

Maus-tratos em idosos: antes e após o estatuto do idoso

Elder abuse: before and after elder statute

Antônio Mário Badan Neto¹, Giancarlo Lucchetti¹, José Flávio Castelluccio², Milton Luiz Gorzoni³

Resumo

Introdução: Maus-tratos em idosos são definidos pela Organização Mundial de Saúde como: “uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que cause sofrimento ou angústia, e que ocorra em uma relação em que haja expectativa de confiança”. **Objetivo:** Verificar a prevalência de maus-tratos em idosos atendidos em pronto socorro, antes e após o Estatuto do Idoso. **Materiais e Métodos:** Foi realizado estudo de cunho longitudinal em dois períodos: 2002 (antes do Estatuto do idoso) e 2004 (após o estatuto do idoso). Incluiu-se 176 pacientes com 60 anos ou mais que deram entrada no pronto socorro da Santa Casa de São Paulo, sendo 116 em 2002 e 60 em 2004. Foram avaliados por meio de protocolo específico abrangendo dados sócio-demográficos, cognição (pelo Mini-exame do estado mental) e questionário sobre maus-tratos. Realizou-se comparação das proporções do total de maus-tratos e seus subtipos nos dois períodos distintos, aceitando-se $p < 0,05$ como significativa. **Resultados:** Previamente ao Estatuto do Idoso, dos 116 pacientes 48 relataram maus-tratos (41,4%) enquanto após o estatuto, dos 60 entrevistados 13 foram vítimas de maus-tratos (21,6%), redução esta com significância estatística ($p = 0,001$). Comparando-se os subtipos houve redução no abuso físico ($p = 0,03$) e psicológico ($p = 0,001$) após implantação do estatuto mas não nos negligenciados ($p = 0,07$). **Conclusão:** Observou-se uma redução do total de relatos de maus-tratos em idosos no pronto-socorro da Santa Casa de São Paulo após a implantação do Estatuto do Idoso, principalmente no abuso físico e psicológico.

Descritores: Maus-tratos ao idoso, Estatutos, Serviços médicos de emergência, Prevalência, Fatores de risco, Idoso

Abstract

Background: Elder abuse is defined by World Health Organization as: “a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person”. **Objective:** Analyze the frequency of elder abuse in the Emergency Room (ER), before and after the Brazilian Elder Statute. **Methods:** A longitudinal study was carried out in two distinct periods: 2002 (before Brazilian Elder Statute) and 2004 (after Brazilian Elder Statute). One hundred and seventy six patients (≥ 60 years old) that were consulted in Santa Casa ER were enrolled, 116 in 2002 and 60 in 2004. They were evaluated by a defined protocol involving socio-demographic data, cognition (using Mini-mental State Examination) and a self-reported abuse questionnaire. It was performed a prevalence comparison between total of abuses and their subtypes in these two distinct periods, $p < 0.05$ was considered. **Results:** Previously to Elder Statute, 48 (41.4%) patients reported abuse. However after the implementation of the Statute, 13 (21.6%) reported it ($p < 0.001$). While comparing abuse subtypes, a physical ($p = 0.03$) and psychological ($p = 0.001$) abuse reduction was noted after the statute, but not for the neglects ($p = 0.07$). **Conclusion:** A reduction in the self-reported elderly abuse was noted in Santa Casa of São Paulo ER after the Brazilian Elder Statute, mainly due to physical and psychologic abuses.

Key words: Elder abuse, Bylaws (Health law), Emergency medical services, Prevalence, Risk factors, Aged

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno demográfico universal, no qual ocorre aumento importante de indivíduos com 60 anos ou mais, considerados idosos em países em desenvolvimento. Segundo Carvalho et al¹, este acontecimento ocorreu de forma lenta nos países desenvolvidos, desde o final do século XIX, enquanto que nos outros países, este processo se iniciou mais tardiamente, ocorrendo de forma acelerada e contínua. Em termos numéricos o crescimento da população idosa no Brasil é significativo. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano de 2005 havia aproximadamente 16,6

1. Especializando em Geriatria pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

2. Instrutor de Ensino da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Clínica Médica

3. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Clínica Médica

Trabalho realizado: Pronto Socorro Central da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Endereço para correspondência: Antônio Mário Badan Neto. Rua: Urano, 14 apto 93 – Aclimação – CEP. 01529-010 - São Paulo – SP – Brasil. Email: netobadan@hotmail.com. Telefone: (0xx11) 32710562

milhões de idosos, correspondendo a mais de 9,6% da população brasileira, e a estimativa é de que em 2020 chegue a 11,4% do total dos brasileiros².

Este aumento da população idosa gera novas demandas por serviços próprios para idade. Para atender essas necessidades foi formulada em 1º outubro de 2003, a Lei nº 10.741, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, definindo princípios e diretrizes que asseguram os direitos sociais deste grupo etário. Apenas a partir deste, a denúncia de maus-tratos por profissionais de saúde e cidadãos constituiu-se obrigatória, sendo passível de multa se não notificada às entidades competentes³.

Deve-se sempre considerar a possibilidade de abusos ou negligências em diversas condições de saúde comuns em idosos. É frequente atribuir-se situações como quedas e traumas a causas acidentais, doenças crônicas ou indeterminadas, quando na verdade resultam de maus-tratos. Há poucos anos as entidades médicas têm observado sua ocorrência e considerado como problema de saúde pública. Dentre as primeiras descrições de abuso, a literatura consultada refere habitualmente ao relato de abuso por meio da carta ao leitor da revista *Modern Geriatrics* (1975) intitulado *Granny battering* ("Síndrome da avó espancada")⁴.

Como critério de definição para maus tratos em idosos, este estudo utilizará a da Organização Mundial de Saúde, que consiste em "uma ação única ou repetida, ou ainda a ausência de uma ação devida, que cause sofrimento ou angústia, e que ocorra em uma relação em que haja expectativa de confiança"⁵.

Os maus-tratos são classificados em⁶:

- 1) Maus tratos físicos: uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte;
- 2) Maus tratos psicológicos: agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social;
- 3) Abuso financeiro: exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais;
- 4) Abuso sexual: refere-se ao ato ou jogo sexuais de caráter homo ou heterossexual, utilizando pessoas idosas. Visam obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças;
- 5) Negligência: recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. Geralmente se manifesta associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, particularmente naqueles que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade;

6) Abandono: ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção;

7) Auto-abandono ou autonegligência: conduta de uma pessoa idosa que ameace a sua própria saúde ou segurança, com recusa ou fracasso de prover a si próprio o cuidado adequado.

Os diferentes tipos de abuso podem resultar em sofrimentos desnecessários e perda ou violação dos direitos humanos, acarretando má qualidade de vida e em algumas circunstâncias a morte.

Este estudo tem como objetivo verificar a prevalência de maus-tratos físicos, psicológicos e/ou negligência em idosos atendidos no pronto socorro de um hospital universitário, e comparar os achados antes e após o surgimento do estatuto do idoso.

Método

O presente estudo foi realizado no Serviço de Emergência do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em dois períodos distintos:

- Primeira etapa: período compreendido entre os meses de abril e outubro de 2002 (antes da implantação do estatuto do idoso)
- Segunda etapa: período compreendido entre janeiro e abril de 2004 (depois da implantação do estatuto do idoso)

Foi realizado cálculo para dimensionamento amostral utilizando-se o programa StatCalc. O número de atendimentos mensais neste pronto-socorro é de aproximadamente 70.000 pessoas, destas aproximadamente 21.000 (30%) são idosos. A frequência de maus-tratos na literatura varia conforme os estudos, por isso foi incluída a prevalência de um estudo brasileiro de 20,8%⁷. O tamanho da amostra foi então estimado em 60 pacientes com intervalo de confiança de 95%.

Foram incluídos os pacientes com 60 anos ou mais atendidos em consultas emergenciais, independente dos motivos e doenças associadas. A seleção foi realizada da seguinte maneira: toda segunda-feira eram selecionados os cinco primeiros pacientes idosos que adentravam ao pronto-socorro na presença do pesquisador.

Em 2002, foram selecionados cinco pacientes em cada uma das 24 semanas totalizando 120 pacientes, destes quatro foram excluídos do estudo (duas recusas e dois não conseguiam se comunicar). Já em 2004, foram selecionados cinco pacientes em cada uma das 13 semanas, totalizando 65 pacientes, sendo cinco pacientes excluídos (dois por recusa e três por não conseguirem comunicar-se). Todos os pacientes incluídos foram submetidos a um protocolo padrão aplicados por um dos pesquisadores.

Tabela 1

Comparação das proporções de maus-tratos e suas subdivisões nos pacientes entrevistados no Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo em 2002 e 2004.

	2002 Número (%)	2004 Número (%)	Valor de p
Negligenciados	06 (5,17%)	08 (13,33%)	0,07
Abuso físico	18 (15,51%)	02 (3,33%)	0,03
Abuso psicológico	34 (29,31%)	04 (6,66%)	0,001
Total de Maus-tratos	48 (41,4%)	13 (21,6%)	0,001
Total de entrevistados	116	60	

O protocolo continha dados sócio-demográficos, avaliação da cognição (por meio do Mini-exame do estado mental validado para a língua portuguesa)⁸ e pesquisa de abusos e maus-tratos (feito mediante questionário com quatro perguntas estruturadas de forma aberta sugerindo risco de maus-tratos, seja físico, psicológico ou negligência). Foi considerado em risco para negligência aqueles que moravam sozinhos e não recebiam visitas. (anexo 1)

Os dados obtidos foram tabulados em Excel e analisados mediante o programa Epiinfo versão 3.5.

Foi realizada comparação de proporções entre a prevalência de maus-tratos nos dois grupos (2002 e 2004) pelo teste do Qui-quadrado clássico, sendo ilustrada mediante gráfico de Box-Whisker. Foi adotado $p < 0.05$ para significância estatística.

A porcentagem de subtipos de maus-tratos (físico, psicológicos e negligência), foi ilustrada mediante tabela de contingência nos dois períodos distintos, sendo utilizado o teste exato de Fischer para número total de casos menores que 20, qui-quadrado com correção de Yates para 20 a 40 casos e qui-quadrado clássico para mais de 40 casos. Foram ainda calculadas as prevalências de comprometimento cognitivo e dependência financeira nos pacientes vítimas de maus-tratos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de São Paulo sob o número 067 no ano de 2001. Todos os pacientes incluídos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A amostra final foi constituída de 176 idosos, alocados em dois grupos: sendo 116 antes do Estatuto do Idoso (2002) e 60 após (2004).

A tabela 1 e o gráfico 1 ilustram a prevalência de maus-tratos nos dois grupos: 48 (41,4%) antes do estatuto e 13 (21,67%) após o estatuto. Houve uma redução de aproximadamente 52,3%, resultado significativo do ponto de vista estatístico ($p=0.001$).

Subdividindo-se o total de maus-tratos (Tabela 1): a prevalência de abuso físico sofreu redução, passando de 15,51% em 2002 para 3,33% em 2004 ($p=0,03$). Da

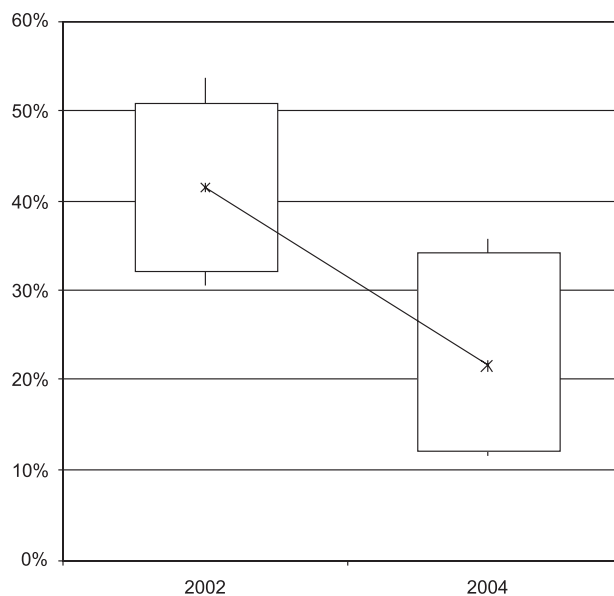


Gráfico 1 - Gráfico de Box-Whisker demonstrando a comparação das proporções de maus-tratos nos pacientes entrevistados no Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo em 2002 e 2004.

mesma forma, a prevalência de abuso psicológico reduziu de 29,31% para 6,66% ($p=0,001$). Na prevalência de maus-tratos naqueles considerados vítimas de negligência não foi observada mudança com a medida estatutária ($p=0,07$).

A tabela 2 demonstra a prevalência de comprometimento cognitivo e dependência financeira nos dois grupos.

Discussão

Os estudos envolvendo a temática abuso e maus-tratos em idosos são comuns na literatura internacional. Entretanto no Brasil, ainda há poucos estudos epidemiológicos sobre o tema.

No ano de 2006, o Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde vinculado a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ investigou 898 ocorrências registradas na Delegacia do Idoso do Rio

Tabela 2

Prevalência de comprometimento cognitivo e dependência financeira nos pacientes vítimas de maus-tratos entrevistados no Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo em 2002 e 2004.

	Ano 2002 Número (%)	Ano 2004 Número (%)	Valor de p
MEEM insatisfatório*1	21 (43,75%)	08 (61,53%)	0,4
Dependência financeira	15 (31,25%)	05 (38,46%)	0,87
Total de vítimas	48*2	13*2	

*1 - Mini-Exame do Estado Mental com resultado inferior ao estabelecido para escolaridade

*2 - Total de vítimas difere do total de maus-tratos (tabela 1) por existir vítimas que sofreram mais de um tipo de maus-tratos

de Janeiro, sendo observado que aproximadamente 20,8% dos idosos sofriam de negligência ou abandono e 2,8% já sofreram agressões físicas⁷. Estes dados são compatíveis com os valores de 2004 de nosso estudo, porém diferem dos valores encontrados em 2002. Acreditamos que a explicação para esse achado possa estar na provável diminuição de abusos e maus-tratos após a implementação do Estatuto do Idoso.

Nota-se que a prevalência de abuso e maus-tratos em estudos internacionais varia de acordo com o país. Estudos demonstraram prevalência de maus-tratos em 2,6% dos idosos na Grã-Bretanha⁹; 5,6% nos Estados Unidos¹⁰ e 6% em recente revisão sistemática englobando 9 estudos¹¹. Em contrapartida, estudos realizados em países em desenvolvimento demonstram valores mais altos. Trabalho realizado na China¹² demonstrou que 35% receberam maus-tratos, enquanto na Índia¹³ a prevalência foi de 14%. Esses valores demonstram a importância das diferenças culturais e políticas públicas frente ao assunto.

Quanto aos dados emitidos pelo DataSUS, pode-se observar um aumento nos índices de violência nessa faixa etária, visto que a taxa de internações por agressões a idosos foi 2,55% do total de grupo de doenças em 2002 aumentando para 3,41% em 2004. Já, o número absoluto de homicídios contra idosos em 2002 foi de 1.559 casos com aumento para 1.628 casos registrados em 2004¹⁴. Os dados acima não explicitam uma busca ativa por todos os idosos com maus-tratos mas somente computam aqueles que denunciaram abusos. Sendo assim, apesar de ser um dado aparentemente contraditório ao presente estudo, lembramos que com o Estatuto do Idoso, as denúncias de abuso e maus-tratos tornaram-se obrigatórias, o que por si só levariam a um aumento nas notificações. Porém, ainda é alarmante a grande lacuna entre a alta prevalência de abuso e maus-tratos em idosos e as baixas taxas de denúncias feitas¹⁵, conforme observamos nos dados do DataSUS.

Com intenção de aumentar as taxas de denúncias, a *American Medical Association* (AMA) sugere que todos os idosos devem ser questionados pelos seus médicos

sobre maus-tratos, mesmo na ausência de sintomas atribuíveis, pois comumente há doenças crônicas confundíveis nesta faixa etária¹⁶

Outra barreira às notificações vem da própria população. Em pesquisa telefônica realizada pelo Senado Federal Brasileiro em 2006¹⁷, apenas 4% dos entrevistados disseram conhecer bem o Estatuto do Idoso e 71% acreditam que a sociedade brasileira não respeita seus idosos. Apesar disso, 44% relataram que o respeito ao idoso aumentou após a implantação do estatuto.

Já quanto ao instrumento utilizado, apesar de existirem diversos instrumentos para a detecção de abuso em idosos, não há protocolos ou instrumentos universalmente aceitos para a triagem ou avaliação da violência nesta população¹⁸. Baseado nesta premissa manteve-se a busca através do questionamento direto feito mediante questões abertas sobre maus-tratos.

Algumas limitações inerentes ao trabalho podem ser apontadas, sendo assim os dados obtidos devem ser avaliados com precaução. O trabalho envolveu pacientes com comprometimento cognitivo provável, detectados pelo exame do mini-estado mental, sendo assim é provável que alguns pacientes não tivessem o discernimento adequado para responder o questionário. Da mesma forma, o questionário utilizado formula perguntas diretas ao idoso, não podendo inferir que os mesmos estejam sofrendo de maus-tratos, mas sim, sugerindo aqueles que estão em risco.

Conclusão

Observou-se uma redução do total de maus-tratos contra idosos no pronto-socorro da Santa Casa de São Paulo após a implantação do Estatuto do Idoso, principalmente no abuso físico e psicológico.

Apesar de suas limitações, a importância deste estudo reside em demonstrar o impacto do Estatuto do Idoso na sociedade e estimular outros estudos dessa natureza, visto os poucos dados brasileiros sobre abuso em idosos.

ANEXO 1

Questionário:

1. O Sr(a) mora sozinho(a)?
Para os que responderem Sim à pergunta 1: continuar com as perguntas
Para os que responderem Não à pergunta 1: responder a partir da pergunta 3
2. Recebe visitas frequentes de parentes ou amigos?
3. O Sr(a) depende financeiramente de alguém?
4. O Sr(a) já sofreu algum tipo de mau trato, seja psicológico ou físico? Qual?

Referências Bibliográficas

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):725-33.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. [on line] Censo demográfico 2004. Brasília, DF: IBGE. Disponível em: www.ibge.gov.br [23 jul 2008]
3. Brasil. Leis, Decretos etc. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [on line] Brasília, 1º de outubro de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm> [3 mar 2008]
4. Baker AA. Granny-battering. *Mod Geriatr*. 1975; 5(8):20-4.
5. WHO/INPEA. Missing voices: views of older persons on elder abuse. [on line] Geneva: World Health Organization; 2002. Available from: WHO/INPEA. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization; 2002. [2008 Aug 6]
6. Minayo MCS. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília, D.F: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2005. 48 p.
7. Souza ER, Ribeiro AP, Atie S, Souza A. O estado de direito e a violência contra o idoso. Rio de Janeiro: Claves/ENSP/FIO-CRUZ; 2006. 127p.
8. Bertolucci PHE, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52(1):1-7.
9. Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, Doyle M, Erens B. Mistreatment of older people in the United Kingdom: findings from the first National Prevalence Study. *J Elder Abuse Negl*. 2009; 21(1):1-14
10. Moon A, Lawson K, Carpiac M, Spaziano E. Elder abuse and neglect among veterans in Greater Los Angeles: prevalence, types, and intervention outcomes. *J Gerontol Soc Work*. 2006;46(3-4):187-204.
11. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing*. 2008;37(2):151-60.
12. Dong X, Simon MA, Gorbien M. Elder abuse and neglect in an urban Chinese population. *J Elder Abuse Negl*. 2007;19(3-4):79-96
13. Chokkanathan S, Lee AE. Elder Mistreatment in Urban India: A Community Based Study. *J Elder Abuse Negl*. 2005;17(2):45-61.
14. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações Hospitalares dos SUS (SIH/SUS) / Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) Disponível em: www.datasus.gov.br [14 mar 2008]
15. Rodríguez MA, Wallace SP, Woolf NH, Mangione CM. Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. *Ann Fam Med*. 2006; 4(5):403-9.
16. Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect old elderly persons. *N Engl J Med*. 1995; 32(7):437-43.
17. Brasil. Senado Federal. Secretaria Especial de Comunicação Social. Secretaria de Pesquisa e Opinião Pública. O Estatuto do Idoso: três anos após a promulgação. [on line] Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/senado/centralderelacionamento/sepap/pdf/Relat%C3%B3rio%20Pesquisa%20Estatuto%20Idoso%203%20anos.pdf>. [4 de maio de 2009]
18. Paixão CMJ, Reichenheim ME. Uma revisão sobre os instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(6):1137-49.
19. Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (FEHOSP). Notícias. [on line] 01/08/2009. Assessoria de Imprensa da Santa Casa de São Paulo. Disponível em: http://www.fehosp.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=592&Itemid=2 [29/06/2009]

Trabalho recebido: 25/09/2008

Trabalho aprovado: 22/06/2009