

## Maus-tratos no ambiente familiar contra idosos nas Ilhas dos Açores<sup>1</sup>

Juan Manuel Carmona-Torres<sup>2</sup>  
Rosa María Carvalhal-Silva<sup>3</sup>  
Maria Helena Viera-Mendes<sup>4</sup>  
Beatriz Recio-Andrade<sup>5</sup>  
Thomas Goergen<sup>6</sup>  
María Aurora Rodríguez-Borrego<sup>7</sup>

**Objetivos:** dimensionar os maus-tratos contra as pessoas idosas vulneráveis no ambiente familiar e comunitário nas Ilhas dos Açores, identificar fatores de risco para maus-tratos e definir o perfil do idoso maltratado. **Método:** estudo descritivo transversal. Amostragem aleatória. Os instrumentos utilizados foram: prontuários dos usuários, Mini Exame do Estado Mental, teste de autonomia para as Atividades Básicas da Vida Diária, Escala APGAR Familiar, Índice de Suspeição de Abuso no Idoso e Formulário de Avaliação de Trabalho Social. Análise estatística descritiva foi usada para as variáveis qualitativas e quantitativas e regressão logística múltipla foi usada para identificar os fatores associados aos maus-tratos. **Resultados:** suspeita de maus-tratos foi identificada em 24,5% dos idosos participantes. O abuso psicológico foi o tipo de maus-tratos mais comum e os responsáveis por esses maus-tratos foram principalmente os filhos. **Conclusão:** ser mulher e pertencer a uma família disfuncional está associado com uma maior probabilidade de sofrer maus-tratos; o alto nível de violência doméstica contra os idosos nas Ilhas dos Açores segue o mesmo padrão do resto de Portugal.

**Descritores:** Maus-Tratos ao Idoso; Idoso; Violência Doméstica; Açores.

<sup>1</sup> Artigo extraído da tese de doutorado "Abuse study on vulnerable elderly in the family and community in Spain (Andalusia-Cordoba), Portugal (Porto, Azores) and Bolivia (Santa Cruz de la Sierra). Comparative study", apresentada à Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

<sup>2</sup> PhD, Pesquisador, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Universidad de Castilla La Mancha, Toledo, Castilla La Mancha, Espanha.

<sup>3</sup> PhD, Professor Doutor, Escola Superior de Saúde, Universidade dos Açores, Angra do Heroísmo, Açores, Portugal.








<sup>4</sup> MSc, Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde, Universidade dos Açores, Angra do Heroísmo, Açores, Portugal.

<sup>5</sup> Enfermeira, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, Castilla La Mancha, Espanha.

<sup>6</sup> PhD, Professor Adjunto, Deutsche Hochschule der Polizei, Münster, NRW, Alemanha.

<sup>7</sup> PhD, Professor Titular, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Universidad de Córdoba, Córdoba, Andalucía, Espanha.

### Como citar este artigo

Carmona-Torres JM, Carvalhal-Silva RM, Vieira-Mendes MH, Recio-Andrade B, Goergen T, Rodríguez-Borrego MA. Elder abuse within the family environment in the Azores Islands. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2932. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1871.2932>.   

URL

## Introdução

Os maus-tratos contra idosos são definidos na Declaração de Toronto pela Prevenção Global de Abuso contra Pessoas Idosas<sup>(1)</sup>, como "Um ato único ou repetido, ou a ausência de medidas apropriadas, que ocorre dentro de qualquer relacionamento onde há uma expectativa de confiança e que causa dano e ou sofrimento a uma pessoa idosa".

A detecção de maus-tratos é uma tarefa muito complexa porque, em muitos casos, esse problema permanece oculto e é escondido pelas próprias vítimas<sup>(2)</sup>. A baixa detecção de maus-tratos contra idosos têm muitas causas, dentre as quais encontra-se o fato de que ela ocorre principalmente na esfera privada<sup>(2)</sup>. A vítima nega e não relata os maus-tratos por medo de retaliação, sentimento de culpa, vergonha ou medo de não ser acreditado; ou, por outro lado, pelo fato de sofrerem comprometimento cognitivo ou por estarem socialmente isolados. Outro obstáculo vem do agressor, que nega a existência de maus-tratos, impede o acesso aos serviços de saúde e/ou sociais e rejeita as intervenções. Por sua vez, os profissionais responsáveis pelo atendimento dessas situações podem não ter formação, protocolos, tempo e consciência do problema; ou não querem se envolver em questões legais, tem falta de conhecimento sobre os recursos disponíveis, tem medo de contrariar a pessoa responsável pelo idoso ou apresentam comportamento reservado<sup>(1-3)</sup>.

Em Portugal não existe uma legislação específica para proteger grupos de idosos vulneráveis<sup>(4)</sup>. A legislação existente pela qual são julgados os maus-tratos contra os idosos é baseada em artigos gerais do código penal, não sendo exclusiva para os idosos, como o artigo 143 "crimes contra a integridade física" e o artigo 152 "crime de violência doméstica"<sup>(5)</sup>. Estudos prévios sobre maus-tratos contra idosos em Portugal são escassos<sup>(6-8)</sup> e, embora utilizem diferentes instrumentos de medição, a maioria identifica os maus-tratos psicológicos como o tipo de abuso mais comum. As taxas estimadas prevalência de maus-tratos contra idosos no ambiente familiar em Portugal oscilam entre 12,3% e 51,8%<sup>(6-8)</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(7)</sup>, como resultado das análises do "Relatório Europeu sobre Prevenção de Maus-tratos contra Pessoas Idosas" (2011), afirma que "o problema de maus-tratos contra idosos é particularmente grave em Portugal". No que se refere às Ilhas dos Açores, o reconhecimento público dos maus-tratos como um problema de saúde é uma questão relativamente recente. As referências na literatura médica remontam aos últimos 30 anos e este tem sido um importante tema de discussão e preocupação, juntamente com o rápido envelhecimento

da população. Um estudo realizado em 2009 sobre a violência de gênero em pessoas de 18 anos ou mais, encontrou que 34,2% das pessoas com mais de 65 anos tinham sido vítimas de pelo menos um ato de violência, sendo a violência psicológica a mais comum<sup>(9)</sup>.

Os maus-tratos têm consequências físicas, psicológicas ou sociais para os idosos<sup>(7,10)</sup> e tem uma repercussão importante na utilização dos serviços de saúde, pois geram um aumento no atendimento e nas hospitalizações e podem causar morte prematura<sup>(7,10)</sup>. Portanto, os maus-tratos contra idosos tornaram-se uma realidade que os profissionais de saúde devem enfrentar com uma frequência cada vez maior. Isto é particularmente importante no caso dos profissionais de enfermagem, uma vez que são eles que realizam o maior número de visitas domiciliares e, muitas vezes, são os únicos que têm contato com os idosos maltratados, desempenhando um papel fundamental na detecção dos maus-tratos contra os idosos<sup>(11-12)</sup>.

Pelas razões expostas, decidiu-se investigar a situação desta questão social no âmbito das ilhas do arquipélago de Açores, com o objetivo de diagnosticar a prevalência de maus-tratos contra idosos vulneráveis no ambiente familiar e comunitário, identificar os fatores de risco para maus-tratos e definir o perfil dos idosos maltratados nas Ilhas dos Açores.

## Método

Estudo observacional descritivo do tipo transversal, desenvolvido durante o período de janeiro a junho de 2015. Os sujeitos do estudo eram pessoas com mais de 65 anos, homens e mulheres, pertencentes à área de cobertura dos Centros de Saúde das Ilhas dos Açores. O critério de inclusão foi que os idosos permanecessem nas mesmas condições de coabitação por pelo menos seis meses e o critério de exclusão foi idosos com comprometimento cognitivo.

O tamanho da amostra foi calculado com o programa GRANMO (v 7.12 Abril de 2012) para a estimativa de 34,2%, uma taxa de prevalência estimada a partir de um estudo prévio realizado nas Ilhas dos Açores<sup>(9)</sup>. Considerou-se um erro alfa de 0,95, uma precisão de +/- 0,07 unidades em contraste bilateral e um índice de reposição de 10%, resultando em uma amostra composta por 196 sujeitos. A amostragem foi do tipo aleatória simples.

Os instrumentos usados para a coleta de dados foram: os prontuários dos usuários dos centros de saúde de referência e um documento único, que por sua vez, compilava os seguintes instrumentos: a) Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>(13)</sup> b) Teste de autonomia para Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)<sup>(14)</sup>; com validade

entre 0,66 e 0,93 e confiança de 0,96. c) Escala APGAR Familiar (*Adaptability, Partnership, Growth, Affection, and Resolve*)<sup>(15)</sup>; com validade de 0,8 e confiança de 0,75. d) Índice de Suspeição de Abuso no Idoso "EASI" (*Elder Abuse Suspicion Index*)<sup>(16)</sup>; com sensibilidade entre 0,47 e 0,55 e especificidade de 95%. e) Formulário de Avaliação de Trabalho Social (FETS)<sup>(16)</sup>, que consta de 67 perguntas, sendo a pergunta 59 "Você acha que este paciente está sendo abusado?", uma variável considerada como indicativa para determinar se trata-se de um caso de maus-tratos. Além disso, esta variável é utilizada para comparar e validar os resultados do EASI.

As variáveis independentes deste estudo foram: dados do idoso (idade, sexo, estado civil, filhos, número de filhos, fonte de renda, grau de instrução, atividade profissional, renda mínima oficial, tipo de coabitação, com quem ele vive, tempo nas condições de coabitação atual); dados dos familiares com quem coabita (número de coabitantes, idade, sexo, estado civil, fonte de renda, atividade profissional e renda mínima oficial); avaliação do comprometimento cognitivo; avaliação do grau de dependência, funcionalidade familiar e tipo de suspeita de maus-tratos. As variáveis dependentes foram: suspeita de maus-tratos (sim/não) e suspeita do entrevistador com base em dados objetivos sobre se o paciente é abusado (sim, não, não sei).

Para realizar o estudo, foi solicitada a aprovação do comitê de ética correspondente e os profissionais de saúde e/ou parceiros dos Centros de Saúde das Ilhas dos Açores (Enfermeiros e/ou Trabalhadores Sociais e/ou Psicólogos) foram contatados. Esses profissionais foram o meio de acesso à população estudada e foram os que entrevistaram os participantes no centro de saúde ou em sua casa, em casos em que os pacientes não puderam deslocar-se devido a problemas de saúde. Todos os participantes receberam uma Folha de Informações sobre o Estudo e preencheram o Formulário de Consentimento Livre e Informado, antes do início das entrevistas. A entrevista foi de natureza semiestruturada (aplicando-se os vários questionários mencionados acima).

A análise estatística dos dados foi realizada com o programa PASW *Statistic* 18 e consistiu em: a) uma análise descritiva para as variáveis qualitativas, através do cálculo de contagens (n) e proporções (%) e, para variáveis quantitativas, através do cálculo das médias aritméticas (m) e dos desvios-padrão (DP). b) associação multivariada: análise de regressão logística múltipla (RLM) foi usada para identificar possíveis fatores associados aos maus-tratos (verificar a associação entre variáveis independentes e a variável de suspeita de abuso). Todas as hipóteses contrastantes foram bilaterais. Em todos os testes estatísticos, foram

considerados como valores "significativos" aqueles cujo nível de confiança foi de 95% ( $p < 0,05$ ).

Este estudo foi realizado de acordo com os princípios fundamentais da declaração de Helsinki e da legislação portuguesa: Lei 67/98, de 26 de outubro, sobre a proteção de dados pessoais (transposição para o sistema jurídico português da Diretiva 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de outubro de 1995, relativa à proteção dos indivíduos no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação de tais dados).

## Resultados

No total, 212 idosos participaram do estudo. As características sociodemográficas dos idosos são apresentadas na Tabela 1, observando-se que 72,2% eram mulheres e 27,8% eram homens, com uma média de idade de 74,91 (DP±6.859). Uma vez que o comprometimento cognitivo era um critério de exclusão no estudo, todos os indivíduos foram capazes de participar da entrevista e preencher o EASI. A pontuação média obtida para o MEEM foi de 29,95 pontos (DP±3,926). No que diz respeito à ABVD, a pontuação média foi de 89,2 pontos (DP±19,036); de modo que 50,7% eram independentes e 24,2% tinham dependência moderada. Em relação à Escala APGAR Familiar, a pontuação média foi de 8,43 pontos (DP±2,26), sendo 84,9% das pessoas idosas pertencentes a uma família normofuncional.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos (n=212). Açores, PT, Portugal, 2015

Variáveis qualitativas	N	%
Sexo		
Homem	59	27,8
Mulher	153	72,2
Estado Civil		
Casado/a	103	48,6
Viúvo/a	82	38,7
Divorciado/a	11	5,2
Separado/a		
Solteiro/a	14	6,6
União estável	2	0,9
Grau de Instrução		
Analfabetismo	29	13,7
Ensino fundamental não-formal	31	14,6
Ensino fundamental incompleto	79	37,3
Ensino fundamental completo	68	32,1
Ensino médio/f.p.* Incompleta	1	0,5
Ensino médio/f.p.* Completa	2	0,9
Ensino Superior	2	0,9

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Variáveis qualitativas	N	%
Atividade Profissional		
Sim	5	2,4
Não	207	97,6
Fonte de Renda		
Sim	160	75,5
Não	52	24,5
Renda mínima oficial		
Sim	202	95,3
Não	10	4,7
Tem filhos?		
Sim	182	85,8
Não	30	14,2
Tipo de Coabitação		
Permanente	75	33
Intermitente (temporária)	137	67
Forma de Coabitação		
Sozinho/a	53	25
Cônjuge	77	36,3
Cônjuge e filhos	21	9,9
Cônjuge, filhos e netos	5	2,4
Cônjuge e netos	3	1,4
Cônjuge e outro familiar de 1º e 2º grau	0	
Filhos	33	15,6
Filhos e netos	8	3,8
Netos	2	0,9
Outro familiar de 2º ou 3º grau	6	2,8
Cuidador	4	1,9
Outra forma não especificada	0	
Dependência para as ABVD†		
Dependência Total	4	1,9
Dependência Severa	18	8,5
Dependência Moderada	51	24,2
Dependência Suave	31	14,7
Independente	107	50,7
Funcionalidade Familiar		
Normofuncional	180	84,9
Disfuncional leve	26	12,3
Disfuncional grave	6	2,8
Variáveis quantitativas	Média	DP
Idade	74,9	6,9
Filhos	2,7	1,9

\*f.p.: formação profissional; †ABVD: Atividades Básicas da Vida Diária

Com respeito ao EASI, que mede a suspeita de maus-tratos no último ano, identificou-se suspeita de maus-tratos em 24,5% dos casos. Em tais casos de suspeita de maus-tratos, a mais frequente foi a

suspeita de abuso psicológico (46,66%), seguida por negligência (30%), abuso econômico (13,33%) e abuso físico (10%). Nesses casos, o idoso identificou como agressor seus filhos (43,45%), cônjuge (26,09%), nora ou genro (13,05%), sobrinhos (8,7%), vizinhos (8,7%), e em 69,54% dos casos, o agressor era um parente de primeiro grau. Com relação ao FETS, em 9,5% dos casos, a suspeição do entrevistador de que o paciente havia sido abusado baseou-se em dados objetivos: tais como roupa, sujeira, mau cheiro, etc., e na expressão da percepção do próprio idoso.

Com relação ao perfil da pessoa idosa nos casos de suspeita de maus-tratos, a Tabela 2 mostra que 65,4% eram mulheres e 34,6% eram homens, com média de idade de 74,04 anos (DP±6,556). A maioria era casada (44,2%) e 82,7% tinham filhos, com uma média de 2,35 filhos (DP±1,877). A coabitação mais comum foi com o cônjuge (36,5%). O grau de instrução mais frequente neste grupo foi o ensino fundamental incompleto (46,2%). Quanto à atividade profissional, 100% não tinham qualquer atividade profissional e 7,7% não atingiram a renda mínima oficial. Aproximadamente um terço dos participantes era independente para as ABVD (36,5%) e pertencia a uma família normofuncional (61,6%).

Foram encontradas diferenças significativas com um valor de  $p=0,011$ , comparando-se a pontuação total para as ABVD, sendo que as pessoas com suspeita de maus-tratos apresentaram uma pontuação menor no teste de ABVD (83,37 pontos, DP±24,569) do que as pessoas idosas sem qualquer suspeita de maus-tratos (91,09 pontos, DP±16,509). Diferenças significativas com um valor de  $p<0,001$ , também foram encontradas ao comparar-se a suspeita de maus-tratos com a Escala APGAR Familiar, sendo as famílias disfuncionais mais propensas a sofrer maus-tratos (83,33% das famílias disfuncionais apresentaram suspeita de maus-tratos).

Os valores da razão de probabilidade (*Odds Ratio* - OR) das análises de regressão logística múltipla são mostrados na Tabela 3. Tais resultados confirmam que pertencer a uma família com disfunção suave ou severa, apresenta uma probabilidade 8.351 vezes maior de suspeita de maus-tratos do que pertencer a uma família normofuncional (IC95%: 3,647-19,122), e as mulheres apresentam uma probabilidade 1.871 vezes maior de apresentar suspeita de maus-tratos do que os homens (IC95%: 0.901-3.887).

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos idosos com suspeita de maus-tratos e sem suspeita de maus-tratos. Açores, PT, Portugal de 2015

Variáveis sociodemográficas dos idosos	Suspeita de Maus-tratos		Sem suspeita de Maus-tratos	
	N	%	N	%
Sexo				
Homem	18	34,6	41	25,6
Mulher	34	65,4	119	74,4
Estado Civil				
Casado/a	23	44,2	80	50
Viúvo/a	20	38,5	62	38,8
Divorciado/a	3	5,8	8	5
Solteiro/a	5	9,6	9	5,6
União estável	1	1,9	1	0,6
Grau de Instrução				
Analfabetismo	7	13,5	22	13,7
Ensino fundamental não-formal	5	9,6	26	16,3
Ensino fundamental incompleto	24	46,2	55	34,4
Ensino fundamental completo	14	26,9	54	33,8
Ensino médio/f.p.* Incompleta	0		1	0,6
Ensino médio/f.p.* Completa	1	1,9	1	0,6
Ensino Superior	1	1,9	1	0,6
Atividade Profissional				
Sim			5	3,1
Não	52	100	155	96,9
Fonte de Renda				
Sim	35	67,3	125	78,1
Não	17	32,7	35	21,9
Renda mínima oficial				
Sim	48	92,3	154	96,2
Não	4	7,7	6	3,8
Tem filhos?				
Sim	43	82,7	139	86,9
Não	9	17,3	21	13,1
Tipo de Coabitação				
Permanente	16	37,2	44	31,7
Intermitente (temporária)	27	62,8	95	68,3
Forma de Coabitação				
Sozinho/a	12	23,1	41	25,6
Cônjuge	19	36,5	58	36,3
Cônjuge e filhos	6	11,6	15	9,4
Cônjuge e netos	0		3	1,9
Cônjuge, filhos e netos	0		5	3,1
Filhos	11	21,2	22	13,8
Filhos e netos	1	1,9	7	4,4
Netos	0		2	1,2
Outro familiar de 2º ou 3º grau	1	1,9	5	3,1
Cuidador	2	3,8	2	1,2
Dependência para as ABVD†				
Dependência Total	2	3,9	2	1,3
Dependência Severa	8	15,4	10	6,3
Dependência Moderada	13	25	38	23,9
Dependência Leve	10	19,2	21	13,2
Independente	19	36,5	88	55,3
Funcionalidade Familiar				
Normofuncional	32	61,6	148	92,5
Disfuncional leve	15	28,8	11	6,9
Disfuncional grave	5	9,6	1	0,6

\*f.p.: formação profissional; †ABVD: Atividades Básicas da Vida Diária

Tabela 3 - Fatores associados aos maus-tratos, de acordo com as análises de regressão logística múltipla. Ilhas dos Açores, PT, Portugal, 2015

	Valor de p	Odds Ratio	IC*95%
Funcionalidade familiar			
Normofuncional	-	1	-
Disfuncional leve o grave	<0,001	8,351	3.647-19,122
Sexo			
Homem	-	1	-
Mulher	0,093	1,871	0,901-3,887

\*Intervalo de confiança

## Discussão

Com base nesses resultados, pode-se dizer que o gênero influencia a probabilidade de uma pessoa idosa sofrer maus-tratos. Estes resultados são consistentes com a literatura existente sobre o assunto<sup>(17-19)</sup>, como um estudo realizado na província de Málaga (Espanha), no qual, dos 259 casos de maus-tratos em idosos analisados, 77,6% das vítimas eram mulheres<sup>(18)</sup>. Outros estudos acrescentam que quanto maior a idade, maior a vulnerabilidade<sup>(6)</sup>, de modo que a idade é considerada outro fator de risco para maus-tratos em idosos. A dependência para as ABVD também está relacionada a ser vítima de maus-tratos, já que as pessoas com suspeita de maus-tratos têm pontuações mais baixas no teste de dependência para as ABVD. Isto é consistente com outros estudos<sup>(6,17-18)</sup>, como um realizado na Espanha no qual foi encontrado que a taxa de maus-tratos aumenta em até 2,9% entre as pessoas idosas com dependência grave<sup>(17)</sup>. Finalmente, verifica-se que o funcionamento da estrutura da família influencia nos maus-tratos, de modo que pertencer a uma família disfuncional aumenta a probabilidade de maus-tratos, conforme observado em estudos anteriores realizados em outros países<sup>(19)</sup>.

Quanto ao perfil da pessoa idosa vítima de maus-tratos nas Ilhas dos Açores, esta trata-se de uma mulher casada com 74 anos de idade, ensino fundamental incompleto, sem atividade profissional e uma média de 2,35 filhos. Este perfil é semelhante ao encontrado pela maioria dos estudos realizados em outros países<sup>(17,19-20)</sup>, de modo que parece existir um perfil único da pessoa idosa abusada, que prevalece sobre a diversidade cultural e geográfica.

A prevalência de maus-tratos contra idosos encontrada neste estudo varia em relação a outros estudos realizados em Portugal, sendo menor do que a de um estudo que obteve 51,8%<sup>(8)</sup> e, maior do que a de um outro estudo no qual 12,3% dos idosos sofreram maus-tratos no último ano<sup>(6)</sup>. Entretanto, estes números são um pouco mais elevados do que os obtidos em

outros estudos europeus, como na Espanha, onde, de acordo com um estudo realizado, 12,1% dos idosos sofrem maus-tratos<sup>(20)</sup>; ou na Itália, onde, de acordo com um outro estudo, 12,7% dos idosos sofrem maus-tratos<sup>(21)</sup>. Comparando-se com o resto do mundo, estes números são inferiores aos obtidos para países da América, como o Brasil, onde, de acordo com um estudo recente, a prevalência de abuso é de 78,1%<sup>(22)</sup>, ou a Bolívia, onde se obteve 39%<sup>(19)</sup>; ou a Ásia, como por exemplo um estudo realizado na China, que encontrou uma prevalência de maus-tratos de 36,2%<sup>(23)</sup>. As razões que explicam as diferenças de prevalência entre os países incluem os diferentes instrumentos utilizados para medir os maus-tratos.

Assim como em estudos anteriores, o abuso psicológico é a forma mais comum de maus-tratos, seguido por negligência<sup>(6,19-21)</sup>. Além disso, a maioria dos maus-tratos contra os idosos é cometida pelos filhos, seguida pelo parceiro ou cônjuge, coincidindo com os estudos existentes<sup>(10,17,19-20)</sup>. O fato de que a maioria dos agressores pertence ao núcleo familiar dificulta a identificação dos casos de maus-tratos<sup>(24)</sup>, tornando esses dados ainda mais alarmantes, se possível. Por serem os profissionais de saúde os únicos que, por vezes, têm acesso à pessoa idosa que sofreu os maus-tratos, e o enfermeiro, o que realiza a maior parte das visitas domiciliares<sup>(11-12)</sup>, recai sobre eles a responsabilidade de detectar e denunciar o caso, e por isso, a atenção primária tem um papel fundamental e crucial<sup>(2,18,25)</sup>.

No entanto, alguns estudos concluem que o fenômeno dos maus-tratos pode passar despercebido devido à falta de formação dos profissionais de saúde que atendem as potenciais vítimas<sup>(26)</sup>. Na verdade, alguns estudos relatam que os estudantes de enfermagem apresentam uma falta de formação quanto a outras formas de agressão, como é o caso da violência contra o parceiro<sup>(27)</sup>. Por conseguinte, seria útil introduzir conteúdos específicos sobre a violência doméstica no programa de graduação em Enfermagem<sup>(27)</sup>. Por todas estas razões, parece necessário implementar programas de formação sobre maus-tratos contra os idosos dentro do ambiente familiar e comunitário, a fim de ajudar os profissionais de saúde a prevenir, detectar, avaliar e intervir em tal questão<sup>(2,25)</sup>. Vários estudos mostram que, nas áreas onde os profissionais são melhor treinados e motivados, a detecção dos maus-tratos contra os idosos também é melhor<sup>(11)</sup>.

A partir dos resultados da análise dos prontuários médicos, observa-se também que os profissionais de saúde não preenchem os registros dos prontuários médicos, assim como mostram os resultados de outros estudos que concluíram que, normalmente, a atividade real não é refletida, não há uniformidade nos registros

e às vezes não há conexão entre os centros médicos de atenção especializada<sup>(12)</sup>. Entretanto, o prontuário médico é uma ferramenta fundamental para garantir a comunicação entre os diferentes membros da equipe multidisciplinar<sup>(11)</sup>.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se a exclusão dos idosos com comprometimento cognitivo porque de acordo com a literatura, a prevalência de maus-tratos contra esses idosos é mais elevada do que a observada em indivíduos cognitivamente saudáveis. Outra limitação é que o EASI não foi desenvolvido para identificar casos de maus-tratos, mas sim para identificar casos de "suspeita de maus-tratos", limitação que foi mitigada pela aplicação do FETS, contrastando-se ambos os resultados. Nos dois questionários foram obtidos praticamente o mesmo resultado para os casos de maus-tratos, de modo que ambos podem confirmar os casos de maus-tratos. Outra limitação no que diz respeito ao desenho transversal do estudo é que não foi possível conhecer a direção da causalidade entre os maus-tratos e as variáveis associadas.

## Conclusão

A prevalência de maus-tratos contra idosos nas Ilhas dos Açores foi estimada e foi obtido o perfil do idoso vítima de maus-tratos. A forma mais frequente de maus-tratos é o psicológico e os filhos dos idosos são principais agressores. Ser mulher e pertencer a uma família disfuncional estão associados com uma maior probabilidade de sofrer maus-tratos. Como implicação para a prática da enfermagem, considera-se necessário enfatizar que os enfermeiros da atenção primária devem procurar detectar este problema, recebendo treinamento específico para que o fenômeno não passe despercebido. Além disso, esses profissionais devem trabalhar de forma integral e interdisciplinar com o resto da equipe para implementar ferramentas, programas e protocolos que assegurem a prevenção, a detecção e a intervenção nestas situações.

## Referências

1. WHO (World Health Organizations), INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse). Missing voices. Views of Older Persons on Elder Abuse. Genova: World Health Organization; 2002. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67371/1/WHO\\_NMH\\_VIP\\_02.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67371/1/WHO_NMH_VIP_02.1.pdf)
2. Moya-Bernal A, Barbero-Gutiérrez J, Barrio-Cantalejo IM, Gutiérrez-González B, Fernández de Trocóniz MI, Martínez-Maroto A, et al. Malos tratos a personas mayores: Guía de Actuación [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. [Acceso 4 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.copib.es/pdf/imsero-malostratos-01.pdf>
3. Ruelas-González MG, Pelcastre-Villafuerte BE, Reyes-Morales H. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. Salud pública de México. [Internet] 2014 [Acceso 28 marzo 2016];56(6):631-7. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342014000600013&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342014000600013&script=sci_arttext&tlng=pt)
4. de Magalhães AS. Violence and crimes against the elderly: a Portuguese-Brazilian perspective. Cad Dereito Actual. [Internet] 2015 [Access Aug 29 2016];3:137-48. Available from: <http://www.cadernosdedereitoactual.es/ojs/index.php/cadernos/article/view/37/33>
5. Fonseca R, Gomes I, Faria PL, Gil AP. Perspetivas atuais sobre a proteção jurídica da pessoa idosa vítima de violência familiar: contributo para uma investigação em saúde pública. Rev Port de Saúde Pública. [Internet] 2012 [Acesso 29 ago 2016];30(2):149-62. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-90252012000200006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252012000200006)
6. Martins-Gil AP, Kislaya I, Santos AJ, Nunes B, Nicolau R, Fernandes AA. Elder abuse in portugal: findings from the first national prevalence study. J Elder Abuse & Neglect. [Internet] 2015 [Access Aug 29 2016];27(3):174-95. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08946566.2014.953659>
7. Sethi D, Wood S, Mitis F, Bellis M, Penhale B, Marmolejo II, et al. European report on preventing elder maltreatment [Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2011. [cited March 28, 2016]. Available from; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf)
8. Eslami B, Viitasara E, Macassa G, Melchiorre MG, Lindert J, Stankunas M, et al. The prevalence of lifetime abuse among older adults in seven European countries. Int J Public Health. 2016;61(8):891-901. doi: 10.1007/s00038-016-0816-x
9. Lisboa M, Miguens F, Cerejo D, Favita A. Inquérito violência de género. Região Autónoma dos Açores. Relatório final [Internet]. Lisboa: Região Autónoma dos Açores, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa; 2009. Disponível em: <http://www.dgai.mai.gov.pt/files/conteudos/relatorio%20final%20I.pdf>
10. Fernández-Alonso MC, Herrero-Velázquez S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). Atención Primaria. 2006;37(2):113-5. doi: 10.1157/13084493
11. Espinosa Monzada C. ¿Asisto a un anciano maltratado? El Peú. [Internet] 2009 [Acceso 30 ago 2016];29(3):160-7. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/26069/1/20092903160.pdf>
12. Dios-Guerra C, Carmona-Torres JM, Ruiz-Gándara Á, Muñoz-Alonso A, Rodríguez-Borrego MA. Programmed home visits by nursing professionals to older adults: prevention or treatment?. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]

- 2015 [cited Aug 30, 2016];23(3):535-42. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000300535](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300535)
13. Brito-Marques PR, Cabral-Filho JE. Influence of age and schooling on the performance in a modified Mini-Mental State Examination version: a study in Brazil Northeast. *Arq Neuro-psiquiatria*. [Internet] 2005 [cited March 28, 2017];63(3A):583-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2005000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2005000400005&script=sci_arttext)
14. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Portuguesa Saúde Pública*. [Internet] 2007 [Acesso 28 março 2017];25(2):59-66. Disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
15. Agostinho M, Rebelo L. Família: do conceito aos meios de comunicação. *Rev Portuguesa de Saúde Pública*. 1988;5(32):18-21.
16. Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI)©. *J Elder Abuse & Neglect*. 2008;20(3):276-300. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08946560801973168>
17. Iborra I. Maltrato de personas mayores en la familia en España [Elder abuse in the family in Spain] [Internet]. Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia; 2008. [Acesso 28 marzo 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=615979>
18. Castilla-Mora R, Palma-García MO. El maltrato a personas mayores en el ámbito familiar. Aproximación a la situación en Málaga (España). *Trabajo Social global-Global Social Work: Revista de investigaciones en intervención social*. [Internet] 2014 [Acesso 26 ago 2016];4(7):20-35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5304718>.
19. Carmona-Torres JM, López-Soto PJ, Coimbra-Roca AI, Gálvez-Rioja RM, Goergen T, Rodríguez-Borrego MA. Elder Abuse in a Developing Area in Bolivia. *J Interpersonal Violence*. 2015;1-18. doi:10.1177/0886260515608803.
20. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Regato P, Espinosa JM. Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Med Clin (Barc)*. 2013;141(12):522-6. doi: 10.1016/j.medcli.2012.09.048
21. Fraga S, Lindert J, Barros H, Torres-Gonzalez F, Ioannidi-Kapoulou E, Melchiorre MG, et al. Elder abuse and socioeconomic inequalities: A multilevel study in 7 European countries. *Preventive Med*. 2014;61:42-7. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.01.008
22. Irigaray TQ, Esteves CS, Pacheco JTB, Grassi-Oliveira R, Argimon IIDL. Elder abuse in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil: a documentary study. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. [Internet] 2016 [Acesso 28 março 2017];33(3):543-51. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2016000300543](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000300543)
23. Wu L, Chen H, Hu Y, Xiang H, Yu X, Zhang T, et al. Prevalence and associated factors of elder mistreatment in a rural community in People's Republic of China: a cross-sectional study. *PloS one*. 2012;7(3):e33857. doi: 10.1371/journal.pone.0033857
24. Risco-Romero C, Paniagua Vicioso MdC, Jiménez-Mendoza G, Poblador-Curtó MD, Molina-Martínez L, Buitrago F. Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(2):51-5. doi: 10.1157/13076463
25. Torres-Prados M, Estrella-González IM. Sensibilización y detección del maltrato en el anciano: hacia una atención primaria adaptada a los mayores. *Gerokomos*. [Internet] 2015 [Acesso 29 ago 2016];26(3):79-83. Disponible en: <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2016/01/26-3-2015-79.pdf>
26. Fonseca-Machado MO, Monteiro JC, Haas Vanderlei J, Abrão AC, Gomes-Sponholz F. Intimate partner violence and anxiety disorders in pregnancy: the importance of vocational training of the nursing staff in facing them. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2015 [cited Aug 29, 2016];23(5):855-64. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000500855](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500855)
27. Rigol-Cuadra A, Galbany-Estragué P, Fuentes-Pumarola C, Burjales-Martí MD, Rodríguez-Martín D, Ballester-Ferrando D. Perception of nursing students about couples' violence: knowledge, beliefs and professional role. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2015 [cited Aug 29, 2016];23(3):527-34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000300527](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300527)

Recebido: 18.10.2016

Aceito: 7.6.2017

Correspondência:

Juan Manuel Carmona-Torres  
 Universidad de Castilla La Mancha  
 Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba  
 Av. Menéndez Pidal, s/n  
 CEP: 14071, Córdoba, España  
 E-mail: [juanmanuel.carmona@imibic.org](mailto:juanmanuel.carmona@imibic.org)

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.