

## NEGLIGÊNCIA E MAUS-TRATOS

Laura Machado e Zally V. Queiroz

### INTRODUÇÃO

A questão da negligência e dos maus-tratos contra os idosos não é um fenômeno novo. No entanto, apenas nas últimas duas décadas é que essa questão começou a despertar o interesse na comunidade científica. Dentro do estudo da violência, os maus-tratos contra os idosos foram os últimos a ser contemplados como um fenômeno político e como questão de saúde pública, após os estudos sobre a violência contra a mulher e a violência infantil.

No Brasil, a partir da década de 1980, as mortes por acidentes e por violências de qualquer tipo e em todas as faixas etárias passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro da mortalidade em geral, merecendo portanto a atenção de órgãos governamentais e não-governamentais para o seu estudo, prevenção e estratégias de intervenção para combatê-las.

O propósito deste capítulo é contextualizar a questão dos maus-tratos e negligência em idosos como um problema de saúde pública, visando a dar subsídios aos profissionais de saúde para a identificação, prevenção e intervenção de maus-tratos e negligência contra os idosos.

### DEFINIÇÃO

Um dos grandes desafios na década de 1990, quando se iniciaram os estudos internacionais mais sistematizados sobre violência contra os idosos, foi a questão da terminologia.

Podemos encontrar na literatura várias definições, mas adotamos a definição da organização inglesa Action on Elder Abuse (1995), que vem sendo utilizada atualmente por consenso internacional de todos os países participantes da Rede Internacional de Prevenção contra os Maus-Tratos em Idosos (INPEA), e endossada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002).

Maus-tratos e negligência constituem “uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que causa sofrimento ou angústia, e que ocorre em uma relação em que haja expectativa de confiança” (WHO, 2002).

A maior parte dos autores classifica a violência contra os idosos em maus-tratos físicos, psicológicos, financeiro, abuso sexual e negligência. A negligência pode ser ativa (intencional) ou passiva (sem intencionalidade) (Wolf e Pillemer, 1993; Bennett et al., 1997):

1. Maus-tratos físicos: uso de força física que pode produzir lesão, ferida, dor ou incapacidade.
2. Maus-tratos psicológicos: ação de infligir pena, dor ou angústia através de expressões verbais ou não-verbais.

3. Abuso financeiro ou material: exploração imprópria ou ilegal e/ou uso não-consentido de recursos financeiros de um idoso.
4. Abuso sexual: contato sexual não-consentido.
5. Negligência: recusa ou falha em exercer responsabilidades no ato de cuidar do idoso.

Também, segundo outros autores, são conceituados o abandono e o auto-abandono:

1. Abandono: ausência ou deserção da pessoa responsável pelo idoso à prestação dos cuidados necessários.
2. Auto-abandono ou autonegligência: conduta de uma pessoa idosa que ameaça a sua própria saúde ou segurança, com recusa ou fracasso de prover a si próprio o cuidado adequado.

Ainda na tentativa de estabelecer consenso, Bennett, Kingston e Penhale (1997) sugerem a proposta de se considerarem os níveis de violência contra idosos segundo a dimensão de seu alcance:

1. O nível macro refere-se a atitudes abusivas no contexto social. Contempla a violência estrutural, que vai desde a discriminação contra a idade (*ageism*) até pensões e aposentadorias inadequadas, dificuldade de acesso a serviços sociais e de saúde e desrespeito em geral aos direitos constitucionais e legais do idoso.
2. O nível médio refere-se a atitudes, condutas e políticas que afetam o idoso na comunidade, incluindo-se condutas anti-sociais e o preconceito contra a velhice, que levam a população idosa a viver situações de marginalização e de discriminação. Contempla o modo pelo qual o idoso é tratado em geral pela comunidade, como por exemplo os motoristas de ônibus que não param nos pontos e a violência que ocorre nas instituições de longa permanência.
3. O nível micro diz respeito aos conflitos que ocorrem no âmbito doméstico entre o idoso, seus familiares e cuidadores.

Os maus-tratos manifestam-se em um ou mais níveis, são independentes de raça, gênero ou classe social e ocorrem nos ambientes onde se encontram os idosos: em casa, na comunidade, nos centros de convivência, nos centros-dia e nas instituições de longa permanência. É freqüente a ocorrência de várias formas de maus-tratos concomitantemente, por exemplo, a maus-tratos físicos e psicológicos e negligência.

### VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Presente ao longo da história da humanidade, não se conhece nenhuma sociedade que não tenha em sua história o registro de

situações de violência atingindo indivíduos, grupos e sociedades. A partir dos diversos estudos desenvolvidos, existe hoje a idéia quase unânime de que a violência não compõe a natureza humana, mas é um fenômeno biopsicossocial, complexo e dinâmico, cujo espaço de surgimento e desenvolvimento é a vida em sociedade, passando a ser um comportamento aprendido e internalizado culturalmente. Assim sendo, a violência tem sido tradicionalmente objeto de preocupação da justiça, da segurança pública e também de movimentos sociais (Minayo, 1994).

No entanto, somente a partir da década de 1960, quando a **síndrome do bebê espancado** começa a ser reconhecida e tratada, inicialmente nos Estados Unidos e depois também no Canadá, é que o setor de saúde começa a se interessar pela violência como questão de saúde pública. À época, essa síndrome foi considerada um sério problema para o desenvolvimento infantil, o que a tornou uma questão de saúde pública; o Estado, pois, passou a intervir em uma matéria que até então tinha um caráter exclusivamente familiar.

Outra participação significativa foi a do movimento feminista, na década de 1970, que trouxe à tona a questão da violência doméstica contra a mulher, compreendendo abusos de natureza física, sexual e psicológica, o que exigiu também a intervenção do Estado através de ações intersetoriais, inclusive na área da saúde.

Foi também apenas na metade da década de 1970 que começaram a surgir os primeiros relatos de casos de violência contra idosos nos Estados Unidos e na Inglaterra. Embora apresentados sob a forma de artigos em publicações técnicas, por se tratar de assunto absolutamente novo, esses estudos despertaram a atenção e o interesse de especialistas e pesquisadores da área do envelhecimento e estimularam a realização de novos estudos, que ganharam maior espaço nas décadas de 1980 e 1990.

Como já foi mencionado, a violência contra a criança começou a ser considerada a partir da década de 1960, a contra a mulher, a partir dos anos 1970, mas só em 1975 é que surgiram os primeiros relatos britânicos sobre a **violência contra os avós**, publicados na revista *Modern Geriatrics* e no *British Medical Journal* (WHO, 2002). Mesmo assim, esse tema levou cerca de 10 anos para se tornar objeto de pesquisas mais sistematizadas, com vistas a desenvolver estratégias de intervenção na área de saúde pública nos Estados Unidos (Pillemer e Finkelhor, 1988), no Canadá (Podnicks, 1989) e, posteriormente, no Reino Unido (Ogg e Bennett, 1992).

Ainda na década de 1980, ações governamentais foram relatadas na Austrália, Canadá, China, Noruega, Suécia e Estados Unidos, e posteriormente na década de 90 na África do Sul, Argentina, Brasil, Chile, Índia, Israel, Japão, Inglaterra e outros países europeus (WHO, 2002).

Em 1997, por ocasião do XVII Congresso Mundial de Gerontologia da Associação Internacional de Gerontologia (IAG), foi fundada a organização não-governamental INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse),\* visando congregar mundialmente os estudiosos, as universidades, os governos e a sociedade civil, com o objetivo de incrementar a consciência e o conhecimento do público em geral acerca do problema; promover a educação e o treinamento de profissionais na identificação, tratamento e prevenção; defender os idosos vítimas de abuso e negligenciados; e estimular a pesquisa das causas, seqüências, prevalência, prevenção e tratamento de maus-tratos aos idosos.

\*O INPEA é uma organização não-governamental com *status* consultivo na Organização das Nações Unidas (ONU) e é uma comissão consultiva dentro da Associação Internacional de Geriatria e Gerontologia (IAGG).

O crescimento do interesse da área da saúde pela violência deveu-se a dois fatores principais: a conscientização crescente dos valores da vida e dos direitos de cidadania e mudanças no perfil de morbimortalidade no mundo e no país. Essas observações levaram a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1993) a fazer a seguinte análise sobre a questão: a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países.

Em 1996, a 49.<sup>a</sup> Assembléia Mundial da Saúde na Organização Mundial de Saúde declarou a violência o maior problema de saúde pública e, como consequência dessa resolução, solicitou aos países membros da ONU que dessem uma urgente atenção a essa questão. Fruto também dessa resolução, foi realizado o primeiro relatório sobre violência e saúde (WHO, 2002).

Outro marco legal da maior importância foi a inclusão da questão dos maus-tratos aos idosos no documento do Plano de Ação da II Assembléia Mundial do Envelhecimento realizada em Madri em 2002 (artigos 98 a 100), diferentemente da I Assembléia Mundial do Envelhecimento, realizada em Viena, em 1982, que não havia feito menção alguma à questão da violência contra os idosos.

## ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E VIOLÊNCIA: DESAFIOS PARA O SETOR SAÚDE NO BRASIL

“Os acidentes e as violências no Brasil configuram problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, com forte impacto na morbidade e na mortalidade da população”, como aponta a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, Ministério da Saúde, 2001).

Segunda causa de mortalidade no Brasil, a violência é hoje uma das grandes preocupações da área da saúde, pois atinge todos os grupos etários e todas as classes sociais, e, mesmo quando não leva à morte, provoca lesões e traumas físicos e emocionais de grande intensidade.

Estimuladas pelo aumento das mortes por acidentes e violência que ocorreram a partir da década de 1980, vêm sendo realizadas no Brasil pesquisas de caráter regional sobre a questão da violência, abordada sobretudo através de estudos de mortalidade e morbidade, embora isso represente ainda muito pouco para que se conheça como esse fenômeno afeta a nossa saúde populacional (Minayo, 1994).

Apesar da escassez dos dados, a questão da violência vem recebendo uma crescente atenção de diversos setores da sociedade e do governo brasileiro, principalmente nos últimos anos da década de 1990. Tiveram papel fundamental nesse processo os movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito, algumas organizações não-governamentais de atenção aos maus-tratos, inicialmente na infância e adolescência, depois em mulheres e mais recentemente em idosos.

É de se entender que os estudos sobre violência estivessem voltados para a mulher, a criança e o adolescente; afinal, o censo demográfico vinha apontando o aumento do crescimento da população infanto-juvenil (0-14 anos de idade). Na década de 1980, entretanto, constatou-se um crescimento significativo da população idosa (60 anos de idade e mais).

Essa transição demográfica por que passa o Brasil provoca um aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, que nos idosos faz aumentar a sua incapacidade funcional. Essa condição os torna dependentes para o seu cuidado, constituindo-se pois em importante fator de risco para a ocorrência de maus-tratos.

## PREVALÊNCIA

A primeira pesquisa sobre a prevalência de maus-tratos e negligência foi realizada nos Estados Unidos por solicitação da Comissão Especial de Velhice do Congresso Americano (US Senate, 1981). Foi feito um extenso levantamento sobre violência contra idosos em todo o país, que revelou que pelo menos 4% dos idosos americanos já haviam sido vítimas de alguma forma de abuso. O relatório dessa investigação apontou também o pequeno número de denúncias de violência contra idosos, aproximadamente 1 para cada 6 ocorrências.

Em 1988, Pillemer e Finkelhor, também nos Estados Unidos, entrevistaram, em casa ou por telefone, 2.020 pessoas idosas não-institucionalizadas que viviam na área metropolitana de Boston, visando pesquisar a existência de algumas formas de maus-tratos: maus-tratos físicos e psicológicos e negligência. Os resultados foram os seguintes: 2% dos idosos haviam sofrido maus-tratos físicos; 1,1%, maus-tratos psicológicos e 0,4%, negligência. A pesquisa também revelou que os maus-tratos praticados por cônjuges (58%) eram mais prevalentes do que os praticados pelos filhos adultos (24%), tendência essa que se modificou nos últimos anos.

Outro estudo de natureza semelhante foi realizado no ano seguinte no Canadá (Podnieks, 1989), e foi incluída a categoria de maus-tratos financeiros, pois se suspeitava de que essa forma de violência era relevante na população idosa canadense. Os resultados mostraram que 2,5% dos idosos entrevistados sofreram maus-tratos financeiros; 1,4%, psicológico; 0,5%, físico e 0,4%, negligência.

**Quadro 121.1** Tipos de Maus-tratos

Tipos de Maus-tratos	EUA	Inglaterra	Canadá
Físico	2,0	2,0	0,5
Psicológico	1,1	5,0	1,4
Negligência	0,4	—	0,4
Financeiro	—	2,0	2,5

Fonte: EUA, Pillemer and Finkelhor (1988); Inglaterra, Ogg and Bennett (1992); Canadá, Podnieks (1989). Adaptado de Bennett et al., 1997.

Já na Inglaterra, o primeiro estudo nacional de prevalência de maus-tratos foi em 1992 (Ogg e Bennett, 1992), já incorporando a investigação de maus-tratos financeiros. Os resultados apontaram maior prevalência de maus-tratos psicológicos (5,0%), seguidos de maus-tratos físicos e financeiros (2% cada categoria).

Na década de 1990, muitos outros estudos foram realizados, não apenas nos Estados Unidos e no Canadá, mas também em alguns países europeus, na Austrália e no Japão. Segundo levantamento feito por Spencer (1996), mais de 500 títulos foram arrolados entre alguns livros, artigos científicos e referências na internet, fato esse que demonstra a crescente importância que o tema ganhou junto aos especialistas da área.

De acordo com o Relatório sobre Violência Contra os Idosos da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), se considerarmos as várias formas de maus-tratos, a taxa varia de 4 a 6% em todos os estudos já realizados.

Na América Latina, incluindo o Brasil, ainda não há um estudo publicado de âmbito nacional sobre a incidência e a prevalência de maus-tratos e negligência em idosos.

## ESTUDOS NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL

A preocupação com os maus-tratos contra os idosos aparece numa primeira publicação na Argentina em 1989 (Daichman, 1989), mas as primeiras investigações na América Latina em geral só começaram a surgir ao final da década de 1990.

Na Argentina foi realizada uma pesquisa, investigando a "Percepção sobre o que é maus-tratos na velhice", coordenada por Aguas (1996). Esse estudo foi composto por um questionário com perguntas abertas e semi-abertas, a serem respondidas por idosos saudáveis na comunidade. Os resultados mostraram que 90% percebiam maus-tratos contra o idoso como agressividade, violência, insultos com palavras, falta de respeito, indiferença e abandono. Apenas 10% referiram questões sociais e aspectos econômicos.

Esse mesmo estudo foi replicado em quatro estados brasileiros (Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e Paraná) em 1997 e, posteriormente, no Chile.

No Chile, os resultados apresentados apontaram 55,1% de maus-tratos psicológicos; 7,1%, negligência; 6,1%, maus-tratos físicos e 1,6%, econômicos. No percentual de 26,8%, idosos relataram haver sofrido mais de uma forma de violência e 3,2%, todas as formas de violência (Quiroga, 2000).

No Brasil, diferentemente dos resultados encontrados na Argentina e no Chile, os maus-tratos foram percebidos nos níveis macro e médio: num percentual de 65%, idosos consideraram maus-tratos a forma preconceituosa como são tratados pela sociedade em geral, as baixas aposentadorias, o desrespeito que sofrem nos transportes públicos (como não pagam a passagem, os motoristas não param no ponto, e os degraus de entrada e saída dos ônibus são altos e estreitos) e a falta de leitos hospitalares para idosos. O nível micro só é relatado como abandono por parte das famílias (Machado, 1997).

Por outro lado, um levantamento realizado no estado de São Paulo pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), através do seu Núcleo de Pesquisas, junto à Delegacia de Proteção do Idoso, pela análise de 1.856 boletins de ocorrência, no período de 1991 a 1998, apontou os maus-tratos psicológicos como os mais frequentes, seguidos da violência física, resultados esses compatíveis com os encontrados no Chile (IBCCRIM, 2000).

A partir de 1998, começaram a surgir trabalhos sobre a mortalidade de idosos por causas externas, categoria em que se incluem, no campo da saúde, os eventos violentos. No estado do Rio de Janeiro, por exemplo, para o grupo etário de pessoas de 60 anos de idade ou mais, as causas violentas se situam em sexto lugar no quadro geral de mortalidade, destacando-se nesse conjunto os acidentes de trânsito e transporte, especialmente para o sexo masculino, e as quedas no sexo feminino (Souza et al., 1998).

No que se refere à morbidade de idosos causada por ações violentas, Souza et al. (1999) observam, em outro estudo, que os dados brasileiros são bastante escassos. Esses autores, com base numa pesquisa realizada em dois hospitais públicos de emergência do município do Rio de Janeiro, constataram que, em um mês, de um total de 5.151 casos, 384 se referiam a pessoas de 60 anos de idade ou mais. A principal causa identificada do atendimento foram as quedas, representando em torno de 60% do total. Os autores levantam a possibilidade de a dificuldade de locomoção ser um dos fatores associados a esse tipo de ocorrência.

Em levantamentos feitos em alguns serviços de proteção aos idosos no Brasil, os dados corroboram os estudos citados anteriormente, verificando-se que as reclamações sobre os transportes públicos, acidentes e quedas nas vias públicas e as mortes por atropelamento e acidentes de trânsito são reiteradamente constatadas.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde, conjuntamente com o INPEA (Rede Internacional de Prevenção à Violência contra os Idosos), coordenou um estudo multicêntrico em oito países (Argentina, Áustria, Brasil, Canadá, Índia, Quênia, Líbano e Suécia) sobre a percepção que os idosos e os profissionais de saúde têm sobre a questão da violência. Foram realizados 8 grupos focais (6 de pessoas idosas e 2 com profissionais de saúde) em cada país. Os resultados confirmaram os achados desde 1997 no Brasil (Machado, 1997) de que as formas mais relatadas de maus-tratos aos idosos são a violência estrutural, a negligência e o abandono, o desrespeito e as atitudes preconceituosas e o abuso legal e financeiro. O que os idosos mundialmente clamam é por verem os seus direitos enquanto cidadãos respeitados, como afirmou um participante da pesquisa: “Respeito é mais importante do que comida ou bebida” (WHO, 2002).

No Brasil, esse estudo foi realizado na cidade do Rio de Janeiro (relatório na íntegra no site da Organização Mundial de Saúde), e, mais uma vez, não foi apontada como significativa a questão da violência familiar nem institucional, mas sim o problema da violência estrutural: o desrespeito dos motoristas de ônibus, a falência da saúde pública, fazendo com que os aposentados gastem quase todos os seus proventos em remédios e planos de saúde, a política da previdência, que achata cada vez mais os benefícios que paga.

Foi ainda relatado por esses grupos, como causa de extrema importância para explicar a violência contra os idosos, a ausência de políticas públicas que garantam os direitos dos cidadãos idosos. Um outro aspecto também apontado foi a mudança da estrutura familiar brasileira, que se tornou nuclear, determinando um maior isolamento social dos idosos, chegando mesmo a situações de abandono (Machado, Gomes e Xavier, 2001).

Os idosos brasileiros são mantidos preferencialmente em seus lares, garantidos juridicamente por lei (Constituição, 1998) e pela Política Nacional do Idoso (1996); praticamente apenas os que não têm família e condições básicas de sobrevivência é que se encontram institucionalizados. Ainda na cultura brasileira, existe um enorme preconceito quanto à institucionalização do idoso; além de serem poucas, grande parte das instituições asilares existentes presta serviços de baixa qualidade.

O alto índice de desemprego no país, associado a altos índices de divórcio na sociedade brasileira, faz com que filhos adultos retornem à casa paterna — a chamada geração bumerangue — em condição de dependência emocional e financeira. Muitos desses filhos tornam-se cuidadores de pais que são dependentes para as atividades de vida diária e, não raro, têm de coabitar com netos e bisnetos. Assim, estão presentes importantes fatores de risco para o idoso ser vítima de violência familiar (Bennett et al., 1997). O idoso, via de regra mulher com dependência física ou mental, não raro é quem sustenta a casa, eis que sua aposentadoria é a única fonte de renda da família, e tem de conviver com filhos, netos e até bisnetos.

A omissão do Estado no oferecimento de serviços adequados de assistência à saúde do idoso e a falta de suporte médico-social à família tornam muito penoso o papel a ser exercido pelos familiares. Exemplar é o caso da mulher de meia-idade com filhos para criar. Não raro, ela precisa estar no mercado de trabalho para completar a renda familiar e ainda tem de cuidar de pais ou sogros dependentes, muitas vezes com incontinência e distúrbio de sono.

A escassez de serviços intermediários no Brasil, como centros-dia, hospital-dia, atenção domiciliar, centros de convivência e serviços especializados para o atendimento a pacientes e familiares de portadores de demência, torna a família brasileira muito desassistida para o cuidado com seus idosos dependentes.

Entretanto, é muito difícil conhecer exatamente a extensão dos maus-tratos e negligência com idosos, pois existe um silêncio em torno da questão, uma vez que, em sua maioria, são dependentes física, emocional e financeiramente de sua família ou da instituição em que vivem.

Além disso, no Brasil em particular, os idosos não se sentem protegidos se vierem a denunciar maus-tratos sofridos, por não acreditarem na eficácia do sistema judiciário e por não terem alternativas para a sua proteção, seja em nível doméstico ou institucional.

## PERFIL DA VÍTIMA E DO AGRSSOR

Fruto das pesquisas pioneiras realizadas nos últimos anos, já é possível descrever o perfil da vítima e do agressor e os fatores de risco mais prevalentes em maus-tratos e negligência em idosos.

Quinn e Tomita (1986) realizaram um levantamento dos principais estudos desenvolvidos nos Estados Unidos sobre abusos contra idosos. A conclusão de seu estudo, desenvolvido nos Estados Unidos na década de 1980, confirmou a existência de situações de violência contra o idoso no interior da família, apontando o seguinte perfil de vítima: mulher com 75 anos de idade ou mais, viúva, física ou emocionalmente dependente, na maioria das vezes residindo com familiares, um dos quais é o seu agressor. O perfil básico desse agressor é um adulto de meia-idade, geralmente um filho, em geral financeiramente dependente da vítima e com problemas mentais e/ou dependente de álcool ou de drogas.

## FATORES DE RISCO

Alguns fatores de risco já foram destacados, tais como ciclos recorrentes de violência familiar; problemas de saúde mental do cuidador, associados ou não a consumo de álcool e de drogas; incapacidade funcional do idoso dependente, tornando maiores o risco e a vulnerabilidade para maus-tratos e negligência quanto maior for o grau de dependência; estresse causado pelo ato de cuidar, por questões financeiras e por falta de suporte de serviços comunitários. A dependência e o isolamento social do agressor são outros fatores a serem considerados.

### 1. Ciclo de violência intergeracional

Existem evidências de que crianças submetidas a maus-tratos por adultos mais velhos podem causar maus-tratos a seus pais ou avós.

### 2. Dependência

Uma descrição comum de um idoso submetido a maus-tratos inclui fragilidade física ou mental com algum tipo de dependência física (dificuldades de locomoção, problemas de incontinência) ou com dependência financeira. A incapacidade funcional e o alto grau de dependência para os cuidados aumentam o risco e a vulnerabilidade para maus-tratos e negligência.

### 3. Estresse

A hipótese de estresse como fator de risco está intimamente relacionada à questão da dependência. Esse fator de risco tem fundamento na premissa de que os cuidadores de pessoas idosas, na maioria do sexo feminino, são levados a praticar maus-tratos por causa da pressão constante e do estresse advindo do ato de cuidar.

### 4. Isolamento social

Pessoas idosas morando sozinhas são menos propensas a sofrerem maus-tratos, mas podem ser negligenciadas ou sofrer de autonegligência.

Outras questões levantadas até o momento por pesquisas incluem um relacionamento ruim que perdura no tempo entre o

idoso e o seu cuidador, que pode ser um indicador potencial de maus-tratos, assim como um comportamento violento do idoso, que pode gerar um comportamento de maus-tratos no agressor (Bennet et al., 1997).

## VIOLÊNCIA NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

A violência institucional é a forma de violência com menos relatos de pesquisas na literatura.

Pode ser definida quando os níveis de cuidado estão com padrões abaixo do esperado: falta de privacidade, higiene ruim, cuidado físico e qualidade de vida precários, condições de trabalho ruins, esgotamento dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Alguns fatores organizacionais também estão presentes: o uso de certas drogas que dopam os idosos, desnutrição, contenção, tortura, manutenção em cárcere levando ao suicídio, assassinato (Daichman, 1998; Bennett et al., 1997).

Deve-se suspeitar de maus-tratos em uma instituição de longa permanência quando se observa aumento do número de óbitos/mês naquela instituição.

Quando um idoso dá entrada na emergência ou é hospitalizado com sinais de maus-tratos, sendo ele residente em uma instituição de longa permanência, deve-se inicialmente contatar a família e tentar averiguar a possibilidade de mudança de instituição ou mesmo a viabilidade de o idoso ir morar com um de seus filhos. Como a maioria dos idosos asilados em nosso país ou não tem família ou foi por ela abandonado, havendo suspeita de maus-tratos, deve-se denunciar à Vigilância Sanitária, para que proceda a uma fiscalização; além disso, deve ser avaliada a possibilidade de mudança de instituição.

## O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Em vista do preconceito cultural que ainda existe contra o idoso em nossa sociedade, torna-se difícil reconhecer a violência contra os idosos. Considera-se que o declínio funcional e a perda da qualidade de vida são características inerentes à velhice, alega-se a falta de tempo para uma consulta ambulatorial e não se reconhecem maus-tratos como questão de saúde. Por outro lado, muitas vezes os profissionais não querem se envolver na questão familiar, alegando que é domínio privado, e se furtam à sua responsabilidade profissional de preservar e proteger a saúde daquele idoso.

Tendo em vista que os princípios básicos da geriatria e da gerontologia buscam a promoção da saúde das pessoas idosas; a diminuição da incidência de declínio funcional através da prevenção de doenças, seqüelas e complicações; e fundamentalmente a manutenção da capacidade funcional do idoso de forma a preservar a sua independência e autonomia, competem aos profissionais da área de saúde a identificação da ocorrência de maus-tratos e a elaboração de estratégias de intervenção adequadas para manter a pessoa idosa protegida.

Para tal, faz-se necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados na prevenção, identificação e tratamento de maus-tratos e negligência em idosos, uma vez que os serviços de saúde em geral, e mais particularmente os setores de emergência e os ambulatórios, constituem uma das principais portas de entrada das vítimas de maus-tratos e negligência.

Cabe ressaltar que após a promulgação do Estatuto do Idoso, Lei 10.741 em 1/10/2003 (Brasil, 2003), passou a ser manda-

tória pelos profissionais de saúde a comunicação à autoridade competente de qualquer suspeição ou confirmação de maus-tratos que tiverem sido testemunhados (artigo 19) com consequências judiciais e administrativas em caso de o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência deixar de comunicar à autoridade competente os casos de crime contra idoso de que tiver conhecimento (artigo 57).

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:

- I. Autoridade policial
- II. Ministério Público
- III. Conselho Municipal do Idoso
- IV. Conselho Estadual do Idoso
- V. Conselho Nacional do Idoso

Em caso de descumprimento, isto é, se o profissional de saúde não fizer a comunicação e reiteradamente observar que o idoso está sofrendo maus-tratos, deve responder por tal crime. Nesses casos, o profissional de saúde passa a ser o autor da infração penal. O crime de maus-tratos está disciplinado no artigo 136 do Código Penal.

## AVALIAÇÃO

São recomendados os seguintes passos para a identificação e a intervenção:

1. Identificação
  - 1.1 Exame físico. Deve conter um exame minucioso do aspecto geral (limpeza, higiene e propriedade das roupas), peles e membranas mucosas (verificar se há lesões cutâneas, hematomas, úlceras de pressão), cabeça, pescoço e tronco (hematomas, lacerações, cortes), aparelho genitourinário, extremidades (lesões de punho e calcanhar podem sugerir contenção), exame do estado mental (pode sugerir demência, e, nesse caso, merece uma avaliação mais aprofundada).
  - 1.2 Histórias clínica, social e familiar:
    - Procurar entrevistar e examinar o cliente em situação de privacidade, sem a presença do seu cuidador, familiar ou profissional;
    - Explicar ao cuidador ou acompanhante que ele também será entrevistado logo após, pois essa é a rotina do serviço (a história do possível agressor também é muito importante);
    - Não ter pressa durante a entrevista;
    - Procurar trabalhar aspectos de interesse ao longo da conversa, de maneira tranqüila;
    - Ouvir antes de examinar;
    - Prestar bastante atenção em traumatismos, queimaduras, aspectos nutricionais, mudanças recentes de condição econômica e social;
    - Não diagnosticar prematuramente o cliente como vítima de abuso ou negligência, nem adiantar ao cuidador ou familiar um plano de intervenção até que todos os fatos estejam esclarecidos;
    - Fazer contatos colaterais assim que for possível: visitando o domicílio ou a instituição, entrevistando vizinhos, amigos e outros familiares para obter informações adicionais.

Alguns indícios de possível violência podem facilitar a identificação:

**Quadro 121.2** Perfil da Vítima

Mulheres  
 Acima de 75 anos  
 Dependentes física ou mentalmente  
 Vivendo com seus familiares  
 Pessoas passivas e complacentes

**Quadro 121.3** Perfil do Agressor

Filhos (em geral dependentes da vítima)  
 Problemas mentais  
 Alcoolismo ou dependentes de drogas

- O cliente é trazido ao hospital por outra pessoa que não o seu cuidador;
- Intervalo prolongado entre o trauma ou doença e a apresentação para cuidados médicos;
- Descrição da história do trauma não-compatível com os sinais encontrados;
- Os frascos de remédios apresentados indicam que a medicação não está sendo administrada conforme a prescrição feita;
- A história do possível agressor também é muito importante. Devem ser explorados os fatores psicossociais (doenças, desemprego, problemas financeiros, alcoolismo, drogas);
- Observação do comportamento: identificar sinais de infantilização do paciente, ou a atitude do cuidador que não deixa o idoso falar e não olha para ele.

**INTERVENÇÃO**

Uma vez identificada a suspeita de maus-tratos ou negligência contra o idoso, o que fazer? A partir dos primeiros estudos, foram esboçados alguns princípios de intervenção (Kingston, 1994; Tomita, 1986):

1. Os profissionais devem estar cientes da possibilidade de maus-tratos.
2. Recomenda-se o trabalho interdisciplinar. O médico e o assistente social têm um papel fundamental como equipe mínima de intervenção. Outros profissionais podem ser chamados a dar o seu parecer. Nos casos de idosos internados em hospitais e instituições de longa permanência, a equipe de saúde do local deve ser entrevistada.
3. Compartilhar a tomada de decisões é fundamental para apoiar adequadamente os profissionais.
4. Os procedimentos devem ser feitos de maneira cuidadosa, para não expor o idoso a maior risco.
5. Explorar todos os recursos da comunidade para ajudar na proteção àquele idoso.
6. O suporte familiar, por meio de orientação para as questões relativas à doença do idoso, para tomadas de decisão, para divisão de responsabilidades dos familiares e para informação sobre rede de suporte comunitário, vem se mostrando extremamente eficaz para a manutenção do idoso na comunidade livre de situações de risco.
7. O uso da lei deve ser visto como último recurso. Nesse caso, devem ser identificados os órgãos de denúncia da cidade (SOS Idoso; Delegacia do Idoso; Ministério Público; Conselho Estadual e Municipal dos Idosos, etc.).

**Quadro 121.4** Fatores de Risco para o Agressor

História de violência familiar  
 Dependência (idoso frágil e dependente, agressor dependente da vítima)  
 Incapacidade funcional e alto grau de dependência para os cuidados  
 Estresse do cuidador  
 Isolamento social  
 Problemas de saúde mental e/ou consumo abusivo de álcool ou de drogas

**Quadro 121.5** Fatores de Risco para o Idoso

Déficit cognitivo (demência)  
 Alterações de personalidade  
 Privação sensorial  
 Incapacidade física exigindo alto grau de cuidados (imobilidade, distúrbio de sono, incontinência)  
 Problemas mentais (depressão)  
 Controle financeiro-patrimonial feito por outra pessoa que não o idoso

**PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA  
CONTRA IDOSOS**

Uma das maiores dificuldades ao se trabalhar com o fenômeno da violência é a sua etiologia e a sua pluricausalidade. O que se observa, na explosão de violência dos dias atuais em todos os grupos etários e classes sociais, é a influência de fatores relacionados a problemas macroestruturais, institucionais, relacionais, políticos e de classes, acarretando um forte sentimento de insegurança que tende a exacerbar o individualismo, promovendo a exclusão social e dificultando sentimentos de solidariedade (Minayo, 2000).

Particularmente no que diz respeito à questão da violência contra o idoso, esses fatores se expressam pela pequena presença de políticas públicas de assistência social e saúde que atendam às necessidades de uma população idosa que cresce cada vez mais e que vive número cada vez maior de anos, pelos problemas sociais e econômicos que afetam a grande maioria das famílias brasileiras, para as quais os membros mais velhos constituem mais um peso que uma satisfação, e pelo despreparo dos profissionais da saúde e do social para lidar com situações de abusos contra idosos.

Para o equacionamento dessa difícil situação, torna-se necessária uma ação conjugada do Estado, da sociedade civil e das comunidades, a partir da sua sensibilização para a gravidade do problema.

Em nosso país, em 1994, após longos anos de cobranças de instituições da sociedade civil, o governo federal promulgou a Lei Federal 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, política essa que foi regulamentada em 1996. Por essa lei ficam definidos os direitos do idoso e as responsabilidades dos governos em níveis federal, estadual e municipal, no seu atendimento. É ressaltada também a responsabilidade da família e da sociedade no cumprimento da legislação.

Lamentavelmente, embora tenha sido aprovada e regulamentada, poucas mudanças foram efetivamente promovidas. Ao contrário, por exemplo, com a autorização do conforme documento elaborado pelo IBCCRIM junto à Delegacia de Idosos de São Paulo

**Quadro 121.6** Indicadores de Maus-tratos

Condições que *podem ser* manifestações de maus-tratos ou negligência  
 Perda de peso  
 Desnutrição  
 Desidratação  
 Palidez  
 Olheiras  
 Marcas, hematomas, queimaduras  
 Lacerações, escaras, feridas  
 Presença de úlceras de pressão  
 Pouca higiene  
 Falta ou má conservação de próteses (afastada a hipótese de ausência de condição financeira)  
 Vestimenta descuidada  
 Administração incorreta de medicamentos  
 Acidentes inexplicáveis  
 Lesões recorrentes e inexplicáveis  
 Não-tratamento dos problemas médicos  
 Uso errado da medicação  
 Demora entre o aparecimento da lesão/doença e a busca de assistência médica  
 História do idoso diferente da história do cuidador

**Quadro 121.7** Indicadores no Comportamento dos Idosos

Passividade, retraimento  
 Tristeza, desesperança  
 Depressão  
 Ansiedade, agitação, medo  
 Medo de falar livremente  
 Imposição de isolamento físico ou social  
 Evitação de contato físico e verbal com o cuidador

em 2000, para o transporte gratuito para idosos, estes passaram a ser vítimas de abusos por parte dos motoristas de ônibus e mesmo de passageiros mais jovens. Com certeza, sem um trabalho educativo de divulgação, discussão e interpretação, uma lei não chega a mudar comportamentos. Denúncias de violência contra idosos formuladas por alguns órgãos de direitos humanos e veiculadas pela mídia determinaram o surgimento de organizações governamentais e não-governamentais com o propósito de prevenir os abusos contra idosos. Foram criadas assim Delegacias do Idoso, Promotorias de Defesa dos Direitos do Idoso, núcleos e grupos de estudo sobre a questão da violência contra idosos, com objetivos comuns de:

1. Informar e conscientizar a sociedade sobre a questão dos maus-tratos;
2. Promover treinamentos para profissionais que atuam na área da gerontologia, para identificação, tratamento e prevenção da violência;
3. Defender idosos que sofreram maus-tratos;
4. Estimular pesquisas sobre a questão da violência, para conhecer melhor a extensão e a natureza da violência contra idosos, definindo necessidades e avaliando a eficácia de modelos de prevenção e de intervenção;
5. Desenvolver programas educativos para idosos que possibilitem o desenvolvimento de sua capacidade de autocuidado, ajuda mútua, bem como a defesa do direito de autodeterminação;

6. Estimular políticas públicas de prevenção de violência que contemplem serviços adequados para dar apoio a adultos vulneráveis, promovendo a coesão familiar e a solidariedade intergeracional.

É importante destacar um passo significativo que foi dado em 2003, com a aprovação do Estatuto do Idoso, cujo objetivo é garantir o respeito aos direitos dos idosos. Além de reforçar os direitos garantidos pela Lei 8.842, o estatuto determina sanções e penalidades em caso de não-cumprimento da legislação.

**CONCLUSÕES**

Como apontam os estudos até agora realizados, a violência no Brasil já é considerada um novo problema de saúde pública. Nesse quadro geral, os maus-tratos e a negligência contra os idosos constituem um grave problema, ainda não diagnosticado em toda a sua extensão, sobretudo no âmbito familiar e institucional, merecendo portanto maior atenção de órgãos governamentais e não-governamentais.

O acentuado envelhecimento da população brasileira; o aumento da expectativa de vida, que torna cada vez maior o número de idosos muito idosos na sociedade brasileira e, em consequência, aponta para o crescimento da população portadora de declínio funcional e cognitivo; a nuclearização familiar associada ao empobrecimento da população nas últimas décadas; e a escassez de suporte comunitário e de serviços assistenciais adequados aos idosos incapacitados são fatores de risco para a ocorrência de violência contra os idosos.

Como os serviços e os profissionais de saúde talvez sejam os mais freqüentemente envolvidos com a ocorrência de violência, torna-se necessária a capacitação dos profissionais na atenção primária de saúde, assim como dos profissionais da área social e do direito, para a identificação, prevenção e intervenção em casos de maus-tratos e negligência.

Recomendam-se pois a criação de um protocolo de atendimento ao idoso que inclua o rastreamento de situações de violência, para ser seguido pelos profissionais de saúde, e a criação de redes de apoio para atendimento aos idosos vítimas, além da ampla divulgação dos recursos existentes na comunidade para o encaminhamento dos casos. Considerando que, conforme estudos desenvolvidos e já citados, o comprometimento físico e mental e a consequente dependência que acarreta têm sido um dos principais fatores de risco para violência em idosos, será importante o investimento em programas de envelhecimento ativo, conceituado pela OMS como: "processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas".

Devem-se estimular pesquisas nessa área, implementar políticas públicas visando à prevenção de maus-tratos e de negligência e incentivar o intercâmbio institucional para a troca de experiências em níveis nacional e internacional.

Considerando ainda que no Brasil a família é considerada o espaço mais adequado para a moradia e o cuidado do idoso dependente, qualquer que seja a sua classe social, é importante o investimento em programas de suporte aos cuidadores familiares de idosos, para que esse cuidado seja adequado, digno e respeitoso, prevenindo os maus-tratos, em particular a negligência doméstica (Minayo, 2004).

É importante lembrar também como o próprio idoso pode contribuir para um relacionamento intergeracional harmonioso, respeitoso e solidário. A participação em programas de lazer que ofereçam atividades recreativas e educativas é importante na atualização dos mais velhos em relação ao universo que está à sua volta,

propiciando a necessária reflexão sobre convivência respeitosa, apesar da diferença de hábitos e valores. O engajamento da população mais velha em movimentos comunitários e ações voluntárias também pode contribuir para uma nova imagem do idoso na comunidade e no contexto familiar.

Considera-se de fundamental importância estimular ações que promovam educação gerontológica para todas as faixas etárias, em todos os níveis, na sociedade, na comunidade e nas famílias, visando a combater a forma de violência mais descrita pelos próprios idosos, que é o preconceito contra a velhice. A imagem distorcida de velhice como fase de inatividade, comprometimento físico e mental, inutilidade e isolamento social, muitas vezes transmitida pela família, pode dar origem a comportamentos desrespeitosos e, às vezes, até agressivos da parte dos mais jovens. Só assim será possível construir uma sociedade que respeite e valorize o cidadão idoso, mantendo-o livre de qualquer forma de discriminação, negligência, maus-tratos, exploração e opressão.

## BIBLIOGRAFIA

- Action on Elder Abuse (AEA). What is elder abuse? *Action on Elder Abuse Bulletin*, 1995, 11 (maio-junho).
- Aguiar SC (coord.) Como perciben los adultos mayores el maltrato. *Revista Latino-Americana de Gerontologia*, 1996, 1.
- Bennet G, Kingston P, Penhale, B. *The Dimensions of Elder Abuse: Perspective for Practitioners*. London: MacMillan Press Ltd., 1997.
- Brasil. Estatuto do Idoso. Lei 10741 de 1/10/2003. Brasília: Diário Oficial da União, edição n.º 192 de 3/10/2003.
- Brasil. Ministério da Saúde — Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria MS/GM n.º 737 de 16/05/2001. Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2001.
- Daichman L. Abuso y vejez. *Victimización. Cuadernos de Gerontologia*. AGEBA, Buenos Aires, 1989.
- Daichman L. El maltrato institucional y la vejez. *Cuadernos de Gerontologia*. AGEBA, Buenos Aires, 1998.
- Eastman M, Slater P. *Elder Abuse: Critical Issues in Policy and Practice*. London: Age Concern, 1999.
- IBCCRIM. Pesquisa: O Idoso em Risco. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 2000.
- INPEA — International Network for the Prevention on Elder Abuse: <http://www.inpea.net>
- Machado L. Elder Abuse: A New Challenge in Brazil. Symposium on Action on Elder Abuse and Neglect. Paper presented at 16th World Congress on Gerontology, Adelaide, 1997.
- Machado L. Report on Elder Abuse in Brazil. Paper presented at WHO. Geneve, 2001
- Machado L, Gomes R, Xavier O. Meninos do passado: eles não sabiam o que os esperava. *Inteligência*, 15:37-52, 2001.
- MacLean M. (ed.) *Abuse and Neglect of Older Canadians: Strategies for Change*. Toronto: Thompson Educational Publishing Inc., 1995.
- Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl.):07-18, 1994.
- Minayo MCS. Violência contra os idosos no Brasil: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3): 783-791, 2003.
- Minayo MCS; Souza ER. O impacto da violência social na Saúde Pública no Brasil. In: *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80*. Hucitec: 87-116, 1995.
- Minayo MCS. Violência como indicador de qualidade de vida. In *ACTA Paulista de Enfermagem*, v. 13, Número Especial, Parte I SP, 159-165, 2000.
- Ogg J, Bennett G. Elder abuse in Britain. *British Medical Journal*, 305, 998-999, 1992.
- OMS/INPEA. *Missing Voices: Views of older persons on elder abuse*. Genebra, 2002.
- ONU. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.
- OPAS — Organización Panamericana de la Salud. Resolución XIX: Violencia y Salud. Washington (DC); 1993(mimeo).
- Pillemer K, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist*, 28, 51-57, 1988.
- Pillemer K & Finkelhor D. Causes of elder abuse: caregiver stress versus problem relatives. *Amer J Orthopsychiat*, 59(2), 179-187, 1989.
- Podnieks E. (coord.) National Survey on Abuse of the Elderly in Canada. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute, 1989.
- Queiroz ZPV. Violência contra a velhice: considerações preliminares sobre uma nova questão social. *O Mundo da Saúde*, 1997; 21(4):204-207.
- Queiroz ZPV. Identificação e prevenção de negligência em idosos. *O Mundo da Saúde*, 2005; 29 (4): 613-616.
- Quinn MJ, Tomita SK. *Elder Abuse and Neglect: Causes, Diagnosis and Interventions Strategies*. New York: Springer, 1986.
- Quinn MJ, Hwalek M, Goodrich C. *Determining our Effectiveness in Working with Abusers*. Springfield, IL: Illinois Department on Aging, 1993.
- Quiroga P. (org.) *Maltrato en Ancianos en Población Urbana en Concepción*. Chile: 2000, mimeo.
- Souza ER, Fortuna FFP, Pereira MC, Silva CMFP. Extremo da vida sob a mira da violência: mortalidade de idosos no estado do Rio de Janeiro. *Gerontologia*, 6 (2): 66-73, 1998.
- Souza ER, Deslandes SF, Fortuna FFP, Silva CMFP. La morbilidad hospitalaria por violencia contra ancianos. Estudio de la atención de emergencia en dos hospitales públicos de Rio de Janeiro. *Cuadernos Médico Sociales*, 76, noviembre: 71-82, 1999.
- Spencer C. (org.) *Abuse and Neglect of Older Adults in Community Settings: An Annotated Bibliography*. Toronto: Simon Fraser University, 1996.
- United Nations — International Plan of Action on Ageing: [www.un.org](http://www.un.org)
- US Senate Special Committee on Aging. Elder Abuse: An Examination of a Hidden Problem. Washington DC. Government Printing Office, 1981.
- WHO — World Health Organization. Health and Ageing: A Discussion Paper. Geneve: WHO, 2001.
- WHO/INPEA — World Health Organization. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Geneve: WHO, 2002.
- WHO/INPEA — World Health Organization. Missing voices: views of older persons on elder abuse: [www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/missing\\_voices](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/missing_voices)
- WHO — World Health Organization. World Report on Violence and Health. Geneve: WHO, 2002.
- Wolf R. Redefining Elder Abuse: Political and Cultural Imperatives. Symposium on Action on Elder Abuse and Neglect. Presented at 16th World Congress on Gerontology, Adelaide, 1997.
- Wolf R, Pillemer K. What's new in elder abuse programming? Four bright ideas. *The Gerontologist*, 34 (1): 126-129, 1993.