vida diária (DUCA, SILVA e HALLAL, 2009). Embora os valores apresentados não corroborem os resultados adquiridos, não podemos esquecer que a amostra estudada faz parte da UCC, ou seja, são utentes que necessitam de cuidados no domicílio. Quanto mais dependentes os idosos são nas AVD's menor é a probabilidade de haver abuso por parte do cuidador (LEE e KOLOMER, 2005).

No que concerne a MNA, constatou-se que 23,1% das pessoas estavam mal nutridos, 61,5% estavam em risco de malnutrição e apenas 15,4% estavam bem nutridos. Em relação aos cuidadores familiares constatou-se que apenas 1 (7,7%) se encontra mal nutrido e 61,5% (n=8) estão bem nutridos. Loureiro (2008) na validação do *Mini Nutritional Assessment* em Idosos para Portugal, apresenta resultados completamente díspares dos aqui encontrados, nomeadamente 5% de desnutridos, 54% em risco de desnutrição e 41% nutridos. A desnutrição no Idoso não é um tema desconhecido, Loureiro (2008)

refere ainda que, independentemente da causa, encontra-se frequentemente desnutrido e com carências várias, o que contribui significativamente para o aparecimento de complicações, como infecções, úlceras de pressão, agravamento de doenças crónicas e alterações da consciência, o que se entende dada a sua vulnerabilidade. Embora sejam visíveis algumas diferenças da pessoa idosa em relação ao cuidador familiar, nomeadamente, quanto ao item bem nutrido, em que a diferença é significativa, esta pode dever-se ao facto de os cuidadores familiares apresentarem idade menos avançada e encontrarem-se mesmo deprimidos. Como já mencionado nesta análise, o facto de apresentar diminuição da capacidade funcional pode induzir ao risco de desnutrição e também não podemos esquecer que existem alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento

Em relação à sobrecarga do cuidador a amostra demonstra um *score* médio de  $28,9 \pm 13,9$ . Apesar de o termo sobrecarga induzir a um pensamento negativo nem sempre a prestação de cuidados é vista como potenciadora. Pelo contrário, vários autores apontam a situação de prestação de cuidados como uma vivência positiva e fonte de benefícios para o cuidador informal. Num estudo realizado, verificou-se que os cuidadores com um maior nível de empatia avaliavam a situação do cuidar como menos stressante e menos ameaçadora e tinham um baixo nível de depressão e maior satisfação com a vida, comparando com os cuidadores com menor nível de empatia (BORG & HALLBERG, 2006).

Os principais factores de risco acima estudados estão de acordo com a literatura consultada ao longo do enquadramento teórico.

No que diz respeito ao principal objecto deste estudo, o abuso e negligência deparamo-nos com resultados muito interessantes, 100% da amostra sofre mau-trato. O abuso psicológico é aquele que apresenta maior percentagem com 92,3%, seguido da negligência com 84,6% e por último a abuso financeiro com 46,1%. Na análise podemos constatar que não existe abuso físico. A nível internacional, no documento *Hidden Voices: Older People's Experience of Abuse*, o tipo de abuso mais frequente é o psicológico seguido do financeiro e físico (AEA, 2004). Após a consulta de vários estudos é evidente que a tipologia mais frequente é a psicológica (COIJS, et al 1998; BARKER e HIMCHAK, 2006). Estudo realizado em 2010 revela que a prevalência mais alta é a negligência com 5,9%, seguido do abuso financeiro 5,2%, o psicológico 4,6%, o físico 1,6% e por fim o sexual com 0,6% (ACIERNO et al, 2010).

Em Espanha num estudo realizado numa população com idade superior a 75 anos obtiveram como resultado com maior ponderação a negligência com 16% (Garre-Olmo et al (2009). A nível da

negligência nem sempre aparece como a mais frequente pois depende muito em que país/sociedade é avaliada .

A nível nacional realizaram um estudo na Cidade Braga no qual constataram que a negligência (53.7%) e o abuso emocional (52.4%) são as dimensões mais prevalentes (Ferreira-Alves & Sousa, 2005). Os estudos realizados em 2009 obtiveram resultados muito semelhantes aos encontrados neste estudo (VERGUEIRO, 2009, CHAVES et al, 2009 e FERREIRA-ALVES et al , 2009). No que diz respeito ao abuso financeiro foi realizado nacional onde foi observado que 40% da amostra reportou ter sido vítima de abuso financeiro (Vilarinho, 2010). Estes valores não corroboram em nada os valores obtidos no estudo, no entanto não deixa de salientar que a dependência financeira do cuidador familiar em relação á pessoa idosa é um factor de risco para a ocorrência do abuso. Acierno et al (2010) vai ainda mais longe e refere a dependência nas actividades de vida diária está associada com o abuso financeiro. Os resultados desta análise são validados por estudos internacionais e nacionais.

Na análise mais detalhada dos três domínios dá-nos os valores mais significativos nesta mostra embora sejam difíceis de contestar pois não existem estudos que suportem os valores do estudo.

Toda a problemática dos Maus Tratos é longe de ser consensual pois depende de várias perspectivas nomeadamente a da vítima, do cuidador, da sociedade e do país.

#### **4.1 – Limitações do Estudo**

Existem várias limitações que devem ser tomadas em conta na interpretação destes resultados. O tamanho da amostra, não permite extrapolar os resultados para a comunidade da Amadora. O espaço temporal para a sua realização não permitiu elaborar um estudo longitudinal, por isso avaliação foi feita num único momento. A avaliação da diade poderia conter itens como avaliação domiciliar, a presença de comorbilidades e sua tipologia, avaliação subjectiva do seu estado de saúde, que tipo de apoio tem quer familiares quer da comunidade. Não foram avaliados pessoas idosas com défice cognitivo o que pode limitar a veracidade dos resultados.

O facto de o instrumento de avaliação do abuso e negligência ser um instrumento de auto-relato e ter sido implementado após o estabelecimento de uma relação ténue pode apresentar valores pouco fidedignos.

## 5 – CONCLUSÕES

Estamos perante uma amostra maioritariamente feminina, com baixo índice de literacia. Apresenta um elevado número de pessoas idosas são dependentes na funcionalidade. Apresentam-se desnutridos e depressivos. O abuso psicológico e a negligência têm uma elevada frequência.

Em relação aos cuidadores pouco diferem dos doentes. Apresentam melhores resultados a nível da nutrição. Ao contrário do que seria de esperar e segundo a literatura consultada não apresentam sobrecarga.

Compete-nos a nós profissionais de saúde intervir nesta comunidade, pois é um problema com elevado índice de morbilidade e mortalidade. É importante que as intervenções tenham por base o empowerment da díade. A capacitação passa por um ensino e acompanhamento permanente destes idosos e dos cuidadores. Só no contacto diário é que possível implementar intervenções pois, são problemas já muito enraizados na comunidade, não nos podemos esquecer que este fenómeno tem grande vertente social e pessoal. Embora a legislação seja parca em relação a países, como o Reino Unido, penso que estamos no caminho certo, mas depende muito dos profissionais de saúde, a sua visão e a sua acção.

É importante que todos os elementos da equipa multidisciplinar estejam despojados de preconceitos, e comecem por avaliar o idoso de modo integral. Nunca esquecendo que este, deve fazer parte integrante do seu plano de cuidados.

É urgente, trabalharmos para a implementação de medidas de prevenção, com vista a minorar o sofrimento e aumentar a qualidade de vida.

Este estudo deixa em aberto a possibilidade de realização de outros estudos, com maior espaço temporal e com a envolvimento de mais idosos.



**CAPÍTULO II**  
**AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE**  
**COMPETÊNCIAS**

## 1 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA e o CUIDAR SEGUNDO JEAN WATSON

O envelhecimento demográfico que caracterizou as últimas décadas induz a alterações estruturais e organizacionais na sociedade, constituindo importantes desafios para indivíduos, famílias e comunidades.

O aumento da esperança de vida à nascença, não deverá ser apenas uma conquista biológica e social isolada. Deverá estar interligada com uma presença do indivíduo no mundo que corresponda aos seus desejos e expectativas ao longo da sua existência.

A família continua a ser o principal prestador de cuidados aos seus parentes idosos. A responsabilidade de cuidar dos idosos, resultado do dever de respeito e dos laços de afecto, constitui uma das manifestações das normas de convivência colectiva emanadas da sociedade rural (HESPANHA, 1993). O contexto de mudança da sociedade contemporânea, a família moderna que é considerada como lugar de afecto e de autenticidade, no entanto, também é vista como lugar sujeito a violência (DIAS, 2009).

A busca incessante pelo conhecimento e pela aquisição de competências específicas leva o enfermeiro especialista numa longa jornada pela procura do conhecimento técnico-científico, através da articulação de competências clínicas especializadas, tendo sempre em conta a problemática do indivíduo, respondendo com eficiência e eficácia às necessidades do utente, procurando dar uma resposta holística.

Ao enfermeiro cabe promover uma interacção harmoniosa entre o ambiente e o Homem, assim contribui de uma forma harmoniosa para a sua saúde e bem-estar (MARRINER, 1994). É imperativo que o Enfermeiro tenha uma visão holística e contextual da pessoa, assim presta cuidados de acordo com as necessidades específicas de cada um.

Só através da autonomia e dignidade que foi adquirindo ao longo da vida, o idoso pode desfrutar da sua velhice do modo mais pleno que lhe é possível.

Para a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009, pág.9):

*“O Enfermeiro Especialista tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.*

A Especialidade Médico-Cirúrgica está organizada em quatro domínios:

- **Responsabilidade profissional, ética e legal:**
  - Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
  - Promover Práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
  
- **Gestão da qualidade:**
  - Desenvolver um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
  - Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
  - Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.
  
- **Gestão dos cuidados**
  - Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar;
  - Adaptar e liderar a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.
  
- **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:**
  - Desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade;
  - Basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Segundo OE em 2009, as funções do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na vertente Idoso são dirigidas aos projectos de saúde no idoso, de forma a implementar processos de saúde/doença com vista à promoção, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida, deve agir como dinamizador no planeamento e prestação de cuidados com ênfase no aconselhamento e avaliação dos resultados; como tal é importante o conhecimento destes domínios tendo em vista a sua aplicabilidade diária.

A escolha da teórica recaiu na Jean Watson porque esta defende o auto-cuidado através do empowerment da diade. Acredita que a principal abordagem da enfermagem está nos factores de cuidado com base nos conhecimentos científicos, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral

do Enfermeiro, no tempo e no espaço (WATSON, 2002). A Enfermagem tem um importante papel social na melhoria da dignidade e preservação da Humanidade. Tem como principal objectivo ajudar as pessoas a ganharem um elevado grau de harmonia na mente, no corpo e na alma permitindo gerar processos de auto-respeito, auto-cura e auto-cuidado facilitando o crescimento. O Cuidado é visionado como essência e tem como característica fundamental a reciprocidade entre Enfermeiro e a pessoa (co-participação). O enfermeiro é co-participante no processo que pretende ser uma transacção de cuidados, cabendo a este, prestar cuidados profissionais, pessoais, científicos, humanos e éticos.

No que diz respeito à **Saúde**, Watson (2002) refere-se à unidade e à harmonia na mente, no corpo e na alma e está associada ao grau de congruência entre o Eu como percebido e o Eu como é apresentado. O resultado terapêutico da acção do enfermeiro, visa contribuir para o bem-estar do utente, afastando-se da perspectiva restritiva de tratar. O **ambiente** é tido como uma das variáveis que afecta a sociedade e é visto como proporcionador de valores que determinam comportamentos

## **2- CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO**

### **2.1 - Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES da Amadora**

No que diz respeito ao Enquadramento Legal, o Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, visou a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, fazendo parte integrante das Administrações Regionais de Saúde (ARS) estabelecendo assim o seu regime de organização e funcionamento. Entre estas unidades funcionais consta a Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC).

O Despacho nº10143/2009, de 16 de Abril, aprova o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade, à qual compete prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a Saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Tem como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Assegurando respostas integradas, diferenciadas e articuladas tendo em vista as necessidades de cuidados de saúde e sociais da população, tendo por base a cooperação, solidariedade e trabalho de equipa, estabelecendo parcerias com estruturas da comunidade local (CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PORTUGAL, 2008). Os serviços de saúde prestados pela UCC passam pelas intervenções em programas no âmbito da protecção e promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, pelos projectos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a factores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência.

O ACES apresenta uma carteira de serviços na qual estão incluídos alguns projectos. No âmbito dos Projectos de Intervenção do Programa de Cuidados Continuados e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados existe o Projecto de Cuidados Continuados Integrados (Pré-ECCI) e o projecto “Capacitar quem Ajuda”. No que diz respeito ao Programa Nacional de Saúde Escolar este é composto pelo projecto “Seguindo a Saúde”, “Prevenir e Incluir”, “Em Casa e na Escola” e “Dentes mais felizes”. Em relação ao Programa de Saúde Reprodutiva e Sexual existe o Projecto de Preparação para o Nascimento e Parentalidade.

A UCC é formada por uma equipa multidisciplinar composta por 18 enfermeiros, 5 psicólogos, 1 técnica de serviço social, 1 assistente e 1 motorista. Nesta unidade de saúde de acordo com o enquadramento legal, o Enfermeiro presta cuidados independentes e interdependentes, logo desfruta de grande autonomia. A sua actuação é dirigida a todos os indivíduos ao longo do ciclo vital. Presta cuidados centrados na família, com vista a sua capacitação, tendo por base a sua independência e direitos/ valores (PLANO ACÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS DA COMUNIDADE AMADORA +, 2010). Tem como principal função a identificação das necessidades, assegurando a continuidade dos cuidados (CORREIA et al, 2001).

## **2.2 - Caracterização do Concelho Amadora**

O Município da Amadora é constituído por 11 freguesias distintas (Alfragide, Brandoa, Buraca, Damaia, Falagueira, Venda Nova, Mina, Reboleira, Venteira, Alfovelos e São Brás) fazendo fronteira terrestre com os Municípios de Lisboa, Odivelas, Sintra e Oeiras. De acordo com os últimos recenseamentos da população e dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), verifica-se que a população residente tem vindo gradualmente a diminuir. É uma consequência de uma Taxa de Crescimento Natural negativa, impulsionada pelas baixas Taxas de Natalidade, mantendo-se abaixo da Taxa de Mortalidade. Para além da evidente diminuição da população, regista-se ainda, um gradual envelhecimento da mesma, fruto da progressiva melhoria dos serviços de saúde e apoio social. Para este concelho, os últimos dados do INE (2006) os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos representavam, 17,5% do total da população, dos quais 39% teria mais de 75 anos. Para além dos cidadãos Portugueses do município, prevalecem imigrantes africanos (55%) e outros asiáticos (7%) (REDE SOCIAL DA AMADORA, 2008).

### **2.2.1- Caracterização da Comunidade**

A nível de serviços de saúde o município é abrangido pelo *Hospital Fernando Fonseca* e Clínica de Santo António. Na Amadora existem três Centros de Saúde, sem internamento – Centros de Saúde da Amadora, Reboleira (com a extensão da Buraca e da Damaia) e Venda-Nova (com a extensão da Brandoa). O parque habitacional é envelhecido e degradado. As freguesias mais envelhecidas são Brandoa, Buraca, Falagueira e Mina.

É uma comunidade em que as mulheres são mais afectadas pelo desemprego (Centro de Emprego, 2008). As freguesias mais envelhecidas são Brandoa, Buraca, Falagueira e Mina.

O crescimento urbano conduziu a uma emergência de novos modelos sociais. Surgem, assim, novos problemas sociais e grupos vulneráveis em situações de risco (portadores de deficiência; as vítimas de violência; as crianças e jovens expostos a comportamento de risco; indivíduos com comportamentos aditivos e os idosos). Neste grupo tem-se verificado um aumento dos processos de violência doméstica com o aumento de denúncias de violência sobre o idoso (PLANO ACÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS DA COMUNIDADE AMADORA +, 2010).

### 3- ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

O Ensino Clínico (EC) decorreu no ACES da Amadora, onde apliquei os conhecimentos no desenvolvimento de competências específicas de Enfermeira com especialidade Médico - Cirúrgica na vertente Idoso.

Para a concepção do projecto de estágio realizei duas entrevistas a peritos de reconhecido mérito:

- 28 de Maio de 2010, Dr.<sup>a</sup> Catarina Paulos Mestre em Patologia Forense cuja dissertação teve como tema os Maus Tratos a Idosos Institucionalizados. Nesta entrevista foram discutidos valores e facultado material bibliográfico (Apêndice III).
- 14 de Junho de 2010, Dr. Fernando Vieira, Psiquiatra, Director do Serviço de Patologia Clínica do Instituto de Medicina Legal de Lisboa e responsável pela consulta de Avaliação do Dano. Contribuiu para consolidar o conhecimento sobre o enquadramento legal a nível nacional (Apêndice IV).
- 19 de Agosto de 2010, Enfermeiro Chefe da UCC, Enfermeiro José Cassiano, no intuito de apresentar o projecto e aferir possíveis alterações.

O EC realizado teve como objectivo geral **Adquirir competências como Enfermeira Especialista na detecção e encaminhamento dos idosos vítimas de Maus Tratos na Comunidade**. Este foi realizado no ACES VII- Amadora desde 27 de Setembro de 2010 a 28 de Fevereiro de 2011 num total de 540 horas. É um campo que me era desconhecido e que por isso se tornou mais aliciante (Apêndice V).

Para dar resposta ao objectivo geral delineei três outros objectivos específicos:

- ❖ *“Analisar o fenómeno da violência e maus tratos nos idosos que estão integrados no plano de cuidados da Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES VII – AMADORA”.*
- ❖ *“Analisar recursos existentes na comunidade do Concelho da Amadora que sirvam de suporte aos idosos vítimas de maus tratos pertencentes a esta UCC”.*
- ❖ *“Melhorar a capacidade da equipa de enfermagem para a detecção, acompanhamento e monitorização dos idosos vítimas de maus tratos”*



### 3.1 – Primeiro Objectivo

*“Analisar o fenómeno da violência e maus tratos nos idosos que estão integrados no plano de cuidados da Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES VII – AMADORA”.*

O ensino clinico realizado no ACES da Amadora sob a orientação do Sr. Enfermeiro José Cassiano, que nomeou Enfermeira Helena como elo de ligação ao trabalho de campo o que permitiu a realização do estudo. Fui muito bem acolhida pela equipa de Enfermagem que permitiu troca de saberes completando assim a pratica diária. Na primeira semana tive a oportunidade de apresentar o meu projecto a toda equipa multidisciplinar na reunião que se realizou na biblioteca do ACES.

Nas primeiras semanas do EC, foram realizadas reuniões informais com o Enfermeiro Orientador no intuito de conhecer a dinâmica da UCC, normas, orientações e protocolos.

No intuito de conhecer a população que se encontra nos cadernos de trabalho da UCC foi necessário realizar as visitas domiciliárias com todos os enfermeiros que fazem parte de unidade.

Ao longo do estágio, para além dos cuidados assistenciais prestados ao idoso/família, como realizar pensos, administração de injectáveis, educação sobre higiene e alimentação, pude constatar com agrado que os Enfermeiros “olham” de uma forma holística. No entanto, realizam avaliações sem terem instrumento de medida. Apesar de darem grande importância à técnica, os enfermeiros visitam doentes/famílias que já não necessitam de cuidados, com o objectivo de efectuar uma reavaliação das suas necessidades e definir novas intervenções. O acompanhamento permitiu-me observar a dinâmica acima mencionada e constatar que os Enfermeiros estão ávidos de novos conhecimentos. O meu contributo como futura enfermeira especialista, passou pela sensibilização dos Enfermeiros para a importância da utilização de instrumentos de avaliação, entre os existentes, aqueles que demonstram maior adaptabilidade ao Idoso. Deste modo foram apresentados à equipa os seguintes instrumentos: MMSE, MNA, Escala de Depressão Geriátrica, escala de IADL e sobrecarga do cuidador, com o objectivo de efectuarem uma avaliação mais abrangente da diade. Nas suas reuniões quinzenais em equipa multidisciplinar passaram a utilizar estes instrumentos de avaliação na discussão das necessidades do Idoso e Família.

Para além das actividades acima descritas, realizei um estudo como forma de dar resposta ao objectivo proposto, previamente descrito no primeiro capítulo deste relatório.

À medida que ia realizando as entrevistas fui discutindo com o enfermeiro responsável pela diade o modo de avaliação, os resultados e quais as melhores estratégias a implementar.

A execução deste estudo de investigação (Capítulo I) permitiu-me a aquisição de competências e acima de tudo a olhar de maneira diferente para a realidade que os Enfermeiros da Comunidade enfrentam todos os dias. Ao longo de todo o ensino clínico foram surgindo dúvidas que foram colocadas pelos elementos da UCC nas reuniões de equipa às quais respondi efectuando intervenções esporádicas e posteriormente na sessão educativa que realizei.

Penso que o estudo que realizei deveria ser mais extenso temporalmente, pois não tive a oportunidade de acompanhar os idosos e porque o questionário foi só aplicado uma vez

### **3.2 – Segundo Objectivo**

*“Analisar recursos existentes na comunidade do Concelho da Amadora que sirvam de suporte aos idosos vítimas de maus tratos pertencentes a esta UCC”.*

Com o intuito de atingir este objectivo, foi realizada uma reunião formal com o responsável pelo Serviço de Atendimento Especializado a vítimas de violência da Amadora Dr.<sup>a</sup> Ana Costa. A reunião teve lugar no gabinete na Sede da Rede Integrada de Intervenção na Violência na Amadora (RIIVA) no dia 3 de Dezembro de 2010 cerca das 16h. Previamente elaborei um guião de entrevista (Apêndice VI).

Após a entrevista e consulta de literatura fornecida constatei que a Câmara da Amadora usufrui de uma rede de cuidados na comunidade com projectos que abrangem todos os escalões etários.

A RIIVA surgiu no âmbito do projecto financiado pela Iniciativa Comunitária DAPHNE (CESIS-entidade promotora e o Município da Amadora) em 2001. Tem como objectivo geral investigar, definir estratégias e experimentar novas metodologias de intervenção na área da violência, que constituam boas práticas que possam vir a ser adaptadas noutros contextos e territórios. Apresenta como princípios orientadores: o entendimento deste fenómeno de cariz social intervindo de forma concertada e global; o entendimento integral da violência (grupos vulneráveis, tipologia); o trabalho em equipa multidisciplinar e e com parcerias com entidades chave na intervenção na área da violência. Para que seja possível atingir o objectivo, a RIIVA tem como eixos orientadores a investigação através do Observatório da Violência na Amadora, a formação a diferentes agentes intervenientes na problemática, a prevenção de comportamentos violentos em meio escolar, o tratamento do agressor e o atendimento e acompanhamento das vítimas.

Quanto aos parceiros, o Município da Amadora contribui a todos os níveis. Na área legal com a Polícia de Segurança Pública e Tribunal da Comarca da Amadora, na área da saúde com o Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca; ainda a nível Social estão presentes a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, o Instituto de Segurança Social, as IPSS e a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens. Embora exista uma panóplia de serviços a cooperação entre eles é pouco articulada.

Uma das actividades que surgiu no decurso do estágio foi a possibilidade de entrevistar o agente da Polícia de Proximidade da Esquadra da Brandoa com o objectivo de conhecer a sua realidade, que tipo de formação têm e como fazem a articulação com os parceiros. Este agente é o elo de ligação com a UCC e com o Tribunal da Comarca da Amadora.

Penso que para atingir este objectivo deveria ter entrevistado o responsável da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, o Instituto de Segurança Social, no sentido de saber quais as suas dificuldades, se têm conhecimento deste fenómeno e se quando sinalizados, quais as suas principais intervenções.

### **3.3 – Terceiro Objectivo**

*“Melhorar a capacidade da equipa de enfermagem da UCC, para a detecção, acompanhamento e monitorização dos idosos vítimas de maus tratos”*

Para levar a cabo este objectivo planeei uma sessão educativa, com base no diagnóstico da situação sobre os maus tratos, elaborado através de conversas com os elementos de enfermagem e Enfermeiro Orientador. Na recolha de informação constatei: a inexistência de formação a nível do idoso e dos maus tratos; a inexistência de propaganda sobre a temática (folhetos, brochuras, cartazes); de linhas orientadoras da Direcção Geral de Saúde; desconhecimento de organismos de suporte existentes na comunidade. Para o planeamento e elaboração da sessão, necessitei de efectuar uma pesquisa mais aprofundada sobre a temática no contexto nacional/concelho e procedi à construção de um plano de sessão (Apêndice VII). A sua divulgação foi através de endereço electrónico para a técnica de serviço social da UCC que enviou aos parceiros; afixei cartaz com data, hora e local, quinze dias prévios à data desta.

A sessão realizou-se, no dia 27 de Janeiro de 2011 na sala de reuniões do ACES. Teve como objectivo: Sensibilizar os parceiros e os elementos do ACES da Amadora para o fenómeno dos Maus-Tratos à Pessoa Idosa, participaram cerca de 35 elementos (Apêndice XI). Teve a duração de cerca de 30 minutos. No final da sessão fiz avaliação do formador e conteúdos (com instrumento próprio) e distribuí panfleto ilustrativo sobre a temática (Apêndice VIII, IX, X). Foram obtidos os seguintes resultados: 90% respondeu correctamente às questões colocadas no final da sessão.

No fim da sessão e após esclarecimento de dúvidas, foi-me proposta pela Dr.<sup>a</sup> Ana Pires, técnica do serviço social do Casal Popular da Damaia, a realização nova sessão, para as assistentes domiciliárias desta IPS. O Casal Popular da Damaia presta cuidados a Idosos, no domicílio e no centro de dia. Realizou-se no dia 21 de Fevereiro de 2011 com o objectivo de sensibilizar as Assistentes domiciliárias do Casal Popular para o fenómeno dos Maus-Tratos à Pessoa Idosa (Anexo I). Revelou-se um momento de partilha sobre a temática e sobre o Idoso em geral.

Devido à falta de directrizes quer da Direcção Geral de Saúde quer da UCC, elaborei um instrumento de procedimento para os profissionais de saúde, com os objectivos de estratificar os vários estádios do processo do Maus-tratos, identificar os profissionais de saúde que devem fazer parte de equipa multidisciplinar e por último em que pontos devem intervir. Este documento discutido e validado com o Enfermeiro Orientador (Apêndice XII).

Como metodologia de auto-formação e com o intuito de retratar as competências de futura Enfermeira especialista, elaborei em conjunto com os Enfermeiros da UCC dois estudos de caso. A escolha recaiu nestas 2 díades por apresentarem vários factores de risco.

## Quadro 1 – Estudo de caso da família Silva

<b>Estudo da família Silva</b>
<p>A Sr.<sup>a</sup> Maria com 83 anos. Casada, viveu com marido (cuidador) numa casa alugada. Tem tido como co-morbilidades: angina pectoris, arritmia, hipertensão arterial, demência, osteoporose e insuficiência venosa dos membros inferiores. O marido tinha a mesma idade, era diabético e também apresentava insuficiência venosa dos membros inferiores. Esta família era utente da unidade de cuidados da comunidade há cerca de 3 anos, altura em que a Sr.<sup>a</sup> Maria desenvolveu úlceras venosas nos membros inferiores. Na mesma altura começou com períodos de perda de memória esporádicos. Apresentava períodos de desorientação temporal, fâcias triste, emagrecida e com maus cuidados de higiene. A nível da uma avaliação global, apresentava défice cognitivo (MMSE &lt; 15). Verificava-se sintomatologia depressiva (GDS 15, score 9) acompanhada por queixas de ansiedade. No que diz respeito à alimentação apresentava-se subnutrida (score de 10). A nível da capacidade funcional das actividades instrumentais de vida diária, era dependente. Não participava nas actividades domésticas, apresentava incapacidade de tomar conta dos medicamentos e de lidar com dinheiro. Nas actividades de vida diária era dependente no banho, toilette pessoal, vestir, utilizar a casa de banho e incontinente. Quando efectuado o rastreio sobre os maus tratos foi identificado abuso psicológico e negligência. O cuidador apresentava um score de 68 da escala de Zarit e sintomatologia depressiva com score &gt; 5.</p> <p>A abordagem efectuada a esta família teve como principal objectivo a diminuição dos factores de risco e consequentemente do abuso psicológico e da negligência, para isso foi efectuada uma abordagem da equipa multidisciplinar tendo em vista o <i>empowerment</i> da díade. Foram implementadas algumas intervenções tais como: Ensino ao cuidador sobre o quadro Clínico da Sr.<sup>a</sup> Maria, estratégias de coping, Ensino sobre a alimentação. Estas serão avaliadas pela equipa multidisciplinar num prazo de 6 meses.</p>

## Quadro 2 – Estudo de caso da Sr.<sup>a</sup> Etelvina

<b>Estudo de caso da Sr.<sup>a</sup> Etelvina</b>
<p>A Sr.<sup>a</sup> Etelvina com 74 anos, viúva e residia com a filha, que é a principal cuidadora. Tinha como co-morbilidades: diabetes, hipertensão arterial e infecções urinárias de repetição. Em 2005 ficou acamada tendo desenvolvido úlceras de pressão na sacra e calcaneos. A nível cognitivo não apresentava défice. Apresentava-se deprimida e risco de malnutrição (GDS15, score 9, MNA &lt;17,5. A nível da capacidade funcional apresentava um score de 26 nas actividades instrumentais de vida diária. Era completamente dependente nas AVD's (só necessita de ajuda para alimentar-se). Quando questionada em relação ao abuso e negligência, a doente referiu que se sente sozinha e que era forçada a comer. Sentia falta das próteses dentárias e que fica algum tempo sozinha. Apresentando evidencia de abuso psicológico e negligência. Ao nível da cuidadora, Sr.<sup>a</sup> Ana com 36 anos. Apresentava como co-morbilidades obesidade e depressão. Apresentava-se deprimida (score &gt;5) a nível da sobrecarga apresenta um score de 16.</p> <p>A abordagem efectuada a esta família teve como principal objectivo, a diminuição dos factores de risco e consequentemente do abuso psicológico e da negligência, para isso foi efectuada uma abordagem da equipa multidisciplinar tendo em vista o <i>empowerment</i> da díade. Foram implementadas algumas intervenções, nomeadamente, o ensino ao cuidador sobre a patologia da pessoa idosa e a importância das estratégias de coping e capacitação quer da pessoa idosa quer do cuidado. Estas serão</p>

que serão avaliadas pela equipa multidisciplinar num prazo de 6 meses.

Através da elaboração destes estudos de caso, efectuei uma avaliação individualizada com planeamento das intervenções mediante os problemas levantados, que me permitiu constatar as barreiras descritas na literatura. Para além da prestação de cuidados, permitiu-me desenvolver outro tipo de competências, nomeadamente ao nível da gestão, formação, responsabilidade legal e ética.

No intuito de esclarecer possíveis dúvidas que possam surgir, organizei um dossier com material bibliográfico, que deixei no serviço.

Elaborei 6 cartazes com o objectivo de divulgar esta problemática chamado à atenção que se trata de um crime público e a sua denúncia é obrigatória. Foram afixados na centro de saúde e tem como alvo o a população que frequenta o Centro de Saúde e os profissionais de saúde. (Apêndice XIII).

### **3.5 – Avaliação**

Fazendo uma retrospectiva do estágio realizado, e falando no aspecto avaliativo do mesmo, as actividades desenvolvidas estiveram de acordo com os objectivos propostos, tendo nível de Satisfaz Bastante (Apêndice XIV).

## 4 – REFLEXÃO FINAL

Ao chegar a este período do meu percurso de aprendizagem e realizando uma retrospectiva de todas as fases que tive de ultrapassar, sinto que cada etapa constituiu um desafio, uma oportunidade para alcançar os objectivos a que me propus. Tendo por base a melhoria de cuidados é necessário a busca incessante do conhecimento e aquisição de novos saberes/ competências.

Sendo a especialidade em Médico-Cirúrgica vertente idoso uma área tão vasta, é necessário que o enfermeiro tenha presente o conhecimento do processo de envelhecimento e recursos da comunidade, para assim puder adequar ao doente/ família, de acordo com a sua individualidade e situação clínica cuidados de enfermagem específicos.

Ao longo deste trabalho, a fundamentação e sistematização do tema dos Maus— Tratos, permitiu-me uma estruturação de conhecimento, bem como possíveis intervenções do Enfermeiro Especialista. Este tema foi abordado, de acordo com o meu próprio interesse e enquadrado no nosso contexto de saúde.

Estou convicta, que com a elaboração deste relatório de estágio consegui descrever o meu desempenho ao longo do ensino clínico. A realização deste, numa área por mim desconhecida, permitiu-me a partilha de saberes com os meus pares bem como uma avaliação *in loco* da problemática em estudo. Esta avaliação possibilitou a ligação dos conceitos teóricos com os práticos. Consequentemente facilitou o desenvolvimento da minha capacidade reflexiva. Desta forma procurei dar resposta aos objectivos traçados através do desenvolvimento de actividades que me permitiram aprofundar e adquirir novas competência na minha área de especialização.

Durante todo este percurso, a observação de outras realidades e formas de trabalhar contribuíram para o meu crescimento e mudança.

Pude constatar que o fenómeno dos maus-tratos está presente nesta comunidade mas, a sua detecção por parte dos profissionais de saúde é praticamente inexistente. A pouca detecção, pode dever-se ao facto de não haver formação na área ou medo de retaliações, quer para o Idoso quer para o profissional. A possibilidade de estudar este fenómeno na comunidade nomeadamente no domicílio, deu-me fundamento para colocar algumas sugestões. A nível nacional, os maus-tratos aos idosos estão englobados na violência doméstica. No que diz respeito à violência doméstica está normalmente relacionada ao cônjuge (mulher) e às crianças como tal a violência ao idoso tem pouca visibilidade. Este facto leva a um desinteresse da parte da comunidade e dos profissionais de saúde. Parece-me importante

que se separe os maus-tratos aos idosos, da violência doméstica e que se comece a estudar modos de detecção.

Para estudos futuros seria interessante elaborar um instrumento de detecção e validá-la a nível nacional. Poderá ser elaborada num contexto de uma equipa disciplinar.

Relativamente aos enfermeiros é importante que estejam munidos de conhecimentos/formação da área da gerontologia, pois estamos perante uma sociedade cada vez mais envelhecida. Na minha opinião, esta problemática deve ser encarada como um síndrome geriátrico. Representa graves consequências para Idoso, família e sociedade e é considerado um grande consumidor de recursos.

São várias as teóricas de Enfermagem que procuram o Cuidar mais autêntico. O trabalho desenvolvido contribuiu o repensar das práticas diárias potenciando mudanças de comportamento, tendo como filosofia a excelência dos cuidados prestados.

Não nos podemos esquecer que como cidadãos e profissionais de saúde, os nossos idosos não só têm o direito aos cuidados, mas também contribuir para um envelhecimento harmonioso.

É imprescindível crer, acreditar na mudança. O tempo é necessário porque afinal, as mudanças levam o seu tempo.



## BIBLIOGRAFIA

ACTION ON ELDER ABUSE (AEA) (1993). Acedido em 24/02/2010. Disponível em: [http://www.elderabuse.org.uk/About%20Abuse/What\\_is\\_abuse%20define.htm](http://www.elderabuse.org.uk/About%20Abuse/What_is_abuse%20define.htm)

ACTION ON ELDER ABUSE (AEA)(2004) – Hidden Voices: Older People’s Experience of Abuse. Acedido em:23/02/2011. Disponível em: <http://celebrate.mtcserver4.com/images/cmsimages/media/publications/healthsocialcare/Hidden%20Voices.pdf>

ACTION ON ELDER ABUSE (AEA) (2006). Acedido em: 24/02/2010. Disponível em: [http://www.elderabuse.org.uk/About%20Abuse/What\\_is\\_abuse%20define.htm](http://www.elderabuse.org.uk/About%20Abuse/What_is_abuse%20define.htm)

ANETZBERGER, Georgia J. (2004) – Clinical Management of Elder Abuse: General Considerations *in The Clinical Management of Elder Abuse*. [em linha] pág 27-41. ISSN: 0731-7115. Acedido em: 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=17&sid=f5882eb3-e87c-4ff2a612-bc76dd1e0229%40sessionmgr12>

ACIERNO R; HERNANDEZ MA; AMSTADTER AB; RESNICK HS; STEVE K; MUZZY W; KILPATRICK DG (2010) - Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. In **American Journal of Public Health**, 100 (2): 292-7 ISSN: 0090-0036. Acedido em: 23/05/2011. Disponível em: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&hid=2&sid=63bc998d-85aa-4f83-8ca5-75ea01dfbc8c%40sessionmgr>

ARAVANIS, Sara C.; ADELMAN, Ronald D.; BRECKMAN, Risa; FULMER, Terry T.; HOLDER, Elma; LACHS, Mark; O'BRIEN, James G.; SANDERS, Arthur B. (1993) – Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. **Archives of Family Medicine**. [em linha]. Vol. 2 nº 4, p. 371-88. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://archfami.ama-assn.org/cgi/reprint/2/4/371>.

ASSOCIAÇÃO DE PROTECÇÃO E APOIO À VÍTIMA (APAV) (1999) – **Manual Titono**. Lisboa. Disponível em: <http://www.apav.pt/proj.html>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (APAV) (2010) – **Pessoas Idosas Vítimas de Crime 2000-2009 – Estatísticas APAV**. Lisboa: Unidade de Estatística. Acedido a 10/10/2010. Disponível em: [http://www.apav.pt/portal/pdf/Estatisticas\\_Pessoas\\_idosas\\_vitimas\\_crime\\_2000-2009.pdf](http://www.apav.pt/portal/pdf/Estatisticas_Pessoas_idosas_vitimas_crime_2000-2009.pdf).

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (APAV) (2011) – **Pessoas Idosas Vítimas de Crime e Violência – Estatísticas APAV 2010**. Lisboa: Unidade de Estatística. Acedido a 15/04/2011. Disponível em: [http://www.apav.pt/portal/pdf/estatisticas\\_2010\\_pessoas\\_idosas\\_vitimas\\_crime\\_violencia.pdf](http://www.apav.pt/portal/pdf/estatisticas_2010_pessoas_idosas_vitimas_crime_violencia.pdf)

BARRETO, João; LEUSCHNER, António; SANTOS, Filomena; SOBRAL, Margarida (2008) – Escala de Depressão Geriátrica. In. Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demencial. Lisboa.

BARKER, Nancy; HIMCHAK, Maureen (2006) - Environmental Issues affecting elder abuse victims in their reception of community based services In **Journal of Gerontological Social Work** [em linha], 48, 233-55.

ISSN: 0163-4372. Acedido em:12/01/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=17&sid=f5882eb3-e87c-4ff2-a612-bc76dd1e0229%40sessionmgr12>.

BOMBA, Patricia (2006) – Use of a Single page Elder abuse Assessment and Management Tool: A practical Clinician’s Approach to identifying elder mistreatment In **Journal of Gerontological Social Work** [em linha], Vol 46, nº 3/4. Acedido em 12/01/2011. Disponível em: <http://www.haworthpress.com/web/JGSW>

BOTELHO, Amália (2005) – A Funcionalidade dos Idosos. In: PAÚL, Constança; FONSECA, António M. (2005) – **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-185-1. p.111-135.

BORG, C., & HALLBERG, I. (2006) - Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 20(4), 427-438. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2006.00424.x

BROWN, Kathleen; STREUBERT, George E.; BURGESS, Ann W. (2004) – Effectively Detect and Manage Elder In **The Nurse Practitioner**[ em linha]. Vol 29, 31-3. ISSN: 0361-1817. Acedido em: 22/01/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=17&sid=f5882eb3-e87c-4ff2-a612-bc76dd1e0229%40sessionmgr12>

CARDOSO, João; SEGAL, Uma (2009) – Family Violence and Elder Abuse – Na insigth on concepts and Pratices for Caregivers in **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6

**CÓDIGO PENAL PORTUGUÊS** (2010). Acedido em 20/07/2010. Disponível em: <http://www.gnr.pt/portal/internet/legislacao/pdf/CP.pdf>

COLER, Maria; LOPES, Manuel e Moreira, Antónia (2008) – **Os profissionais de saúde frente a violência no idoso**. [em linha] Brasil, 116-122p. Acedido em 10/02/2010. Disponível em: <http://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/MUD/article/viewFile/1142/1153>

COLLINS, Kim A. (2006) – Elder Maltreatment – A Review. **Arch Pathology and Laboratory Medicine**. [em linha]. Vol. 130 nº 9 (Setembro 2006), p. 1290-1296. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://www.archivesofpathology.org/doi/pdf/10.1043/1543-2165%282006%29130%5B1290%3AEMAR%5D2.0.CO%3B2>. ISSN 1543-2165.

COMIJS, Hannie; SMIT, Johannes; POT, ANNE; BOUTER, Lex e JONKER (1998) – Risk Indicators of Elder Mistreatment in the Community *In Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol.9 (4).Acedido em:23/10/2010. Disponível em: [http://pdfserve.informaworld.com/683919\\_778384746\\_904773219.pdf](http://pdfserve.informaworld.com/683919_778384746_904773219.pdf)

CORREIA, Cristina; DIAS, Fernanda; COELHO, Manuela; PAGE, Paula e VITORINO, Paulo (2001) – Os Enfermeiros em cuidados de saúde primários *In Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2. Acedido em: 12/09/2010. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>

COSTA, Ana (2005) – A Depressão nos Idosos Portugueses. *In*: PAÚL, Constança; FONSECA, António M. (2005) – **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-185-1. p.157-176.

COSTA, Isabel; PIMENTA, Ângela; BRIGAS, Diana; SANTOS, Luísa; ALMEIDA, Sofia. (2009) – Maus tratos nos idosos – Abordagem nos Cuidados de Saúde Primários. **Revista Portuguesa Clínica Geral** [em linha] Vol. 25. N.º 5. Acedido em:25/02/2010. Disponível em: [http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=33568&artId=878](http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=878)

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PORTUGAL (2008) – **Unidade de Cuidados da Comunidade**. [em linha] <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=95>

DECRETO-LEI n.º 104/1998. **D. R I Série – A**. 93 (1998/04/21) 1739-1757.

DECRETO-LEI n.º 252/2007. **D. R I Série**. 128 (2007/07/05) 4346-4347.

DESPACHO n.º 31292/2008. **D. R II Série – C**. 236 (2008/12/05) 49207-49231.

DIAS, Maria Isabel (2009) – **Os Maus-Tratos aos Idosos: Abordagem Conceptual e Intervenção Social**. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Provas Públicas de Agregação em Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

DYER; CB; PAVILK, VN; MURPHY KP et al (2000)-The High prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect *In J AM Geriatr Soc* .48:205-8 ISSN: 0002-8614.Acedido em:22/09/2010. Disponível em: [www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=748&accno=2000062744](http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=748&accno=2000062744)

DONATELLI, Nancy Stephens (2011) – Negligência e Maus-Tratos no Idoso. *In*: HOWARD, Patricia Kunz; STEINMANN, Rebeca A. (2011) – **Sheehy's Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática** (2011). 6ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-63-9. p. 729-733.

ERLINGSSON, Chisten L.; CARLSON, Sharon L.; SAVEMAN, Britt-Inger (2005) – Elder Abuse Risk Indicators and Screening Questions: Results from a Literature Search and a Panel of Experts from Developed and Developing Countries. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. [em linha]. Vol. 15 n.º 3, p.185-203. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: [http://pdfserve.informaworld.com/616923\\_778384746\\_902218076.pdf](http://pdfserve.informaworld.com/616923_778384746_902218076.pdf). ISSN 0894-6566.

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

EURAG-Europe (2005) – **Back Ground Paper – Rights and Responsibilities of Older Persons**. Acedido em 15/03/2011. Disponível em: [http://www.webhbase.com/aagi/wp-content/uploads/euragbackgroundpa](http://www.webhbase.com/aagi/wp-content/uploads/euragbackgroundpaperightsandresponsibilitiesofolderpersons1.pdf)  
[perrightsandresponsibilitiesofolderpersons1.pdf](http://www.webhbase.com/aagi/wp-content/uploads/euragbackgroundpa)

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

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

FERREIRA-ALVES, José; SANTOS, Ana J. (2009) – **Literature review about Spain older adult's abuse and neglect**. Braga: Universidade do Minho. Acedido em 02/04/2011.

Disponível em: <http://www.stakes.fi/pdf/avow/literaturereviewspain.pdf>

FERREIRA-ALVES, José; SANTOS, Ana J. (2010) – **Literature review (Portugal)**. Braga: Universidade do Minho. Acedido em 02/04/2011.

Disponível em: <http://www.stakes.fi/pdf/avow/literaturereviewportugal.pdf>

FONSECA, Tania (2010) – **Sobrecarga, Depressão e Generatividade em Mulheres Cuidadoras Informais**. Tese de Mestrado integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa- Faculdade de Psicologia. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2495/1/ulfp035829\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2495/1/ulfp035829_tm.pdf)

FULMER, Terry; GUADAGNO, Lisa; BITONDO, Carmelo Dyer; CONNOLLY, Marie Therese (2004) – Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. **Journal of American Geriatrics Society**. [em linha]. Vol. 52 nº 2, p. 297-304. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: [http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=54&hid=122&sid=79255e3a-b8f-4a27-9c08-8d0180b3](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=54&hid=122&sid=79255e3a-b8f-4a27-9c08-8d0180b3afc7%40sessionmgr114)  
[afc7%40sessionmgr114](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=54&hid=122&sid=79255e3a-b8f-4a27-9c08-8d0180b3afc7%40sessionmgr114). ISSN: 0002-8614

GABINETE DE ACÇÃO SOCIAL (2009) – **Violência contra Idosos**. Câmara Municipal da Amadora.

Acedido em: 10/10/2010. Disponível em:

[http://www.cmamadora.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_PaginaId=43585](http://www.cmamadora.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=43585)

GARRE-OLMO, Josep; PLANAS-PUJOL, Xènia; LÓPEZ-POUSA, Secundino; JUVINYÀ, Dolores; VILÀ, Atoni; VILALTA-FRANCH, Joan (2009) – Prevalence and Risk Factors of Suspected Elder Abuse

Subtypes in People Aged 75 and Older *In Journal of the American Geriatrics Society (J AM GERIATR SOC)*, Maio; 57(5): 815-22 (40).Acedido em:15/03/2011. Disponível em: [www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=748&accno=2010269508](http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=748&accno=2010269508)

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

HESPANHA, M.J.F. (1993) – Para além do estado: A saúde e a velhice na sociedade - providência, *In*: B. Sousa Santos, Portugal: **Um Retrato Singular**, Porto, Afrontamento, p.313-335. ISBN: 9789723603088

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2002) – **O Envelhecimento em Portugal**. Lisboa

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2009) – **Revista de Estudos Demográficos** [em linha]. Lisboa: INE. Acedido em 15/01/2011.Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal/>

WATSON, Jean (2002) – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar Uma teoria de Enfermagem**. Camarate. Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9

LEI n.º 45/2004. **D. R I Série – A**. 195 (2004/08/19) 5361-5368.

LEI n.º 112/2009. **D. R I Série**. 180 (2009/09/16) 6550-6561- **Diário da Republica**. Acedido em: 13/01/2010. Disponível em: <http://www.dgpi.mj.pt/sections/informacao-e-eventos/2009/lei-n-112-2009-de-16-de/>.

LOWENSTEIN, Ariela (2009) – Elder Abuse and Neglect – “Old Phenomenon”: New Directions for Research, Legislation and Service Developments. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. [em linha]. Vol. 21 nº 3, p. 278-287. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: [http://pdfserve.informaworld.com/817800\\_77\\_8384746\\_913060871.pdf](http://pdfserve.informaworld.com/817800_77_8384746_913060871.pdf). ISSN 0894-6566.

LOUREIRO, M (2008) - “**Mini-Nutricional Assesment**” em **Idosos**. Tese de Dissertação de Mestrado.Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação. Coimbra. Disponível em: [http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54683/2/69241\\_04-45T\\_TL\\_01\\_P.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54683/2/69241_04-45T_TL_01_P.pdf)

MADUREIRA, Sofia; VERDELHO, Ana (2008) – Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária. *In*. Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demencial. Lisboa.

MAGALHÃES, Teresa (2010) – **Violência e Abuso: Estado de Arte**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.ISBN: 978-989-26-0025-3.

MARRINER, T.A (2007) – **Modelos y teorías en enfermería**, Madrid, Mosby/Doyma Livros.ISBN: 8480867167

- MATSUU, K., WASHIO, M., ARAI, Y., & IDE, S. (2000) - Depression among caregivers of the frail elderly in urban Japan In **Psychiatry & Clinical Neurosciences**, 54(5), 553-557. Acedido em:19/03/2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1819.2000.00752.x/full>
- McGARRY, J.; SIMPSON, C. (2009) – Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting. **Nursing Older People**. [em linha]. Vol. 21 nº 1 (Fevereiro 2009), p. 33-38. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=66&hid=122&sid=79255e3a-ab8f-4a27-9c08-8d0180b3afc7%40sessionmgr114>. ISSN: 1472-0795.
- MERCURIO, Andrea E.; NYBORN, Justin (2007) – Cultural Definitions of Elder Maltreatment in Portugal. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. [em linha]. Vol. 18 nº 2, p. 51-65. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: [http://pdfserve.informaworld.com/185331\\_778384746\\_902267165.pdf](http://pdfserve.informaworld.com/185331_778384746_902267165.pdf). ISSN 0894-6566.
- MILLER, Carol A. (2004) – Elder Abuse: The Nurse's Perspective. **Clinical Gerontologist**. [em linha]. Vol. 28 nº 1 e 2 .p.105-133. ISSN 0731–7115. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=11&sid=3b9ebb14-e128-4cc3-81f3-b61b94f64162%40sessionmgr4>.
- MOUTON, Charles P.; TALAMANTES, Melisse; PARKER, Robert W.; ESPINO, David V.; MILES, Toni P. (2001) – Abuse and Neglect in Older Men. **Clinical Gerontologist**. [em linha]. Vol. 24 nº 3/4, p.26. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=11&sid=3b9ebb14-e128-4cc3-81f3-b61b94f64162%40sessionmgr4>. ISSN 0731–7115.
- NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (NCEA) (1998) – **The National Elder Abuse Incidence Study**. Acedido em 15/03/2011. Disponível em: [http://aoa.gov/AoARoot/AoA\\_Programs/Elder\\_Rights/Elder\\_Abuse/docs/ABuseReport\\_Full.pdf](http://aoa.gov/AoARoot/AoA_Programs/Elder_Rights/Elder_Abuse/docs/ABuseReport_Full.pdf)
- NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (NCEA) (2005) – **15 Questions & Answers About Elder Abuse**. Washington, DC. Acedido em 10/11/2010. Disponível em: [http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main\\_Site/pdf/publication/FINAL%206-06-05%203-18-0512-10-04ga.pdf](http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/pdf/publication/FINAL%206-06-05%203-18-0512-10-04ga.pdf)
- NERENBERG, L. (2006) - **Communities respond to elder abuse** In *Journal of Gerontological Social Work*. 46 (3/4). Pág..5-33. Acedido em:22/04/2011. Disponível em: [www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?quid=9d3e5b64-6bd7-42c7-a577-b50e38998e31](http://www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?quid=9d3e5b64-6bd7-42c7-a577-b50e38998e31)
- O'DWYER, Clodagh; O'NEILL, Desmond (2008) – **Developing Strategies for the Prevention, Detection and Management of Elder Abuse: The Irish Experience** In *Journal of Elder Abuse & Neglect*. Vol 20(2)pág. 169-180. Acedido em: 23/03/11. Disponível em:



[http://pdfserve.informaworld.com/360633\\_778384746\\_902298184.pdf](http://pdfserve.informaworld.com/360633_778384746_902298184.pdf). DOI: 10.1080/08946560801974679.

ISSN: 08946566

**ORDEM DOS ENFERMEIROS** (OE) (2003) – Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS** (2007) - Desenvolvimento Profissional Individualização das Especialidades em Enfermagem - Fundamentos e Proposta de Sistema. Lisboa. Acedido em 21/02/2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>

**ORDEM DOS ENFERMEIROS** (OE) (2009) – **Caderno Temático: Modelo de desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS** (2010) – Regulamento do aconselhamento ético e deontológico no âmbito do dever de sigilo. Acedido em 30/03/2011. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_DeveSigilo\\_AG%2029Maio2010\\_VCorrecta\\_21Jun2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_DeveSigilo_AG%2029Maio2010_VCorrecta_21Jun2010.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2005) – **Envelhecimento Activo: Uma Política de Saúde** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido em:15/01/2010. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)

PAÚL, C.; FONSECA, A.(2005) – **Envelhecer em Portugal**. Lisboa. Climepsi Editores.ISBN:972-796185-1

PAULOS, C. (2006) – **Maus tratos na população idosa institucionalizada**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Tese de Mestrado em Medicina Legal e Ciências Forenses. Acedido em 28/01/2010. Disponível em: <http://catpaulos.no.sapo.pt/gerontologia/index.html>

PAULOS, C. (2007) – A Percepção de maus tratos em idosos institucionalizados. **Psychologica**. Vol. 46. p. 235-257. ISSN 0871–4657.

PHELAN, A. (2010) – Elder Abuse and the community nurse: supporting the patient. **British Journal of Community Nursing**. [em linha]. Vol. 15 nº 10 (Outubro 2010), p. 472-478. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=77&hid=122&sid=79255e3a-ab8f-4a27-9c08-8d0180b3afc7%40sessionmgr114>. ISSN: 1462-4753.

PENHALE, B. (2007) - Elder Abuse in Europe :An Overview of Recent Developments In **Journal of Elder Abuse & Neglect** Volume 18, Issue 1, Pag. 107 - 116. DOI: 10.1300/J084v18n01\_05. Acedido em: 21/02/2011. Disponível em: [http://pdfserve.informaworld.com/192290\\_778384746\\_902276679.pdf](http://pdfserve.informaworld.com/192290_778384746_902276679.pdf)

PODNIKES, Elizabeth; PENHALE, Bridget; GOERGEN, Thomas; BIGGS, Simon; HAN, Donghee (2010) – Elder Mistreatment: An International Narrative. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. [em linha]. Vol.

22, nº 1 e 2, p. 131-163. Acedido em 10/10/2010. Disponível em: [http://pdfserve.informaworld.com/8018\\_7783\\_84746\\_920643423.pdf](http://pdfserve.informaworld.com/8018_7783_84746_920643423.pdf). ISSN 0894-6566.

PLANO DE ACÇÃO (2010) – Unidade de Cuidados da Comunidade Amadora +. Facultado por Enfermeiro José Cassiano.

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. Ministério da Saúde (2004) – **Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004-2010 (PNSPI)**. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-110-1 (Vol. II).

QUARESMA, M.L. (1993) – **O papel da família e da comunidade local** In: Acção teórica do serviço social, p. 37-39.

RAMSEY-KLAWSNIK, H. (2000) – **Elder Abuse offenders: A typology. Generations**. Vol 24(2), p17, 6p.

Acedido em: 23/01/2011. Disponível em: <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=1&sid=fd46dd6c-5c2f-4fa1-8781-bb6d0af46a82%40sessionmgr14>.

REDE SOCIAL DA AMADORA (2008) – Plano de Desenvolvimento Social. [em linha] <http://www.cm-amadora.pt/files/2/documentos/20081120161427500937.pdf>

Relvas, A. P. (2000). **O Ciclo Vital da Família**. Porto: Afrontamento ISBN: 9789723604139

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS 55/99 (1999). Portugal. Acedido em 21/02/2010. Disponível em: <http://app.parlamento.pt/violenciadomestica/conteudo/pdfs/legislacao/rcm551999.pdf>

SEQUEIRA, C. (2010) – **Cuidar de Idosos com dependência física e mental**. Lisboa:Lidel ISBN:978-972-757-717-0

SCHAURICH, Diego (2009)– Compreensões de académicos de enfermagem sobre Famílias, algumas reflexões [ em linha ] In **Revista Enfermagem** , nº13. Acedido em 12/06/2010 Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista-Enf./20092/artigo%2023.pdf>.

SORIANO, A. (2008) – **La prevención educativa de los malos tratos a la Infancia**. Um modelo integrado para su comprensión.In **Revista de Ciencias de la Educacion**, n:213, pág 24-30. ISSN 0210-9581.

SPIRDUSO, W.; FRANCIS, K.; McRAE, P (2005) – **Physical Dimensions of Aging**. Champaign Human Kinetics. Illinois. Acedido em 15/01/2011. Disponível em: [http://books.google.com/books?id=eOC8WnjfcfsC&printsec=frontcover&dq=editions:eOC8WnjfcfsC&hl=pt-PT&ei=pAPVTerDFsfBswa7452iDA&sa=X&oi=book\\_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CC0Q6wEwAA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com/books?id=eOC8WnjfcfsC&printsec=frontcover&dq=editions:eOC8WnjfcfsC&hl=pt-PT&ei=pAPVTerDFsfBswa7452iDA&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=1&ved=0CC0Q6wEwAA#v=onepage&q&f=false)

VILARINHO, Líliliana (2010) – **Avaliação de Preditores de Abuso Financeiro na População Idosa**. Porto: Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado em



Medicina Legal. Acedido em 15/02/2010. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26600/2/TesedeMestradoLilianalsabelMendesVilarinho.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1995). Acedido em 28/10/2010. Disponível em: [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/en/](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003) - **What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?**. Acedido a 2/04/2011. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/74708/E82970.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/74708/E82970.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2008) - **Discussing Screening for Elder Abuse At Primary Health Care Level**. World Health Organization. ISBN: 978-92-4-159453-0. Acedido em 15/03/2011. Disponível em: [http://www.who.int/ageing/publications/Discussing\\_Elder\\_Abuseweb.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf).

WHITE, Stephanie W.(2000) – **Elder Abuse: Critical Care Nurse role in detection in Critical Care Nursing Quarterly**. 23:2, 20-25. ISSN: 0887-9303. Acedido em: 23/01/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=17&sid=f5882eb3-e87c-4ff2-a612-bc76dd1e0229%40sessionmgr12>

# **ANEXOS**

# **ANEXO I**

## **Carta do Casal Popular**

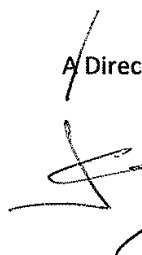
**Associação de Solidariedade Social Vencer  
CASAL POPULAR DA DAMAIA**

**DECLARAÇÃO**

A Associação de Solidariedade Social Vencer – Casal Popular da Damaia, contribuinte n.º 501 836 071, com sede na Rua Carvalho Araújo, Alto da Damaia, 2720-086 Amadora, declara que Susana Margarida Coelho Neto, realizou uma Acção de Sensibilização a colaboradores desta Instituição, sobre Maus Tratos à Pessoa Idosa no dia 21 de Fevereiro de 2011.

A Direcção da Associação agradece a disponibilidade, amabilidade e profissionalismo com que toda a acção de sensibilização foi desenvolvida.

Damaia, 22 de Fevereiro de 2011

 A Direcção  
Associação de Solidariedade Social - Vencer  
**Casal Popular da Damaia**  
R. Carvalho Araújo, Alto da Damaia  
2720-086 Amadora  
Cont: 501 836 071  
Telf: 214 906 090 Fax: 214 906 109  
casal\_popular@sapo.pt  
IPSS - IUP

# APÊNDICES

# **APÊNDICE I**

## **Documento de Autorização do Estudo**

Exmos. Senhores do Conselho Clínico do  
ACES VII da Amadora

*Aut. João*  
*27. 9. 2010*  
*7/1*  
*C. S. REBOLEIRA*  
*Conselho Clínico*  
*JOSE CASSIANO*  
*Enf.º Chefe*

**Assunto:** Pedido de Autorização para realização do estudo intitulado "Violência e Maus Tratos nos Idosos, perspectiva comunitária".

Susana Margarida Coelho Neto a frequentar o Curso de Especialização de Enfermagem Médico – Cirúrgica na vertente Idoso pretende obter a autorização para a realização do Estudo Intitulado "Violência e Maus Tratos nos Idosos, perspectiva comunitária" que está englobado no plano de estudos do Curso.

Para a realização deste estudo pretende-se a aplicação de instrumentos de avaliação numa população de 50 utentes e famílias, respeitando-se integralmente as normas éticas e deontológicas inerentes.

O resultado do estudo será divulgado posteriormente em sessões de formação para os elementos do ACES da Amadora e seus parceiros sociais.

Atenciosamente.

Lisboa  
21 de Setembro de 2010

*Susana Margarida Coelho Neto*

**APÊNDICE II**

**CONSENTIMENTO INFORMADO**



## CONSENTIMENTO INFORMADO

...

O meu nome é Susana Neto, sou aluna da Especialidade Médico – Cirúrgica Vertente Idoso. Encontro-me na fase de realização de uma abordagem à população com a finalidade de estudar as intervenções da equipa multidisciplinar da comunidade, nos idosos vítimas de violência e maus tratos.

Para o efeito acima referido, torna-se necessária a sua colaboração, assinando a seguinte Declaração:

“Declaro que fui informado (a) de todos os pormenores em relação aos presentes instrumentos de avaliação (Avaliação Gerontológica e Questions to Elicit Elder Abuse), no âmbito do projecto de investigação Violência e Maus tratos à Pessoa Idosa, perspectiva comunitária.

Tomei conhecimento do tipo, duração e características do referido instrumento, bem como dos objectivos da sua realização. Em relação aos dados obtidos fica assegurada a reserva e o sigilo decorrentes da obrigação de segredo profissional das pessoas que procedem à aplicação do instrumento.

Nestas condições, é de livre vontade que dou consentimento para a realização da avaliação que me foi proposta, e para que os resultados sejam incluídos numa base de dados para posteriores análises”.

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Assinatura

## **APÊNDICE III**

### **Guião de Entrevista à Dr.<sup>a</sup> Catarina Paulos**

## ENTREVISTA

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

Data: 28 de Maio de 2010

Hora: 10:00 – 12:30

Local: Reitoria da Cidade Universitária

1 – Porque escolheu este conceito de maus tratos?

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

3 - Situação maus tratos em Portugal?

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

5 - Existe um documento de screening em Portugal?

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

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

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

9 – Alguma bibliografia recomendada?

## **APÊNDICE IV**

### **Guião de Entrevista ao Dr. Fernando Vieira**

## ENTREVISTA

Entidade: Instituto Nacional de Medicina Legal – Lisboa

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

Responsável: Dr. Fernando Vieira

Data: 14 de Julho de 2010-07-24

Hora: 16:30-20:00

- 1 – Qual a principal actividade da consulta de Avaliação do Dano?
- 2 – Qual a principal entidade de encaminhamento de utentes ao INML?
- 3 – Para onde são encaminhados os utentes após a consulta?
- 4 – Qual a composição da equipa?
- 5 – Qual o principal motivo de solicitação da Consulta?
- 6 – Que legislação existe que norteia a Violência e os Maus-Tratos?
- 7 – Existe articulação inter-departamental sempre que necessário na Avaliação do Dano?
- 8 – O INML pode avaliar o dano, em consulta, de um utente não encaminhado do Ministério Público?
- 9 – Existe algum instrumento de medida que quantifique o grau de Violência e Mau-Trato?

# **APÊNDICE V**

## **Cronograma do Ensino Clínico**

# Cronograma do Ensino Clínico

		Setembro		Outubro			Novembro					Dezembro				Janeiro				Fevereiro					
				27	4	11	18	25	2	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21
				1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	23	31	7	14	21	28	4	11	18	25
Objectivo 1																									
Objectivo 2																									
Objectivo 3																									
Elaboração do relatório de estágio																									

 Férias

## **APÊNDICE VI**

### **Guião de Entrevista à Dr.<sup>a</sup> Ana da RIIVA**



## QUESTÕES PARA ENTREVISTA DA RIIVA:

1. Como surgiu a RIIVA?
2. Qual a percentagem de maus tratos nos idosos?
3. Que tipologia mais prevalente?
4. No atendimento quem faz o pré diagnóstico?
5. Que tipo de instrumento utilização para verificar o abuso? (observação ou questionário)
6. Quais as principais dificuldades que defrontam quando procedem ao atendimento e acompanhamento da situação
7. Quais os principais recursos da comunidade que utilizam? E quais as dificuldades que detectam?
8. 8. Que tipo de articulação têm com o HFF?
9. As situações por eles identificadas são acompanhadas pela RIIVA
10. O atendimento é efectuado conforme o tipo de violência? Ou tipo de situação da vítima?
11. Como é elaborada a sinalização pelo ACES da Amadora?
12. Acham que os profissionais da equipa multidisciplinar do ACES da Amadora estão devidamente preparados para a temática dos maus tratos?
13. Que tipo de formação fizeram?
14. No que diz respeito à ficha de síntese não deve estar presente a avaliação do médico e do enfermeiro responsável pelo idoso?

# **APÊNDICE VII**

## **Plano da Sessão de Formação**

	<b>Sequência/ Conteúdo Programático</b>	<b>Tempo</b>	<b>Métodos e Técnicas Pedagógicas</b>	<b>Objectivos</b>	<b>Recursos Didácticos /Meios Auxiliares</b>	<b>Avaliação</b>
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do formador e tema</li> <li>- Justificação do tema</li> <li>- Conteúdos da sessão</li> </ul>	3 Minutos	Expositivo, técnica da lição	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar o formador</li> <li>- Apresentar o Tema</li> <li>- Contextualizar a formação</li> <li>- Comunicar os Objectivos específicos</li> </ul>	Computador  Data show	Observação
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição do conceito de Maus Tratos</li> <li>- Contextualização da temática dos Maus Tratos no Idoso</li> <li>- Identificação da Tipologia, Sinais e Sintomas de Violência e Maus Tratos às Pessoas Idosas na Comunidade</li> <li>- Identificação dos Factores de Risco e Principais agentes da Violência e Maus Tratos no Idoso</li> <li>- Enquadramento Legal Português</li> </ul>	20 Minutos	Expositivo, técnica da lição	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir conceito de Maus Tratos</li> <li>- Contextualizar a temática dos Maus Tratos no Idoso</li> <li>- Identificar Tipologia, Sinais e Sintomas de Violência e Maus Tratos às Pessoas Idosas na comunidade</li> <li>- Identificar Factores de Risco e Principais agentes da Violência e Maus Tratos no Idoso</li> <li>- Enquadrar Legislação existente</li> </ul>	Computador  Data show	Observação
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribuição e entrega de material de apoio e bibliografia</li> </ul>	5 minutos		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribuir material de apoio</li> <li>- Distribuição da ficha de avaliação do conteúdo e formador</li> </ul>		Avaliação Formativa

## **APÊNDICE VIII**

### **Folheto da Sessão**



## MAUS TRATOS À PESSOA IDOSA

### Instituições de Apoio

**APAV** – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima  
Rua José Estêvão, 135 A, Pisos 1/2  
1150-201 Lisboa  
tel. 21 358 79 00  
fax 21 887 63 51

### PSP – Esquadra da área

**RIIVA** – Serviço de Atendimento Especializado a Vítimas de Violência  
TV. Sta Teresinha ,s/n – Brandoa 2650-118  
Amadora  
Telf:214369053

### TIPOLOGIA

#### Maus Tratos Físicos

- Nódos negros, feridas e queimaduras
- Fracturas dos membros ou sinais de traumatismo
- Evidência de ferimentos antigos não documentados
- Ulceras de pressão e feridas não tratadas
- Hemorragias anais e vaginais; roupa interior rasgada e com sangue
- Sinais óbvios de dano/lesões a nível genital, ânus, recto e mamas

#### Maus Tratos Psicológicos

- Tristeza, medo excessivo/agressivo, ansiedade, passividade, apatia, insónia, agitação, alteração do apetite, choro fácil
- Mudança de humor repentino na presença de familiar ou cuidador
- Recusa de tratamento por familiar ou cuidador específico
- Comportamentos de regressão não atribuídos à Demência

#### Maus Tratos Económicos

- Roubo ou apropriação de dinheiro ou outro tipo de bens pertencentes à pessoa idosa

### Neqliqência

- Aparência descuidada
- Má higiene pessoal
- Vestuário desadequado à estação do ano
- Falta de prótese dentária, óculos, aparelho auditivo ou auxiliares de marcha
- Sinais de desnutrição e perda de peso
- Privação de assistência médica ou familiar
- Privação de meios de segurança (colchão anti-escaras, grades, calçado adequado, entre outros).

### Legislação

- Constituição da República  
Artigo 25º  
Nº1 - Integridade moral e física das pessoas é inviolável  
Nº2 – Ninguém pode ser submetido a tortura, a maus tratos ou penas cruéis, degradantes e desumanos.
- Crime de Natureza Pública
- Código Penal  
Artigo 143º e 144º - Protecção de situações de Maus Tratos  
Artigo 152º e 152º A – Violência Doméstica.

## **APÊNDICE IX**

### **Avaliação do formador**

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Relativamente ao desempenho do formador considera:

**1) Domínio do Assunto (assinale com x a resposta)**

- Não domina a matéria
- Apresenta dificuldades no domínio da matéria
- Domina razoavelmente a matéria
- Domina bem a matéria
- Domina muito bem a matéria

**2) Comunicação de Objectivos (assinale com x a resposta)**

- Não comunicados
- Comunicados de forma vaga
- Comunicados em termos de objectivos a atingir

**3) Métodos e técnicas pedagógicas (assinale com x a resposta)**

- Inadequadas face aos objectivos definidos e aos público alvo
- Utilização incorrecta de modelos adequados
- Utilização correcta de modelos adequados à situação e ao público alvo
- Utilização muito pertinente de modelos, adequados, flexíveis e originais

**4) Facilitação da estruturação do conteúdo (assinale com x a resposta)**

- Conteúdos não estruturados
- Conteúdos estruturados, de forma a evidenciar o essencial e acessório
- Conteúdos estruturados, de forma a evidenciar o essencial e acessório, favorecendo a compreensão e retenção de ideias pelos formandos

**5) Recursos didácticos (assinale com x a resposta)**

- Não adequados
- Adequados, mas apenas como ilustração da sessão
- Adequados, de forma a ilustrar a sessão e realçar os pontos-chave

**6) Comportamento físico (assinale com x a resposta)**

- Comportamento que impede a compreensão
- Comportamento que dificulta a compreensão
- comportamento adequado que favorece a compreensão
- Expressa-se com clareza, e com tom de voz adequado ao favorecimento da compreensão dos conteúdos da sessão

**7) Gestão do tempo (assinale com x a resposta)**

- ( ) Não revela preocupação com o tempo
- ( ) Ajusta o tempo, ao desenvolvimento equilibrado da sessão
- ( ) Gere adequadamente o tempo em função da estratégia pedagógica definida

**Observações/ sugestões:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# **APÊNDICE X**

## **Avaliação da sessão**

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

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

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

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

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

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

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

D – O Mau Tratos Psicológico é assinalado por: (**assinale com x a resposta adequada**):

- a ) Comportamentos de regressão
- b) Mudança de humor na presença do familiar ou cuidador
- c) Mudanças bruscas no testamento ou em outros documentos financeiros
- d) Má higiene pessoal

E – No que diz respeito à Negligência quais as características que podemos avaliar (**assinale as respostas correctas**):

- a) Privação de assistência médica ou familiar
- b) Evidência de traumatismo antigos não documentados
- c) Elevado número de episódios de queda e entradas no Serviço de Urgência
- d) Apertar o inalador com a câmara horizontal
- e) Privação de Meios de Segurança

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

- a) Baixo nível de dependência física e emocional do cuidador
- b) Baixo nível educacional
- c) Ausência de limitações cognitivas
- d) Isolamento social
- e) Presença de Co-morbilidades

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

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

H – Quais são os artigos do Código Penal que protegem o Idoso: **(assinale apenas os correctos)**

- a) Artigo 143º e 144º
- b) Artigo 25º
- c) Artigo 143º, 144º, 152º e 152ºA

## **APÊNDICE XI**

### **Conteúdo da Sessão de Formação**

# Maus Tratos à Pessoa Idosa

1º Curso Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Idoso

Susana Neto

Janeiro 2011

## O porquê da escolha?

- Envelhecimento da Sociedade
- Aumento de idosos dependentes
- Aumento do número de queixas de Violência e Maus Tratos
- Pobres conhecimentos dos Profissionais de Saúde em relação a esta temática

## **Objectivo Geral**

- **Sensibilizar os Parceiros e os Elementos do ACES da Amadora para o fenómeno dos Maus Tratos à Pessoa Idosa**

## **Objectivos Específicos**

- Definir conceito de Maus Tratos
- Identificar Tipologia, Sinais e Sintomas de Violência e Maus Tratos às Pessoas Idosas na comunidade
- Identificar Factores de Risco e Principais agentes da Violência e Maus Tratos no Idoso
- Enquadrar Legislação existente

# Maus Tratos

- “...acto **único** ou **repetido**, ou **falta de acção apropriada** ocorrendo entre **qualquer relacionamento** aonde existe expectativa de **confiança que cause dano ou sofrimento ao idoso...**”(OMS/INPEA, 2005)

# Tipologia

- Maus Tratos Físicos;
- Maus Tratos Psicológicos;
- Maus Tratos Económicos;
- Negligência

## Maus Tratos Físicos

- Hematomas, feridas e queimaduras



- Fraturas dos membros ou sinais de traumatismo



## Maus Tratos Físicos (cont.)

- Evidência de ferimentos antigos não documentados



- Úlceras de pressão e feridas não tratadas





## Maus Tratos Físicos (cont.)

- Elevado número de episódios de queda e entrada no Serviço de Urgência
- Hemorragias anais e vaginais; roupa interior rasgada e com sangue
- Sinais óbvios de dano/lesões a nível genital, ânus, recto e mamas
- Dificuldade em deambular, sentar, urinar, evacuar

## Maus Tratos Psicológicos

- Tristeza, medo excessivo/agressivo, ansiedade, passividade, apatia, insónia, agitação, alteração do apetite, choro fácil
- Mudança de humor repentino na presença de familiar ou cuidador



## Maus Tratos Psicológicos (cont.)

- Recusa de tratamento por familiar ou cuidador específico
- Comportamentos de regressão não atribuídos à Demência
- Agravamento da demência



## Maus Tratos Económicos

- Roubo ou apropriação de dinheiro ou outro tipo de bens pertencentes à pessoa idosa
- Mudanças repentinas da conta bancária, incluindo saídas de grandes somas de dinheiro
- Mudanças bruscas no testamento ou em outros documentos financeiros
- Desaparecimento inexplicado de fundos e pertences valiosos.

# Negligência

- Aparência descuidada



- Má higiene pessoal

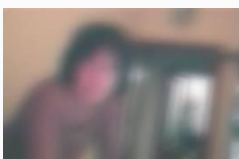


- Vestuário desadequado à estação do ano



# Negligência (cont.)

- Falta de prótese dentária, óculos, aparelho auditivo ou auxiliares de marcha



- Sinais de desnutrição e perda de peso



## Negligência (cont.)

- Privação de assistência médica ou familiar



- Privação de meios de segurança (colchão anti-escaras, grades, calçado adequado, entre outros).



## Factores de Risco

- Idade Avançada
- Co-morbilidades
- Limitações funcionais e cognitivas
- Elevado nível de dependência física e emocional do cuidador
- Escassos recursos económicos
- Baixo nível educacional
- Isolamento social

## Agressores/ Perfil

- Cônjuge
- Filhos
- Trabalhadores
- Profissionais de Saúde
- Assistentes Sociais
- Sexo masculino
- Idade entre os 35 anos e 45 anos
- Factores de risco associados ( dependência de substâncias)

## Legislação

- Constituição da República  
Artigo 25° :
  - n°1 - Integridade moral e física das pessoas é inviolável
  - n°2 – Ninguém pode ser submetido a tortura, a maus tratos ou penas cruéis, degradantes e desumanos.
- Crime de Natureza Publica
- Código Penal  
Artigo 143° e 144° - Protecção de situações de Maus Tratos  
Artigo 152° e 152° A – Violência Doméstica. Pune “ tendo ao seu cuidado, (...) pessoa particularmente indefesa em razão da idade(...) e lhe infligir(...) maus tratos físicos ou psíquicos, incluído castigos corporais, privações da liberdade e ofensas corporais.

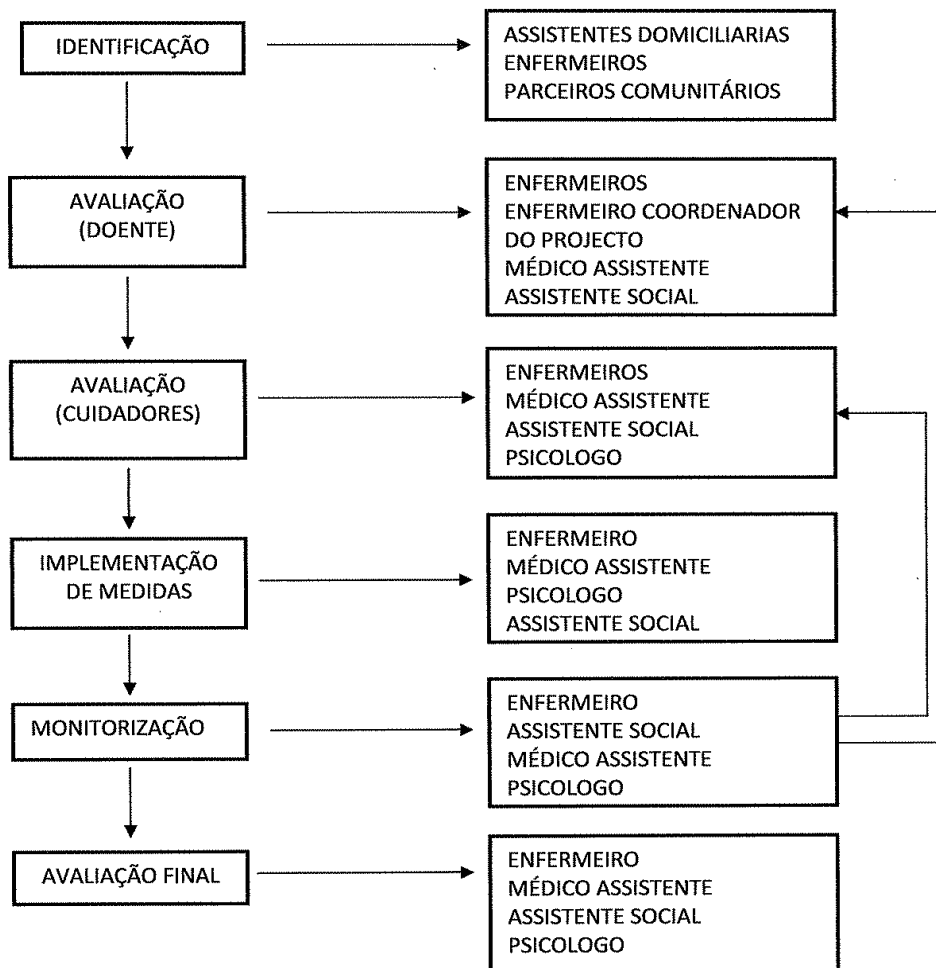
**OBRIGADA**



## **APÊNDICE XII**

### **Instrumento de Procedimento**

### Algoritmo "MAUS TRATOS E VIOLÊNCIA NAS PESSOAS IDOSAS"





# **APÊNDICE XIII**

## **Poster**



**Maus Tratos**

**são**

**Crime Público**

**Denuncie**

**Instituições de Apoio**

**APAV**

Serviços centrais de Sede  
Rua José Estêvão, 135 A, Pisos ½  
1150-201 Lisboa  
Tel. 21 358 79 00  
Fax 21 887 63 51

**PSP**

Esquadra da area

**RIIVA**

Serviço de Atendimento Especializado a Vítimas de Violência  
TV. Sta Teresinha, s/n – Brandoa 2650-118 Amadora  
Tel. 214 369 053

**ACES da Amadora VII**

Praça Conde da Lousã  
2720-122 Amadora  
Tel. 214 906 210

## **APÊNDICE XIV**

### **Avaliação do Ensino Clínico**

## Avaliação do Ensino Clínico

Identificação do Estudante: SUSANA MARGARIDA Coelho Neto

Identificação do Co-Orientador: JOSE CASSIANO BAPTISTA NAVALHAS

Identificação da Instituição: ACES VII AMADORA - UCC AMADORA<sup>+</sup>

Domínios das Competências	NS (1)	SP (2)	S (3)	SM (4)	SB (5)
<b>1 – Prestação de cuidados</b>					
Promove a saúde					X
Actua com a pessoa, família e comunidade numa perspectiva holística					X
Aplica os conhecimentos com os recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde					X
Age como perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta e idosa com doença crónica e seus significantes, numa perspectiva holística, ao longo do ciclo de vida, nos diferentes níveis de prevenção e em diversos contextos					X
Efectua colheita de dados tendo em conta a singularidade e complexidade					X
Identifica problemas e elabora diagnósticos				X	
Planeia cuidados					X
Estabelece relação terapêutica com o utente					X
Estabelece relação terapêutica com a família					X
Envolve a família no processo de saúde/doença da pessoa					X
Demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização				X	
Age como dinamizador da capacitação da pessoa adulta e idosa na gestão da sua doença crónica inserida no seio da família e comunidade					X
<b>2 – Gestão de cuidados</b>					
Demonstra capacidade de trabalhar na equipa					X
Gere e interpreta de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e da sua formação pós-graduada				X	
Estabelece relações interprofissionais construtivas					X
Utiliza recursos adequadamente					X
Identifica as necessidades formativas na sua área de especialização				X	
Promove a formação em serviço na sua área de especialização					X
Realiza formação em serviço na sua área de especialização					X
<b>3 – Respeito pelos princípios Éticos-legais e Responsabilidade</b>					
Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções					X

Reconhece os limites do seu papel e da sua competência					X
Age de acordo com o Código Deontológico					X
Respeita o direito à Privacidade					X
Respeita o direito ao consentimento informado					X
Respeita o sigilo profissional					X
Respeita as crenças e valores					X
Respeita a autonomia da pessoa					X
Actua de acordo com a legislação aplicável					X
<b>4 – Desenvolvimento de Aprendizagem</b>					
Interesse na aquisição de novos conhecimento teóricos e práticos					X
Demonstra iniciativa e criatividade				X	
Demonstra capacidade de análise e reflexão				X	
Promove a qualidade de cuidados prestados					X
Promove a continuidade de cuidados					X
<b>5 – Objectivos Específicos</b>					
Analisar a fenómeno dos Maus tratos nos Idosos que estão integrados no plano de cuidados da Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES VII - Amadora					X
Analisar recursos existentes na comunidade do Concelho da Amadora que possam servir de suporte aos Idosos vítimas de Maus Tratos pertencentes à UCC					X
Melhorar a capacidade da equipa multidisciplinar para a detecção, acompanhamento e monitorização dos Idosos vítimas de Maus Tratos					X

Observações: A Sra Enf. Susana Neto revelou-se uma profissional responsável e consequentemente cumpriu os objectivos propostos no início deste estágio clínico.  
A UCC AMADORA e consequentemente o ACES VII AMADORA agradecem o trabalho desenvolvido.

Avaliação: Satisfaz Bastante

Assinatura do Co-Orientador: [Assinatura]

Assinatura do Aluno: [Assinatura]