

DETEÇÃO E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO POR PARTE DOS PROFISSIONAIS
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA SUSPEITA DE ABUSO DO IDOSO

Mafalda de Fátima Alves Ferreira¹

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Endereço de correio eletrónico: mafalda.alvesferreira@gmail.com

Índice

Resumo.....	3
Abstract	4
Abreviaturas e acrónimos	5
Introdução	6
Materiais e Métodos	8
Resultados	10
Discussão	16
Conclusão	22
Agradecimentos	23
Conflito de interesses.....	23
Referências bibliográficas.....	24
Tabelas.....	27
Anexos	30

Resumo

Introdução: Os profissionais dos cuidados de saúde primários encontram-se numa posição privilegiada para identificarem e orientarem casos de maus-tratos de idosos. Este estudo investigou como se enquadram estes profissionais nesta matéria.

Métodos: Foi elaborado um questionário posteriormente aplicado a médicos e enfermeiros de 12 Unidades de Saúde de Coimbra. Foram estudados parâmetros relacionados com aspetos demográficos, perceção do abuso e das estratégias de atuação, experiência pessoal e formação nesta área. O nível de significância estabelecido foi 0,05.

Resultados: A taxa global de resposta foi de 67,9%. Foram validados 127 questionários. Verificou-se uma percentagem significativa de idosos no ficheiro clínico dos profissionais e que a maioria destes efetuavam visitas domiciliárias. A maior parte (64,6%) percecionou o abuso como sendo mais prevalente em contexto familiar e 32,3% indicaram a negligência como a forma mais frequente. Lesões em diferentes estados evolutivos (31,5%) e sinais de constrição física (30,7%) foram apontados como patognomónicos. A incerteza no diagnóstico foi um dos principais fatores que limitam a denúncia, tendo-se verificado dúvidas sobre a obrigatoriedade de reportar os casos às autoridades judiciais. Constatou-se que 87,4% destes profissionais afirmam que se sentiriam mais confortáveis com protocolos de atuação e que este tema não foi abordado na sua formação básica em 70,9% dos casos.

Discussão e conclusões: Há uma consciencialização da relevância do problema e do papel que podem desempenhar na prevenção e diagnóstico do abuso. No entanto, uma abordagem mais aprofundada do tema durante a formação do profissional associada ao desenvolvimento de normas de orientação clínica, contemplando uma abordagem multidisciplinar, revela-se útil para uma maior segurança dos profissionais na gestão de casos.

Palavras-chave: Abuso; Idoso; Maus-tratos; Profissionais; Cuidados de Saúde Primários; Portugal

Abstract

Introduction: Primary health care professionals are in a privileged position to recognize and manage cases of suspected elder abuse. The purpose of this study was to provide some insight as how these professionals positioned themselves in these subject.

Methods: A questionnaire was elaborated and sent to physicians and nursing staff practicing of 12 different health care units in Coimbra. The data collected included parameters related to demography, perception of abuse and management strategies, personal experience and training on this subject. A 0,05 significance level was established.

Results: The global response rate was 67,9%. There was a significant percentage of elders in the professional's clinical files and most of these performed home care. Most (64,6%) considered the abuse as more prevalent in the familiar context and 32,3% signed negligence as the most common type. The uncertainty in the diagnose was one of the most important causes for non-reporting. Also, there were doubts concerning mandatory report of abuse to judicial authorities. 87,4% of the respondents stated they would feel more comfortable having formal protocol to handle these cases. These subject was not including the training curriculum of 70,9% of the respondents.

Discussion and Conclusion: Health care professionals seemed aware of the relevance of elder abuse, as well as the importance of their role preventing and diagnosing these abuses. However, a more extensive approach on this subject during the clinical training and the definition of general clinical guidelines favoring a multidisciplinary approach are important to increase professionals' confidence in managing suspected cases.

Keywords: Elder abuse; Mistreatment; Primary Health Care; Portugal

Abreviaturas e acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
ARS Centro	Administração Regional de Saúde do Centro
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Primários
USF	Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O abuso de idosos assume particular destaque como problema de saúde pública na sociedade atual, caracterizada por um envelhecimento acentuado da população. [1,2]

A ONU estima que a proporção de pessoas com mais de 60 anos em 1950 era de 8%, sendo de 12% em 2013, perspetivando-se um rápido aumento até 21% em 2050. [3]

Em Portugal, o índice de dependência de idosos (proporção de idosos relativamente à população ativa) era de 20% em 1990 e de 29,4% em 2013, percentagem já acima da média europeia. [4]

A OMS receia que este cenário contribua para aumentar os casos de maus-tratos, por rotura de laços familiares e enfraquecimento dos sistemas de proteção social. [2,5] Por outro lado, o envelhecimento por si só pode implicar maior vulnerabilidade física, psíquica e social de muitos idosos que se tornam assim, vítimas, por serem um segmento da população particularmente fragilizado. [2,6]

A definição de abuso de idosos adotada pela OMS é “qualquer ato único ou repetido, ou falta de ação apropriada que ocorra em qualquer relação, supostamente de confiança, que cause dano ou angústia, a uma pessoa de idade”. [1,7] O abuso pode assumir diversas formas, que ocorrem isoladamente ou em associação, e pode ser físico, emocional, sexual, financeiro ou negligência (intencional ou não). [1,5-7]

A determinação das taxas reais de prevalência tem-se revelado um problema sistemático e estudos internacionais têm apresentado valores que oscilam entre 1-35%, dependendo das definições do estudo e das amostras. [1] Há autores, contudo, que consideram estes valores como a ponta do *iceberg*, alguns acreditando que mais de 80% dos casos não são conhecidos. [1]

A escassa bibliografia referente ao tema dos maus-tratos nos idosos é uma realidade, em particular, no que diz respeito a Portugal. [2] Contudo, existem já estudos relevantes a nível nacional, destacando-se, por ser relativamente recente, o Projeto “Envelhecimento e Violência”, em que foi estimado que 12,3% da população com mais de 60 anos tenha sido vítima de violência pelo menos uma vez nos 12 meses que antecederam o estudo por parte de familiares, amigos ou mesmo profissionais remunerados. [8]

Desde que, em 1975, A. Baker iniciou o debate na comunidade médica, referindo-se a este fenómeno por “*granny-battering*” e salientou a necessidade dos profissionais de saúde tomarem consciência deste problema, [9,10] que diversos autores têm realçado o papel relevante que os profissionais de saúde podem assumir nesta área. [1] Como Kahan e Paris [11] afirmaram, "os profissionais de saúde podem ser as únicas pessoas na vida da vítima capazes de reconhecer a situação e providenciar ajuda".

Os serviços de saúde apresentam-se, assim, como uma área privilegiada para a implementação de rotinas de avaliação, deteção e prevenção de abuso. [6,10] No entanto, os casos continuam a ser subdiagnosticados e observam-se baixas taxas de denúncia. A intervenção não deve limitar-se à deteção da vítima, mas dar início a um processo de apoio [6] com cooperação entre entidades médicas, sociais e legais. [1,2,10]

Contudo, apesar do enfoque atual na relevância dos profissionais de saúde, nomeadamente na área de cuidados de saúde primários, são escassos os trabalhos publicados que abordem a forma como estes profissionais se relacionam com esta problemática, incluindo, a autoperceção da sua relevância, a formação específica nesta área, as potencialidades e limitações de atuação na comunidade em que se inserem.

Na realidade, os autores não encontraram estudos realizados em território nacional com este intuito, aspeto que ampliou a motivação para realização do presente trabalho.

Materiais e Métodos

Procedeu-se à pesquisa bibliográfica, na base de dados Pubmed e em motores de pesquisa genéricos, de trabalhos científicos sobre abuso de idosos, a atuação dos profissionais de saúde e questionários elaborados neste contexto, através de palavras-chave que englobaram "elder", "abuse", "mistreatment", "health", "professionals" e "questionnaire".

Após análise e seleção dos mesmos, atendendo aos objetivos do presente trabalho, elaborou-se um questionário que procurou sintetizar os elementos considerados relevantes para enquadramento dos profissionais de saúde primários nesta matéria. Restringiu-se o tamanho do documento a duas páginas para potenciar uma boa taxa de resposta.

Em termos de sistematização, subdividiu-se o questionário em 5 secções: I - Dados Sociodemográficos; II - Perceção do abuso; III - Perceção sobre as estratégias de atuação; IV - Experiência pessoal e, por fim, V - Formação na área, num total de 27 questões. No final, foi disponibilizado um espaço para eventuais comentários por parte dos participantes.

Importa referir que, na secção II, por não ser exequível uma listagem exaustiva e não terem sido encontrados estudos sobre o valor diagnóstico relativo dos sinais/sintomas de abuso, efetuou-se uma seleção de 14 situações, representando as cinco modalidades de abuso consideradas pela OMS, para graduação numa escala tipo Lickert de 5 graus de relevância diagnóstica crescente, com a indicação de que cada item deveria ser interpretado individualmente. Para uma análise estatística mais robusta, os resultados obtidos foram agrupados em dois "Não Relevante" e "Relevante" e, também, como "Não Patognomónico" e "Patognomónico".

De igual modo, procedeu-se à seleção de dez motivos apontados na literatura para não ser efetuada a denúncia, contemplada na Secção III, e para a qual foi utilizada uma escala tipo Lickert de três graus. Para aumentar o poder discriminatório das respostas, não foi

contemplada a opção "Não concordo/Não discordo" e procedeu-se ao cômputo da diferença percentual entre as respostas "Concordo" e "Não concordo".

Solicitou-se a profissionais de saúde da população alvo, não incluídos na amostra final do estudo, o preenchimento do questionário e indicação de eventuais dúvidas ou ambiguidades na formulação das questões.

Este questionário foi, posteriormente, aplicado a médicos de medicina geral e familiar (incluindo médicos internos desta especialidade) e enfermeiros de 12 unidades de Cuidados de Saúde Primários de Coimbra que integram o ACeS Baixo Mondego, durante o período de Outubro a Dezembro de 2014. A escolha dos locais relacionou-se com a maior acessibilidade geográfica e o preenchimento do questionário foi anónimo e voluntário.

Foram preenchidos 129 questionários, tendo dois sido excluídos por ausência de resposta a um número significativo de questões. Deste modo, a amostra final contemplou 127 questionários.

Procedeu-se ao estudo estatístico descritivo e inferencial dos elementos obtidos, tendo sido aplicados os testes do χ^2 -quadrado e Teste Exacto de Fisher e estabelecido um nível de significância de 0,05. As ferramentas informáticas usadas foram o Excel 2007 e o SPSS v.20. A ausência de respostas ou as respostas inválidas (por exemplo, respostas múltiplas a questões de resposta única) foram considerados valores em falta e removidos da análise. As escalas tipo Lickert foram consideradas como variáveis ordinais. Quando forem mencionados "médicos" presumem-se englobados os médicos especialistas e os médicos internos.

O referido questionário foi aprovado pela Comissão de Ética da ARSC, pelo ACeS do Baixo Mondego e pelos coordenadores das USFs participantes.

Resultados

Os questionários foram distribuídos por 12 unidades de Cuidados de Saúde Primários de Coimbra do ACeS Baixo Mondego que abrangem uma população de, aproximadamente, 150 000 utentes, dispoendo de 190 profissionais de saúde (107 médicos e 83 enfermeiros).

Verificou-se uma taxa global de resposta de 67,9%, traduzida em 129 questionários preenchidos, que resultaram numa amostra final de 127 questionários, após exclusão de dois.

I - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

As características demográficas dos profissionais de saúde que participaram no estudo encontram-se sumarizadas na Tabela 1 (pág. 27).

A amostra englobou 55 (43,3%) enfermeiros e 71 (55,9%) médicos, não tendo um dos participantes indicado a área profissional. Dos médicos, 25 eram internos da especialidade de Medicina Geral e Familiar. A maioria dos participantes (80,3%) era do sexo feminino e mais de metade dos respondentes (66,1%) possuíam mais de 15 anos de experiência clínica. Os respondentes distribuíram-se por todas as faixas etárias consideradas, correspondendo a moda ao grupo entre os 50-59 (26,0%) anos.

A distribuição dos profissionais pelos diferentes modelos de unidade de saúde, UCSP e USF foi semelhante, com 61 (48,0%) e 66 (52,0%) casos, respetivamente. A atividade assistencial centrava-se, maioritariamente, numa população mista (59,1% dos casos) e, em percentagem residual (3,9%), numa população predominantemente rural.

Relativamente ao número de utentes assistidos, a maioria dos profissionais (72,4%) indicou entre 1500-1900 doentes, sendo que 33,1% (n=42) referiu estimar que entre 50-75% são idosos e, em 8 (6,3%) casos, a percentagem foi superior a 75%. Mais de três quartos dos participantes respondeu que a percentagem de idosos é superior a 25%.

Somente uma percentagem residual (6,3%) de respondentes não efetuavam visitas domiciliárias, correspondendo a 6 enfermeiros e 2 médicos internos.

II- PERCEÇÃO DO ABUSO DE IDOSOS

Em relação à estimativa da prevalência de abuso de idosos, a moda correspondeu à opção 5-10% da população idosa e, mais de 50% dos profissionais estimou a prevalência entre 1-10%. Destaca-se que, em 13 (10,2%) casos, a prevalência foi estimada como sendo superior a 20%.

O contexto de abuso familiar foi indicado como sendo o mais relevante por 64,6% dos respondentes (n=82), o que é estatisticamente relevante, mesmo considerando 21,3% (n=27) de respostas ausentes ou inválidas.

A forma de abuso percebida como sendo a mais prevalente foi a negligência (32,3%), seguida pelo abuso emocional em 22,1%. O abuso financeiro (7,1%) e o físico (4,7%) foram os indicados menos frequentemente, não tendo o abuso sexual sido considerado por nenhum respondente como a modalidade mais frequente.

Nestas variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com o sexo, idade, profissão ou anos de experiência clínica do participante.

No que diz respeito ao reconhecimento dos sinais/sintomas de abuso e respetiva valorização quando considerados individualmente, isto é, interpretáveis como sendo sinais de alarme, procedeu-se ao cálculo da diferença percentual (Δ) entre as respostas enquadráveis no grupo "Relevante" e as do grupo "Não Relevante".

Da análise dos valores obtidos destacam-se as cinco situações mais relevantes para a suspeita de abuso, por ordem decrescente: sintomas depressivos com indícios de ambivalência afetiva para com o cuidador ($\Delta = 94,4\%$); sinais de higiene pessoal deficitária ($\Delta = 91,2\%$); evidência de sobre ou submedicação ($\Delta = 85,8\%$); acompanhamento médico irregular, faltando às consultas marcadas ($\Delta = 83,4\%$); lesões em diferentes estados de evolução ($\Delta = 76,3\%$). Relevam-se as duas situações que foram apontadas como patognomónicas de abuso

em maior frequência: lesões em diferentes estados evolutivos (31,5%) e sinais de constrição física (30,7%).

Verificaram-se, ainda, as seguintes tendências estatisticamente significativas: participantes com idades entre 50-59 anos tendem a não relevar a presença de DST's; profissionais com 1 a 5 anos de prática clínica tendem a não relevar as úlceras de pressão, os médicos internos e participantes com <30 anos tendem a não relevar a permanência do idoso sozinho. Para uma adequada contextualização, importa recordar que foi solicitada a valorização dos sintomas/sinais de forma individual.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com o sexo, idade, profissão ou anos de experiência clínica do participante e o facto de uma situação ter sido rotulada de "Patognomónica".

Os resultados relativos a esta questão encontram-se expostos na Tabela 2 (pág. 28).

III- PERCEÇÃO SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO

No que respeita ao enquadramento do abuso de idosos como um problema primordialmente de natureza judicial/social e não de saúde, constata-se que se 60 (47,2%) profissionais perspetivam o abuso como um problema essencialmente de saúde, 48 (37,8%) interpretam-no como um assunto de justiça/social. Em 15 (11,8%) casos foi dada a resposta "não concordam nem discordam". Uma análise mais detalhada permitiu detetar um padrão estatisticamente significativo apenas em relação com a idade: participantes com idades mais avançadas tendem a considerar o abuso como um problema de justiça/social.

Em termos da autoperceção da utilidade no processo de diagnóstico de abuso, a maioria (97,6%; n=124) considerou-a importante, sendo que nos 3 casos restantes houve uma ausência de resposta e, 2 participantes não concordaram nem discordaram. Uma percentagem também significativa (79,5%; n=101) foi admitido que devem assumir a responsabilidade no diagnóstico do abuso e apenas 9 foram desfavoráveis a esta perspetiva.

Quanto à obrigatoriedade de denúncia, 63,8% (n=81) dos participantes consideram que é obrigatório denunciar às autoridades quando se deparam com uma situação suspeita, percentagem que aumenta de forma pouco expressiva para os 70,1% (n=89), no caso da vítima relatar vivências de abuso. De salientar ainda que 36 (28,4%) assumiram não saberem se são obrigados a efetuar a denúncia numa situação de suspeita e 34 (26,8%) se é obrigatório fazê-lo após o idoso relatar uma situação de abuso.

Para reportar a situação, a maior parte dos profissionais (74,0%; n=94) consideraria exclusivamente o Serviço Social e 12 (9,5%) as Autoridades Judiciárias. Em 21 casos (16,6%), a denúncia seria efetuada para duas entidades ou mais, sendo a combinação mais frequente Serviço Social/Autoridades Judiciárias. Em 4 casos, foi indicada a APAV.

Relativamente à valorização dos motivos propostos como justificação para não efetuar a denúncia (Tabela 3, pág. 29), após o cômputo da diferença percentual (Δ) entre as respostas "Concordo" e "Não Concordo", verificou-se que apenas duas situações suscitaram uma clara anuência ($\Delta > 20\%$): a incerteza do diagnóstico e a dificuldade de diferenciar se as queixas dos idosos (que configuram abusos) correspondem à realidade ou a uma perceção distorcida da mesma.

As restantes situações mereceram diferentes graus de discordância. Os graus mais ligeiros corresponderam a casos em que, apesar da existência de forte suspeita, o idoso negue a situação ($\Delta = -5,6\%$) e o receio que o agressor assuma comportamentos violentos contra a vítima ($\Delta = -7,1\%$). As três situações que geraram maior discordância foram, por ordem decrescente: a responsabilidade profissional restringe-se à prática clínica ($\Delta = -79,6\%$), o idoso solicita para não reportar a situação, embora o profissional considere que é um caso de risco grave ($\Delta = -67,8\%$) e o sentimento que a denúncia representa um acréscimo de riscos para a vítima ou para o profissional, sendo o mais provável que a situação permaneça inalterada ($\Delta = -40,1\%$).

Para cada uma das situações propostas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com o sexo, idade, profissão ou anos de experiência clínica.

Ainda neste âmbito, o questionário dispunha de um espaço para os respondentes mencionarem outros motivos que pudessem impedir a denúncia, não tendo sido indicado nenhum.

Relativamente à importância da existência de um protocolo de atuação, a maioria dos profissionais (87,4%; n=111) referiu que se sentiria mais confortável caso fosse estabelecido um protocolo, enquanto que 7 (5,5%) revelaram preferir gerir caso-a-caso e 5 (3,9%) mencionaram recorrer a um protocolo de atuação (não especificado).

De igual modo foi significativa a resposta de 116 (91,3%) dos participantes que consideraram útil a existência de uma entidade não judicial específica a quem reportar os casos.

IV- EXPERIÊNCIA PESSOAL

No que concerne à suspeita de casos de abuso no contexto da prática clínica, a maioria (61,4%) dos profissionais (n=78) referiram ter suspeitado desta situação. Destes, 55 (70,5%) referem ter suspeitado até 5 casos, 10 (12,9%) mais do que 5 casos e, 8 mencionaram um número indeterminado de situações. Em 5 (6,4%) casos, não foi indicada uma resposta. Constatou-se uma diferença estatisticamente significativa em relação com a profissão e os anos de prática clínica, verificando-se que os médicos internos e os profissionais com menos anos de exercício clínico reportaram menor número de casos suspeitos.

Quando inquiridos sobre a suspeita de situações de abuso nos últimos doze meses, 24 (30,8%) responderam de forma afirmativa e 50 (64,1%) de forma negativa.

Dos participantes que indicaram terem suspeitado de casos durante toda a sua carreira (n=65), a maioria (83,3%) refere já ter reportado a situação, e em 2 casos, não foi dada resposta à pergunta. Quando a situação foi reportada, na maioria dos casos (80,0%), o idoso

foi encaminhado para o Serviço Social. Residualmente, foram indicadas outras entidades, como o Ministério Público ou as autoridades policiais. Nos restantes casos, a orientação passou por falar com a família ou responsável do lar, sendo referido 1 caso em que a situação já estava a ser acompanhada pela polícia.

V- FORMAÇÃO NA ÁREA DOS ABUSOS

Esta temática não foi abordada na formação básica de 90 (70,9%) profissionais inquiridos e, dos 36 (28,4%) que referem ter tido formação, 34 (94,4%) consideram que teria sido importante uma abordagem mais extensa sobre o tema. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa com a idade, já que 95% dos profissionais com mais de 60 anos indicaram não ter tido treino específico. Contudo, é também de salientar que 57,1% dos profissionais com menos de 30 anos indicaram não terem tido formação básica neste domínio.

Mais de metade (63,0%; n=80) referem nunca ter frequentado ações formativas sobre esta matéria durante a carreira. Destaca-se, porém, que a significativa maioria (96,9%; n=123) considerou a formação adicional como relevante ou muito relevante para a sua prática clínica habitual, com apenas 4 (3,2%) respondentes a considerarem-na como pouco relevante.

Discussão

A área de atuação das Unidades de Saúde intervenientes no estudo abrange uma população de cerca de 150 000 utentes tendo a maior parte dos profissionais entre 1500 e 1900 utentes no seu ficheiro clínico, e mais de três quartos estimaram que destes, pelo menos, 25% são idosos. Constata-se, pois, que existe um contacto significativo com população idosa, o que os coloca numa posição ideal para a avaliação do idoso e pesquisa de sinais que sugiram abuso. [6,12-14] Soma-se, ainda, a possibilidade de observar o idoso no seu meio familiar e a forma como interage com os cuidadores, através da visita domiciliária, que 92,9% dos intervenientes indicou efetuar, considerando que são quase os únicos profissionais que podem aceder à residência do idoso. [15] Este amplo contacto com as possíveis vítimas de abuso, permite o desenvolvimento de ações de sensibilização junto do idoso e dos cuidadores, para controlo e diminuição de fatores de risco (prevenção primária), bem como identificação precoce de sinais/sintomas indiciadores de abuso (prevenção secundária). [15-17]

De facto, em consonância com a perspetiva contemporânea preconizada pela OMS, a violência deve ser encarada como um sério problema de saúde pública. [1,2] Deste modo, foi relevante verificar que 47,2% dos profissionais consideram a violência como sendo um problema principalmente de saúde e 37,8% como de justiça/social, entendendo-se que, face ao número de respostas inválidas e ausências de resposta, não será de assumir uma tendência clara numa ou noutra direção. Não obstante, praticamente todos os respondentes (97,6%) reconhecem a utilidade dos profissionais de saúde no processo de diagnóstico, embora apenas 79,5% assumam um dever específico de o fazer.

No domínio da perceção da prevalência do abuso, constatou-se que a maior parte dos profissionais que responderam ao questionário reconhecem este problema como sendo relativamente frequente em Portugal. Em 67% (n=85) dos casos foi estimada em superior a 5% e, em 19 (15%), foi projetada no intervalo 10-15%, que é o que melhor se enquadra no

valor de 12,3% estimado no Projeto "Envelhecimento e violência". [8] Destacam-se 10,2% dos casos (n=13), em que a prevalência foi estimada em mais de 20%, sendo de referir que, nos estudos internacionais, os valores têm sido díspares, tendo nalguns casos sido indicado até 35%. [1]

Verificou-se, ainda, que mais de metade dos participantes (64,6%) consideram que o abuso surge mais frequentemente no contexto familiar e 32,3% indicam a negligência como sendo a forma de abuso mais praticada, seguida da violência emocional (22,1%). Estes resultados vão de encontro a alguns estudos publicados [13,18] que indicaram igualmente a negligência como principal forma de abuso e a sua maior prevalência em meio familiar. [13] No entanto, estes resultados contrastam com outros estudos, nomeadamente, com o Projeto "Envelhecimento e violência" [8] que indicou a violência financeira e psicológica como a que assume a maior expressão na população estudada, sendo a negligência a menos frequente juntamente com a violência sexual.

Em relação aos sinais/sintomas, para cada um dos itens propostos, houve sempre participantes que atribuíram um significado de "patognomónico", sendo os mais relevantes nesta óptica a observação de lesões em vários estados evolutivos e a presença de marcas de constrição física. O diagnóstico de maus-tratos é complexo [12] e pressupõe normalmente a associação de diversos sinais e sintomas, alguns dos quais podendo afigurar-se como mais relevantes para o profissional, por serem entendidos como estando mais frequentemente associados a abuso. De qualquer modo, uma correta interpretação implica efetuar diagnósticos diferenciais, em que devem ser também ponderadas as alterações fisiológicas próprias do idoso que podem, inclusivamente, produzir achados que se confundam com sinais de maus-tratos. [5,19] Deve ser ainda realçado o papel da entrevista clínica como parte essencial do processo diagnóstico. Assim, é aconselhada a aplicação de um conjunto de perguntas durante as consultas, através de uma conversa privada com a potencial vítima, evitando a presença do

alegado agressor, caso já exista suspeita, [16,19,20] para identificação precoce de situações de abuso, assim como estar atento aos sinais físicos, atitudes e ao estado emocional do idoso. [14,16,17] Devem, também, ser determinados os fatores de risco, como sejam estados demenciais e de dependência para as atividades de vida diária da vítima e do próprio cuidador como o *stress*, doença mental, alcoolismo, dificuldades económicas, entre outros. [19,21]

No âmbito da gestão de suspeitas de abuso, 28,4% dos inquiridos referem não saber se estão obrigados a denunciar a situação às autoridades judiciais e 26,8% não sabem se, quando confrontados com o relato de comportamentos abusivos, estão obrigados a efetuar denúncia.

À incerteza sobre a necessidade da obrigatoriedade de reportar os casos às autoridades judiciais, somam-se como fatores favorecedores da não-denúncia, a falta de certeza absoluta de que se trata de um caso de abuso e se as queixas dos idosos corresponderem à realidade ou a uma perceção distorcida da mesma. Estes dois últimos aspetos estão de acordo com os encontrados noutros trabalhos, [18,20] que suportam a ideia de que existe um défice na formação que se traduz na incerteza de diagnóstico e receio de errar ao proceder à denúncia.

É de reconhecer que o exercício da atividade assistencial prestada pelos médicos e enfermeiros reveste-se de particularidades, por exemplo, no que toca ao segredo profissional, e que podem suscitar dúvidas aos profissionais de saúde sobre a melhor forma de agir. Contudo, importa recordar que, os Art.ºs 52 e 53 do Código Deontológico Médico, indicam explicitamente que o médico deve *usar particular solícitude e cuidado para com o menor, o idoso ou o deficiente, especialmente quando verificar que os seus familiares ou outros responsáveis não são suficientemente capazes ou cuidadosos para tratar da sua saúde ou assegurar o seu bem-estar* e que, quando *verifique que estes são vítimas de sevícias, maus-tratos ou assédio, deve tomar providências adequadas para os proteger, nomeadamente alertando as autoridades competentes*, relativizando desta forma o valor do segredo

profissional. Da leitura do Código Deontológico do Enfermeiro, entende-se ser possível interpretação análoga, a partir da conjugação do Art.º 81 alínea c) com o Art. 85º, alínea c).

Apesar do problema ser considerado por muitos autores como raramente reportado pelos profissionais, apesar de ocuparem uma posição privilegiada para o fazerem [10,20,22,23], o presente estudo demonstrou uma boa relação entre os casos em que existiu suspeita e o reporte. De facto, dos 78 (61,4%) participantes que referiram já ter suspeitado de, pelo menos um caso de abuso, 83,3% reportou a situação.

Uma questão que se pode colocar neste âmbito é o que se poderá entender como *entidades competentes* para lidar com esta situação. Na aceção do Art.º 242 do Código do Processo Penal, a denúncia é obrigatória *para os funcionários quanto a crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas*, ou seja, deverá ser dada notícia às autoridades judiciais para que procedam à investigação. De realçar, contudo, que no articulado não consta referência explícita a qualquer limite temporal para a formulação da denúncia, permitindo alguma flexibilidade na forma de atuação. Esta interpretação, aliás, é a que consta num documento da Direção Geral de Saúde contendo diretrizes para gestão de casos de maus-tratos em crianças e jovens, permitindo estabelecer vários níveis de ação, em que se privilegiam os serviços de saúde na primeira linha, apoiados por Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, podendo os casos ser sinalizados à CPCJ e, se necessário, recorrer à intervenção judicial. [24]

Contudo, na resposta às perguntas " Em caso de suspeita e se decidisse reportar a situação a que entidades o faria?" e "Na suspeita de abuso já alguma vez reportou a situação a outros serviços?" verificou-se que, apenas residualmente, seriam consideradas como opção as entidades judiciais, recaindo a escolha preferencial sobre os Serviços Sociais.

Subjacente a esta realidade, poderá apontar-se um certo desconforto que empiricamente se reconhece que os profissionais de saúde tendem a sentir no contato com o

meio judicial. Outras justificações possíveis prendem-se com a maior facilidade no acesso a estes serviços e, ainda, da importância da manutenção da relação de confiança entre os médicos e os enfermeiros "de família", relativamente ao idoso e a família. Neste sentido, são privilegiadas as soluções que pareçam melhor proteger o idoso de comportamentos abusivos, assegurando simultaneamente a sua autonomia [11,14,15], evitando a eventual estigmatização suscitada pela intervenção judicial e minimizando a perturbação da relação de confiança com o idoso e os familiares (sobretudo nos casos de vítima-cuidador, em que essa relação poderá ajudar na reestruturação da família), pelo que se torna mais compreensível o recurso preferencial aos Serviços Sociais.

No aprofundamento da reflexão sobre as dificuldades atualmente sentidas pelos profissionais de saúde na decisão da estratégia que permite um justo equilíbrio entre o melhor interesse do paciente, os deveres profissionais e os deveres legais, é de ponderar no que significa 87,4% dos inquiridos afirmarem que se sentiriam mais confortáveis caso fossem definidos protocolos de atuação e de 91,3% considerarem útil uma entidade não judicial a quem reportar os casos.

Urge, pois, uma clarificação da metodologia a aplicar na gestão destes casos, porventura sob a forma de normas de orientação clínica, à semelhança do que sucede no caso de maus-tratos infantis e que, eventualmente, contemplassem alguns critérios de rastreio a aplicar, na observação do idoso em consultas de rotina.

Por fim, no que concerne à formação básica dos profissionais de saúde, constatou-se que a temática dos maus-tratos à pessoa idosa não foi abordada em 70,9% dos casos, o que constitui, em nosso entender, uma lacuna importante na formação. E, apesar de um número significativo dos profissionais sem treino básico específico nesta área se concentrar na faixa etária acima de 60 anos, facilmente compreensível atendendo a que apenas nas últimas duas décadas o problema dos maus-tratos tem assumido maior relevância, mais preocupante se

considera que, nessa mesma linha de raciocínio, mais de metade dos respondentes com idade inferior 30 anos tenham referido que a formação básica não contemplou esta matéria.

Assim se poderá melhor compreender parte das dificuldades que podem surgir na identificação de situações de abuso ou na melhor forma de as gerir. A este propósito, realce-se que há autores que defendem que será mais importante educar, de forma a aumentar a consciencialização dos profissionais sobre este problema, do que a criação de algoritmos e métodos de rastreio. [19] Aliás, sobre a importância destes últimos, é de referir que, apesar de existirem vários instrumentos de rastreio já publicados, não há evidência científica que recomende o seu uso. [8,10,14,16]

É de reconhecer que este estudo apresenta algumas limitações. De forma a conseguir generalizar os resultados seria necessário aplicar este questionário, ou análogo, noutras unidades de saúde do país por forma a obter uma amostragem mais significativa e representativa do panorama nacional. Por outro lado, a elaboração do questionário com apenas duas páginas com o intuito de garantir uma maior taxa de resposta limitou o número e tipo de questões colocadas, não tendo sido possível uma abordagem mais exaustiva da questão da perceção do profissional, do conhecimento de sinais sugestivos de abuso e do método de gestão de casos suspeitos, também por esta via limitando a comparação com outros estudos.

No entanto, os autores consideram que este estudo foi relevante para um enquadramento geral sobre a forma como esta temática é entendida pelos profissionais de saúde dos cuidados primários, assunto que não se encontra estudado de forma aprofundada, nomeadamente, a nível nacional.

Conclusão

Com o envelhecimento da população, a sensibilização e formação dos profissionais de saúde, em particular os integrados nos cuidados de saúde primários, sobre a problemática do abuso do idoso torna-se cada vez mais pertinente. A relevância é ainda mais expressiva quando se admite que, na maioria das vezes, não será o idoso a procurar ajuda por iniciativa própria, cabendo ao médico ou enfermeiro manter-se em alerta, por forma a detetar precocemente os sinais de alarme que potenciam a identificação de possíveis vítimas.

Como foi possível constatar neste estudo, os profissionais de saúde demonstraram sinais de preocupação e consciencialização da relevância do problema, assim como do papel que podem desempenhar na prevenção e diagnóstico do abuso. Deste modo, e indo de encontro aos anseios inferidos das respostas que os mesmos indicaram, diríamos que importa aprofundar as competências técnicas de abordagem de idosos potencialmente vítimas de abuso.

De suma utilidade, seria também equacionar-se o futuro desenvolvimento de normas de orientação clínica, como já existem para gestão de casos de maus-tratos noutros contextos, que uniformizassem procedimentos a nível nacional, contemplando uma abordagem multidisciplinar e procurando equilibrar as vertentes de saúde, justiça, autonomia do idoso e promoção da família, permitindo desta forma aumentar a segurança dos profissionais na gestão destes casos.

Agradecimentos

Um agradecimento às direções das Unidades de Saúde e aos profissionais de saúde que exercem atividade profissional e que colaboraram para a concretização deste estudo, nomeadamente, UCSP Cruz de Celas, UCSP Eiras, UCSP Fernão Magalhães, UCSP Norton de Matos, UCSP Santa Clara, UCSP São Martinho, USF Biosa, USF Celas Saúde, USF Cruz de Celas, USF Mondego, USF Rainha Santa Isabel e USF Topázio.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não houve conflito de interesses na realização deste trabalho.

Referências bibliográficas

1. WHO. A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report. WHO; 2008.
2. Borralho O. Maus-Tratos e Negligência a Pessoas Idosas: Identificação e Caracterização de Casos no Serviço de Urgência de um Hospital Central. Mestrado em Psicologia [Dissertação]. Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação; 2010
3. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing; 2013. United Nations: New York, 2012.
4. Website: Eurostat. Old-age-dependency ratio [document on the internet] (2014 Novembro 22). Disponível em:
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsdde510>
5. Collins K. Elder Maltreatment. Arch Pathol Lab Med. 2006; 130:1290-1296
6. APAV. Manual Título para o atendimento de pessoas idosas vítimas de crime e violência. 2010.
7. Santos AJ, Nicolau R, Fernandes A, Gil AP. Prevalência da Violência Contra as Pessoas Idosas. Sociologia, Problemas e Práticas. 2013; 72:53-77.

- 8.** Projeto envelhecimento e violência. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge 2014.
- 9.** Burston GR. Granny-Battering.Br Med J. 1975.p.592.
- 10.** Perel-Levin S. WHO. Discussing screening for elder abuse at primary health care level.WHO press.2008.
- 11.** Perez Carceles MD, Rubio L, Pereniguez JE, Perez-Flores D, Osuna E, Luna A. Suspicion of elder abuse in South Eastern Spain: The extent and risk factors. Arch Gerontolgeriatr.2009; 49:132–137.
- 12.** Yaffe M, Tazkarji B. Understanding elder abuse in family practice. Can Fam Physician. 2012; 58:1336-1340.
- 13.** McCreadie C, Bennett G, Gilthorpe M, Houghton G, Tinker A. Elder abuse: do general practitioners know or care? Journal of the royal society of medicine2000; 93:67-71.
- 14.** Costa I, Pimenta A, Brigas D, Santos L, Almeida S. Maus tratos nos idosos: Abordagem nos cuidados de saúde primários. Rev Port Clin Geral; 2009; 25:537-42
- 15.** Bernal A, Gutiérrez J. Malos tratos a personas mayores: guía de actuación. IMSERSO. 2005.

- 16.** Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Aten Primaria*; 2006; 37(1):56-9
- 17.** Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Aten Primaria*; 2006; 37(2):113-5
- 18.** Jones JS, Veenstra TR, Seamon JP, Krohmer J. Elder mistreatment: National survey of emergency physicians. *Ann Emerg Med* 1997; 30: 473-79.
- 19.** Lachs M, Pillemer K. Elder abuse. *The Lancet* 2004; 364: 1263-72
- 20.** Gorbien M, Eisenstein MA. Elder abuse and neglect: An overview. *Clin Geriatr Med* 2005; 279-292
- 21.** Levine J. Elder neglect and abuse: a primer for primary care physicians. *Geriatrics*. 2003; 58(10):37-44.
- 22.** Kleinschmidt K. Elder abuse: A review. *Ann Emerg Med* 1997; 30:463-472
- 23.** Rodríguez M, Wallace S, Woolf N, Mangione C. Mandatory reporting of elder abuse: Between a rock and a hard place. *Ann Emerg Med* 2006; 4(5):403-409.
- 24.** Direcção-Geral da Saúde. Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da saúde. Direcção-Geral da Saúde. 2008.

Tabelas

Tabela 1- Características demográficas dos profissionais participantes no estudo (N=127).

Dados Demográficos	n	%
Sexo		
Masculino	24	18,9
Feminino	102	80,3
Ausência de resposta	1	0,8
Idade		
<30	21	16,5
30-39	23	18,1
40-49	23	18,1
50-59	33	26,0
>=60	20	15,8
Ausência de resposta	7	5,5
Profissão		
Enfermeiro	55	43,3
Médico	46	36,2
Médico interno	25	19,7
Ausência de resposta	1	0,8
Experiência Clínica (anos)		
<1	2	1,6
1-5	24	18,9
6-10	5	3,9
11-15	11	8,7
>15	84	66,1
Ausência de resposta	1	0,8

Dados Demográficos	n	%
Modelo de Unidade de Saúde		
UCSP	61	48,0
USF	66	52,0
População		
Rural	5	3,9
Urbana	46	36,2
Mista	75	59,1
Resposta inválida	1	0,8
Número de utentes assistidos		
<1500	13	10,2
1500-1900	92	72,4
>1900	22	17,3
% de idosos no ficheiro		
<25%	25	19,7
25-50%	47	37,0
59-75%	42	33,1
>75%	8	6,3
Ausência de resposta	5	3,9
Domicílios		
Sim	118	92,9
Não	8	6,3
Ausência de resposta	1	0,8

Tabela 2 - Grau de relevância atribuído a diferentes situações apresentadas como sinal de abuso

Situações apresentadas	Irrelevante	P. Relevante	Relevante	M. Relevante	Patognomónico	Δ (%)	A. R. n(%)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Sintomas depressivos com indícios de ambivalência afetiva para com o cuidador	1 (0,8)	2 (1,6)	45 (35,4)	58 (45,7)	20 (15,8)	94,4	1 (0,8)
Preocupação com a gestão do dinheiro pelo cuidador	1 (0,8)	13 (10,2)	55 (43,3)	46 (36,2)	11 (8,7)	77,2	1 (0,8)
Mudança súbita de testamento	17 (13,4)	16 (12,6)	29 (22,8)	47 (37,0)	10 (7,9)	41,7	8 (6,3)
Ausência de dentaduras, óculos ou canadianas, quando são necessárias	2 (1,6)	14 (11,2)	34 (26,8)	58 (45,7)	18 (14,2)	74,1	1 (0,8)
Lesões em diferentes estados de evolução	3 (2,4)	9 (7,1)	21 (16,5)	48 (37,8)	40 (31,5)	76,3	6 (4,7)
Evidência de sobre ou submedicação	1 (0,8)	8 (6,3)	37 (29,1)	58 (45,7)	23 (18,1)	85,8	0
Sinais de infeções sexualmente transmissíveis	20 (15,8)	23 (18,1)	29 (22,8)	26 (20,5)	28 (22,1)	31,5	1 (0,8)
Queixas anogenitais	19 (15,0)	14 (11,0)	38 (29,9)	37 (29,1)	16 (12,6)	45,6	3 (2,4)
Presença de úlceras de pressão	1 (0,8)	24 (18,9)	38 (29,9)	44 (34,7)	19 (15,0)	59,8	1 (0,8)
Sinais de higiene pessoal deficitária	1 (0,8)	3 (2,4)	36 (28,4)	54 (42,5)	30 (23,6)	91,2	3 (2,4)
Vestido de forma desadequada	4 (3,2)	16 (12,6)	53 (41,7)	40 (31,5)	11 (8,7)	66,2	3 (2,4)
Sinais de constrição física (punhos, tornozelos)	9 (7,1)	11 (8,7)	20 (15,8)	46 (36,2)	39 (30,7)	66,8	2 (1,6)
Cuidador deixa idoso sozinho grande parte seu dia (mesmo que seja para ir trabalhar)	3 (2,4)	13 (10,2)	48 (37,8)	51 (40,2)	11 (8,7)	74,1	1 (0,8)
Acompanhamento médico irregular, faltando às consultas marcadas	3 (2,4)	7 (5,5)	45 (35,4)	54 (42,5)	17 (13,4)	83,4	1 (0,8)

Legenda: P. Relevante - Pouco Relevante; M. Relevante - Muito Relevante; Δ- diferença percentual entre as respostas enquadráveis no grupo “Relevante” (Relevante + Muito Relevante + Patognomónico) e as do grupo “Não Relevante” (Irrelevante + Pouco Relevante); A.R. – Ausência de resposta.

Tabela 3 - Valorização dos motivos propostos como justificção para não efetuar a denúncia

Situações apresentadas	Não Concordo n(%)	NC/ND n(%)	Concordo n (%)	Δ (%)	A.R. n (%)
Apesar de ter fortes suspeitas de abuso, a vítima nega a ocorrência dos mesmos.	59 (46,5)	15 (11,8)	52 (40,9)	-5,6	1 (0,8)
Apesar de suspeitar de abuso, não tenho a certeza absoluta de ser esse o caso	35 (27,6)	21 (16,5)	69 (54,3)	26,7	2 (1,6)
É difícil ter a certeza absoluta se as queixas (que configuram abusos) dos idosos correspondem à realidade ou a uma percepção distorcida da mesma (devido a alterações cognitivas, tendência para exagerar as queixas ou mentir).	31 (24,4)	25 (19,7)	66 (52,0)	27,6	5 (3,9)
As minhas obrigações profissionais restringem-se à prática clínica, cabendo a outros profissionais essa responsabilidade.	106 (83,5)	14 (11,0)	5 (3,9)	-79,6	2 (1,6)
O idoso solicita-lhe diretamente para que não reporte o caso.	57 (44,9)	27 (21,3)	39 (30,7)	-14,2	3 (2,4)
O idoso solicita-lhe veementemente para que não reporte a situação, embora considere que é um caso de risco grave.	99 (78,0)	13 (10,2)	13 (10,2)	-67,8	2 (1,6)
Receia que o agressor possa tornar-se mais violento para a vítima	58 (45,7)	18 (14,2)	49 (38,6)	-7,1	2 (1,6)
Receia que o agressor possa reagir violentamente contra si.	71 (55,9)	28 (22,1)	25 (19,7)	-36,2	2 (1,6)
Receia que o agressor possa agir judicialmente contra si caso não seja dado como provado no Tribunal que houve abuso.	64 (50,4)	38 (29,9)	23 (18,1)	-32,3	2 (1,6)
Representa um acréscimo de riscos para a vítima e/ou para si e considera que o mais provável é a situação permanecer inalterada.	77 (60,6)	20 (15,8)	26 (20,5)	-40,1	4 (3,2)

Legenda: NC/ND: Não Concordo Nem Discordo; Δ – diferença de percentual entre as respostas “Concordo” e “Não Concordo”; A.R. - Ausência de resposta

Anexos

I. Questionário

Questionário

O meu nome é Mafalda de Fátima Alves Ferreira e frequento o Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento deste questionário, enquadrado no trabalho final de 6º ano, no qual se pretende conhecer a perspetiva dos profissionais de cuidados de saúde primários da região centro sobre o abuso de idosos. O preenchimento tem uma duração estimada de 5 a 10 minutos, sendo a sua participação voluntária e anónima. Não existem respostas certas ou erradas e os dados obtidos serão tratados em conjunto com os dos demais questionários destinando-se aos fins exclusivos deste trabalho, pelo que se solicita que responda a todas as questões de forma sincera.

Agradeço desde já toda a disponibilidade e colaboração dos colegas profissionais de saúde,

Mafalda Ferreira

I. DADOS DEMOGRÁFICOS

- 1.1. **Sexo:** Masculino Feminino 1.2. **Idade(anos):** <30 30-39 40-49 50 a 59 >60
- 1.3. **Profissão:** Médico Médico interno(MGF) Enfermeiro
- 1.4. **Experiência clínica (anos):** <1 1-5 6-10 11-15 >15
- 1.5. **Modelo de unidade de saúde:** UCSP USF
- 1.6. **Assiste uma população predominantemente:** Rural Urbana Mista
- 1.7. **Número de utentes no ficheiro clínico:** < 1500 1500-1900 >1900
- 1.8. **Estimativa da % de idosos na população assistida:** < 25% 25-50% 50-75% >75%
- 1.9. **Efetua visitas domiciliárias?** Sim Não

II. PERCEÇÃO DO ABUSO DE IDOSOS

- 2.1. **Estima a prevalência do abuso em Portugal (% população idosa):** <1 1-5 5-10 10-15 15-20 > 20
- 2.2. **Em que contexto considera ser mais frequente?** Institucional Familiar Outro Qual? _____
- 2.3. **A forma de abuso mais frequente é:** Física Sexual Financeira Emocional Negligência
- 2.4. **Indique o grau de relevância que atribui às seguintes situações como sinal de abuso (consideradas individualmente):**

	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
Sintomas depressivos com indícios de ambivalência afetiva para com o cuidador						Queixas anogenitais					
Preocupação com a gestão do dinheiro pelo cuidador						Presença de úlceras de pressão					
Mudança súbita de testamento						Sinais de higiene pessoal deficitária					
Ausência de dentaduras, óculos ou canadianas, quando são necessárias						Vestido de forma desadequada					
Lesões em diferentes estados de evolução						Sinais de constrição física (punhos, tornozelos)					
Evidência de sobre ou submedicação						Cuidador deixa idoso sozinho grande parte seu dia (mesmo que seja para ir trabalhar)					
Sinais de infeções sexualmente transmissíveis						Acompanhamento médico irregular, faltando às consultas marcadas					

Legenda: 1 - Irrelevante; 2 - Pouco relevante; 3 - Relevante; 4 - Muito Relevante; 5 - Patognomónico

III. PERCEÇÃO SOBRE AS ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO

- 3.1. **O abuso de idosos é, principalmente, um problema da justiça/social e não de saúde?** Sim Não *NC/ND
- 3.2. **Os profissionais de saúde podem ser úteis no diagnóstico de abuso?** Sim Não *NC/ND
- 3.3. **Os profissionais de saúde devem assumir responsabilidade no diagnóstico de abuso?** Sim Não *NC/ND
- 3.4. **Em Portugal, é obrigatório aos profissionais de saúde denunciar às autoridades judiciais todas as suspeitas de abuso de idosos?:** Sim Não Não sabe
- 3.5. **Em Portugal, se o idoso relatar situações de abuso, é necessariamente obrigatório aos profissionais de saúde denunciar às autoridades judiciais?:** Sim Não Não sabe
- 3.6. **Em caso de suspeita e se decidisse reportar a situação a que entidades o faria?**
Autoridade judiciárias Serviço social Outra(s) entidade(s) Indique: _____

Legenda: * NC/ND – Não concordo nem discordo

3.7. Indique se concorda (ou não) que as situações apresentadas podem favorecer a decisão de não efetuar denúncia às autoridades judiciais: *(esclarece-se que efetuar denúncia significa somente comunicar a suspeita de uma situação e iniciar um processo de investigação, sendo diferente de apresentar queixa)*

	Concordo	Não concordo	Não Concordo Nem Discordo
Apesar de ter fortes suspeitas de abuso, a vítima nega a ocorrência dos mesmos.			
Apesar de suspeitar de abuso, não tenho a certeza absoluta de ser esse o caso.			
É difícil ter a certeza absoluta se as queixas (que configuram abusos) dos idosos correspondem à realidade ou a uma perceção distorcida da mesma (devido a alterações cognitivas, tendência para exagerar as queixas ou mentir).			
As minhas obrigações profissionais restringem-se à prática clínica, cabendo a outros profissionais essa responsabilidade.			
O idoso solicita-lhe diretamente para que não reporte o caso.			
O idoso solicita-lhe veementemente para que não reporte a situação, embora considere que é um caso de risco grave.			
Receia que o agressor possa tornar-se mais violento para a vítima.			
Receia que o agressor possa reagir violentamente contra si.			
Receia que o agressor possa agir judicialmente contra si caso não seja dado como provado no Tribunal que houve abuso.			
Representa um acréscimo de riscos para a vítima e/ou para si e considera que o mais provável é a situação permanecer inalterada.			

Outras situações a relevar: _____

3.8. Sentir-se-ia mais confortável na gestão destes casos se existisse um protocolo de atuação?

Sim Não, prefiro fazer a minha gestão caso-a-caso Não, já sigo um protocolo de atuação

3.9. Consideraria útil a existência de uma entidade não judicial (tipo Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) a quem reportar os casos? Sim Não NC/ND

IV. EXPERIÊNCIA PESSOAL

4.1. Na sua prática clínica alguma vez suspeitou de situações de abuso de idosos? Sim Não

4.1.1. Se SIM, quantas vezes? _____

4.1.2. Se SIM, detetou alguma situação nos últimos 12 meses? Sim Não

4.2. Na suspeita de abuso já alguma vez reportou a situação a outros serviços? Sim Não

4.2.1. Se SIM, a quem se dirigiu? Ministério público Polícia Judiciária PSP/GNR Serviço social

Outro(s) Indique: _____

4.2.2. Se NÃO, indique sucintamente como prefere gerir os casos: _____

V. FORMAÇÃO NA ÁREA DOS ABUSOS

5.1. Na sua formação básica, foi abordada a temática dos abusos? Sim Não

5.1.1. Se SIM, considera que teria sido importante uma abordagem mais extensa deste tema? Sim Não

5.2. Durante a sua carreira clínica, já frequentou formações sobre este tema? Sim Não

5.3. Para a sua prática clínica habitual, como valoriza a formação adicional nesta área?

Irrelevante Pouco Relevante Relevante Muito Relevante

VI. COMENTÁRIOS / REFLEXÕES PESSOAIS

(caso a observação tenha sido suscitada por alguma questão em particular, sugere-se colocar um símbolo à frente da mesma e do comentário, para facilitar a interpretação)

Obrigado pela colaboração.

II. Autorização ARS Centro



ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Exma. Senhora
Dra. Mafalda Fátima Alves Ferreira

027343 '14 10-03 15:14

mafalda.alvesferreira@gmail.com

Sua referência

Data

Nossa referência

Data

ASSUNTO: "Detecção e estratégias de intervenção por parte dos profissionais dos cuidados de saúde primários na suspeita de abuso do idoso". – 39/2014

Serve o presente para informar V. Ex^a., que o Conselho Diretivo da ARS Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), que se anexa.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Diretivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Tereso)

No registo arquivar a "nossa referência". Em cada e-mail tratar-se de um assunto.

AL

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL:</p> <p>FAVORÁVEL</p>	<p>DESPACHO:</p> <p><i>Homenageie-se o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> <i>2.10.2014</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro I.P.</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Dr. José Manuel Azenha Teresa Presidente,</p>
--	--

ASSUNTO: Título: "Detecção e estratégias de intervenção por parte de profissionais dos cuidados de saúde primários na suspeita de abuso do idoso" (processo n.º 39/14)

[Assinatura]
Dr.ª Maria Augusta Mota
Vogal,

No âmbito de trabalho final do 6º ano médico, a autora Mafalda de Fátima Alves Ferreira pretende investigar a sensibilidade dos profissionais de saúde para a deteção do abuso sobre idosos através de um questionário formulado especificamente para este trabalho.

Relator: C.A. Fátima Ribeiro

[Assinatura]

COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO: "Detecção e estratégias de intervenção por parte dos profissionais dos cuidados de saúde primários na suspeita de abuso do idoso"

Nº DO ESTUDO: 39/2014

DATA DA ENTRADA DO PEDIDO: 30.06.2014

TIPO DE ESTUDO:

INVESTIGADOR(ES) PRINCIPAL(AIS): Mafalda de Fátima Alves Ferreira

CENTROS ENVOLVIDOS: Unidades de Saúde Familiares da região de Coimbra, "nomeadamente UCSP Fernão de Magalhães, USF Cruz de Celas, USF Celas Saúde, UCSP de Celas, USF Briosa, UCSP Norton de Matos, USF S. Martinho do Bispo, UCSP de S. Martinho do Bispo, USF Rainha Santa Isabel, UCSP de Santa Clara, USF Topázio, UCSP de Eiras".

OBJECTIVOS DO ESTUDO: Pretende-se investigar a percepção dos profissionais de saúde na detecção de potenciais vítimas de abuso, bem como caracterizar o modo do seu diagnóstico e a sua atuação.

MATERIAL E MÉTODOS: Numa primeira fase fazem pesquisa bibliográfica e depois aplicam um questionário

DOCUMENTOS QUE CONSTAM NO PEDIDO:

-Pedido de autorização para a realização do estudo num serviço / centro de saúde / outro: Sim

-Autorização (das entidades envolvidas (ARS/USP/USF/outras): Foi pedida

-Currículo vitae dos investigadores: É aluna do 6º ano do MIM (Coimbra). Orientadores: Dr César Lares dos Santos e Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira

-Documento específico da CES: Sim

-Protocolo do Estudo: Sim

-Cronograma/calendarização do estudo: Sim

-Declaração sobre custos (por exemplo, para a instituição ou para a ARS), com indicação dos pagamentos feitos ou a fazer: Custos suportados pelos próprios autores

-Promotor ou financiador do estudo: Não aplicável

-Contrato financeiro/Orgamento: Não aplicável

-Autorização da CNPD para a realização do estudo (quando aplicável): Não é necessário porque o profissional de saúde é livre de responder

- Consentimento informado: Não aplicável

-Declaração sobre a entrega de relatório final: Sim

- Anexos (identificá-los): Questionário, Formulário, Pedidos de Autrização, CV

APRECIÇÃO GERAL

No âmbito de trabalho final do 6º ano médico, a autora pretende investigar a sensibilidade dos profissionais de saúde para a detecção do abuso sobre idosos através de um questionário formulado especificamente para este trabalho.

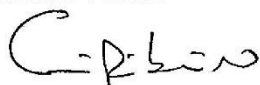
PARECER FINAL

Parecer Favorável

DATA: 15 de Setembro de 2014

RELATOR: Carlos A. Fontes Ribeiro

ASSINATURA:



III. Autorização ACeS Baixo Mondego

Deteção e estratégias de intervenção por parte dos profissionais dos cuidados de saúde primários na suspeita de abuso do idoso

Noemia Maria Dias Coelho <Noemia.Coelho@srscoimbra.min-saude.pt> 24 de Setembro de 2014 às 15:38
Para: mafalda.alvesferreira@gmail.com
Cc: "pcc.aces" <pcc.acesbm@gmail.com>

Exma. Senhora,

Por deliberação do Conselho Clínico e de Saúde deste ACeS, informa-se que, atendendo à pertinência do tema, o ACeS concorda com a execução do estudo "Deteção e estratégias de intervenção por parte dos profissionais dos cuidados de saúde primários na suspeita de abuso do idoso".

Mais se informa que o mesmo será encaminhado para a Comissão de Ética da ARSC.

À disposição para o que tiver por conveniente, apresentamos melhores cumprimentos.

Noémia Coelho
Assistente Técnica
ACeS Baixo Mondego
Tel 239 793 360