UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CHEILA CRISTINA LEONARDO DE OLIVEIRA GAIOLI

Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio

Ribeirão Preto
2004

CHEILA CRISTINA LEONARDO DE OLIVEIRA GAIOLI

Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Saúde do Idoso

Orientadora: Prof^aDr^a Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Ribeirão Preto
2004

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cheila Cristina Leonardo de Oliveira Gaioli
Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Enfermagem
Fundamental.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Dito e Maria José, pelo muito amor, valores e estímulo que me deram.

Ao meu marido Nei, que, com inestimável compreensão pelas minhas ausências colabora sempre para concretização de meus sonhos.

Ao meu amado filho, João Lucas, meu carinho, e espero que um dia entenda que nem sempre podemos estar juntos, mas, entre nós, não há ausência.

À Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, incansável no seu trabalho como educadora, e mais, o exemplo de vida sempre permanecerá como alavanca em meu caminho.

À todos que colaboraram para a concretização deste trabalho, não saberia dizer toda a minha gratidão, em especial o Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto, São Paulo. Deixo, portanto, que São Martinho (séc. XVIII) diga-o por mim: "Há, neste mundo, pessoas através das quais Deus me ama".

RESUMO

GAIOLI, C.C.L.O. **Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio**. 2004. 75f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

O presente estudo teve como objetivo verificar a ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio, levantando fatores possivelmente relacionados, os agressores e lesões causadas, segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID - 10). A amostra constou de 87 idosos, de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, residentes no município de Ribeirão Preto–SP, que realizaram Boletim de Ocorrência nas Delegacias de Polícia e que foram submetidos a exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal, no ano de 2002. Foram consultados laudos de exames de corpo de delito e usado um instrumento para coletar informações, e a análise utilizada foi a estatística descritiva. Os maus-tratos no domicílio ocorreram com maior frequência entre idosos do sexo masculino (58,6%), com idade média de 75 anos. Da amostra analisada, (45,2%) eram casados e foram agredidos por familiares como filhos, netos, genros e noras (47,1%). A maioria (57,4%) dos idosos não recorreu ao atendimento médico e serviços de saúde. Do total, apenas (9,2%) foram encaminhados para o hospital. No que se refere aos tipos de lesões sofridas, (33,5%) apresentaram traumatismo superficial não especificado de ombro e braço e (33,3%) mais de um tipo de lesão, como traumatismos superficiais múltiplos no corpo. Os maus-tratos em idosos estão se tornando cada vez mais evidentes na sociedade, adquirindo dimensão social e de saúde pública. Urge conhecer essa realidade por meio de avaliação de registros detalhados das condições das vítimas e de pesquisas sistematizadas, a fim de se prevenir situações abusivas no âmbito familiar, bem como estabelecer políticas públicas para propiciar aos idosos estrutura de apoio à família, autonomia e independência.

Palavras-chave: maus-tratos, violência, idosos, domicílio

ABSTRACT

GAIOLI, C.C.L.O. **Occurrence of domestic elder abuse.** 2004. 75f. Dissertation (Master) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

This study aimed to verify the occurrence of domestic elder abuse, surveying possible related factors, aggressors and injuries caused, in accordance with the International Classification of Diseases (ICD - 10). The sample consisted of 87 elderly persons from both genders, aged 60 or more, who live in Ribeirão Preto–SP, Brazil, filed a complaint at the Police Station and were subject to a medical-legal exam in 2002. We consulted medical-legal exam reports and used an instrument for data collection. Data were analyzed by means of descriptive statistics. Domestic abuse occurred more frequently among men (58.6%), at the average age of 75 years. 45.2% of the sample under analysis were married and 47.1% were attacked by family members, such as children, grandchildren, sons-in-law and daughters-in-law. Most of the elderly persons (57.4%) neither looked for medical care nor health services, while only 9.2% of the total sample were sent to hospital. With respect to the kinds of injuries incurred, 33.5% manifested unspecified superficial shoulder and arm trauma, while 33.3% presented more than one kind of injury, such as multiple superficial traumas on the body. Elder abuse is becoming increasingly clear in society, which attributes a social and public health dimension to the phenomenon. More knowledge urgently needs to be obtained about this reality through the evaluation of detailed reports on the victims' conditions and through systemized research, in order to prevent abuse situations in the family sphere, as well as to establish public policies to offer a family support structure, autonomy and independence to the elderly.

Keywords: abuse, violence, elderly, home

RESUMEN

GAIOLI, C.C.L.O. **Ocurrencia de maltrato a los ancianos a domicilio.** 2004. 75f. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

La finalidad de este estudio fue la de verificar la ocurrencia de maltratos a los ancianos a domicilio, investigando factores posiblemente relacionados, sus agresores y lesiones causadas, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10). La muestra consistió en 87 ancianos, de ambos los géneros, con edad de 60 años o más, residentes en la municipalidad de Ribeirão Preto-SP, que presentaron Termo Circunstanciado en las Comisarías y que fueron sometidos a examen de cuerpo de delito en el Instituto Médico Legal, en el año de 2002. Consultamos laudos de exámenes de cuerpo de delito y utilizamos un instrumento para colección de datos. Analizamos los datos mediante la estadística descriptiva. Los maltratos a domicilio ocurrieron con mayor frecuencia entre ancianos del género masculino (58,6%), con edad mediana de 75 años. 45,2% de la muestra analizada estaban casados y fueron agredidos por familiares tales como hijos, nietos, yernos y nueras (47,1%). Con respecto al uso de los servicios de salud, la mayor parte (57,4%) de los ancianos no recurrió a la atención médica y servicios de salud, solo (9,2%) fueron encaminados al hospital. Con relación a los tipos de lesiones sufridas, (33,5%) manifestaron traumatismo superficial no especificado de hombro y brazo y (33,3%) presentaron más que un tipo de lesión, tales como múltiples traumatismos superficiales en el cuerpo. El maltrato a los ancianos está poniéndose cada vez más evidente en la sociedad, adquiriendo dimensión social y de salud pública. Es urgente conocer esa realidad, evaluándose registros detallados de las condiciones de las víctimas y realizándose investigaciones sistematizadas, para prevenirse situaciones abusivas en la esfera de la familia, y también establecer políticas públicas para ofrecer a los ancianos una estructura de apoyo a la familia, autonomía y independencia.

Términos-clave: maltratos, violencia, ancianos, domicilio

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Diagrama da seleção da amostra para o estudo.....	47
Gráfico 1.	Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo sexo e tipo de lesão provocada, CID-10, Ribeirão Preto, 2002.....	55
Gráfico 2.	Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo sexo e mais que um tipo de lesão sofrida, CID-10, Ribeirão Preto, 2002.....	56
Figura 2.	Fonte: WHO. Informe Mundial sobre Violência y la Salud. Modelo ecológico para compreender a violência, 2002	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo faixa etária e sexo, Ribeirão Preto, 2002.....	47
Tabela 2 - Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo estado civil e sexo, Ribeirão Preto, 2002.....	47
Tabela 3 - Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo sexo e faixa etária, e seu relacionamento com o ofensor Ribeirão Preto, 2002.....	49
Tabela 4 - Distribuição dos 87 registros de idosos vítimas de maus-tratos no domicílio, segundo sexo e nível de atendimento médico, Ribeirão Preto, 2002.....	51
Tabela 5 - Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo sexo e tipo de lesão provocada, CID-10, Ribeirão Preto, 2002.....	52
Tabela 6 - Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo sexo do idoso e mais que um tipo de lesão sofrida, CID-10, Ribeirão Preto, 2002.....	54

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
RESUMEN	
1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 O IDOSO E OS ARRANJOS FAMILIARES	22
2.2 O IDOSO E A CIDADANIA	25
2.3 A FAMÍLIA E A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	28
2.4 A NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE MAUS-TRATOS: alguns obstáculos encontrados por profissionais da saúde	32
3 METODOLOGIA	39
3.1 POPULAÇÃO, AMOSTRA E LOCAL DO ESTUDO	40
3.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	40
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	43
4 RESULTADOS	44
4.1 Caracterização dos idosos participantes da amostra	45
5 DISCUSSÃO	57
6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	

Gaioli, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira
Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio
Ribeirão Preto, 2004.
75p.:il., 31cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Orientador: Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani

1. maus-tratos. 2. violência. 3. idosos. 4. domicílio

1. Introdução

No Brasil, nas últimas cinco décadas, pode-se observar um processo de inversão da característica populacional estabelecida, ou seja, houve decréscimo das taxas de natalidade e mortalidade, ocasionando, com isso, aumento da parcela populacional com idade de 60 anos ou mais.

O último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostra que os idosos correspondem a 9,1% da população do país. Do total de 160336471 brasileiros identificados em 1999, 14512803 estavam com 60 anos ou mais. Estimativas apontam que no ano de 2025 haverá 34 milhões de idosos no Brasil, o que vai colocar o país em sexto lugar no *ranking* mundial de países com maior número de pessoas nessa faixa etária (IBGE, 2000).

Na América Latina, estima-se que, entre 1980 e 2025, ocorrerá aumento de 217% na população total (de 362,1 para 786,6 milhões), enquanto o aumento da população acima de 60 anos será de 412%, passando de 23,3 para 96,2 milhões de habitantes. Assim, constata-se que, desde o século passado, o crescimento da população mundial tem sido literalmente explosivo (VERAS et al., 2000).

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno mundial. O aumento da expectativa de vida não é mais um privilégio dos países desenvolvidos. Entretanto, somente nas últimas décadas, é que as sociedades voltaram sua atenção às questões científicas, políticas, econômicas, culturais, sociais e de saúde provocadas por esse fenômeno, em grande escala. Desde a década de 80, observa-se que, em número, a maioria dos idosos vive em países do Terceiro Mundo, fato que se opõe à crença de que a longevidade está associada somente aos países mais desenvolvidos como ocorre na Europa ou na América do Norte (VERAS, et.al. 2000).

O Brasil, que sempre foi considerado um país jovem, apresenta hoje expressivo grupo etário com mais de 60 anos. Dentre os fatores que contribuíram para o aumento da longevidade da população, segundo a literatura, está a diminuição da fecundidade diante de grandes campanhas a respeito do planejamento familiar, os avanços médicos com acesso à assistência para todas as pessoas, a melhoria nutricional, a elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias e ambientais, dentre outros.

Com isso, pode-se observar a substituição das causas de morte, anteriormente resultantes de doenças infecciosas e parasitárias, pelos problemas cardíacos e pelo câncer, ou seja, pelas doenças crônico-degenerativas, os avanços tecnológicos e médicos. Todos esses fatores contribuíram, sensivelmente, para o rápido aumento da expectativa de vida e da sobrevida humana.

O aumento do número de idosos, bem como a maior longevidade do ser humano, não devem ser considerados problemas, pois são conquistas e decorrentes do processo de desenvolvimento social. Cabe, pois, à sociedade criar condições para que o homem, ao viver mais tempo, possa usufruir de melhores condições de vida, considerando as alterações normais do processo de envelhecimento.

No entanto, muitas são as dificuldades enfrentadas pelos idosos no decorrer da velhice, sendo que várias delas são decorrentes da fragilidade e vulnerabilidade próprias do estado fisiológico. Tais estados podem torná-los, vítimas em potencial da crescente violência social observada em nossos dias.

A alta taxa de mortalidade dos países latino-americanos ainda está associada à violência, entendida nos dois níveis: a violência associada à ausência de condições adequadas de vida e à ruptura e transgressão de direitos, leis e normas de convivência social ou ausência desses, que se manifestam no crime

organizado ou não nos conflitos por propriedades no campo ou nas cidades, na violência contra a mulher, contra as minorias étnico-culturais e religiosas entre outras (MEDICI, 1992).

Em países desenvolvidos, a sociedade contemporânea tem sido caracterizada pela incorporação crescente de novos direitos de cidadania, dentre os quais a assistência à saúde e cuidados para preservação da vida aparecem como principais conquistas.

No entanto, ainda sendo um produto das políticas sócio econômicas, a epidemiologia da violência encontra-se fora dos serviços de saúde, um dos principais *locus* de observação e tratamento dos danos decorrentes desta.

O final do século passado foi marcado por forte preocupação com direitos humanos e, desde então, cada vez mais populações diversas, com pessoas em condições especiais, participam das discussões que privilegiam identificar as injustiças e maus-tratos a que estão freqüentemente submetidas, quer na sociedade, quer no ambiente familiar.

A importância e a magnitude do problema social, maus-tratos com mulheres, crianças, adolescentes, homossexuais e idosos, considerado grave na sociedade brasileira, instigou a realização de estudo sobre a ocorrência de maus-tratos com idosos residentes com a família no domicílio. Esse primeiro estudo poderá abrir novos horizontes para subsidiar programas de prevenção junto às famílias, consideradas clientela premente de atenção, frente à vulnerabilidade dos idosos. A avaliação e o entendimento da dinâmica das famílias por uma equipe multidisciplinar se torna cada vez mais necessário, uma vez que as injúrias e a própria morte de seus entes mais frágeis, dentre eles o idoso tem sido associados à negligência ou a condições de maus-tratos. O direito e o respeito à vida devem ser

preservados em qualquer etapa do ciclo vital do ser humano. Dessa forma, os objetivos deste trabalho estão indicados a seguir:

1. verificar a ocorrência de maus-tratos no domicílio contra idosos, de ambos os sexos, em laudos de exame de corpo de delito, arquivados no Instituto Médico Legal (IML) do município de Ribeirão Preto, no ano de 2002;
2. descrever os agressores e tipos de lesões sofridas pelos idosos, segundo a CID-10, segundo o relato registrado no exame de corpo delito.

2. Referencial Teórico

Faz-se necessário, para este estudo, conceituar de maus-tratos, uma vez que serão encaminhados os episódios de atos violentos contra o idoso junto à família no domicílio. Segundo a OMS (2002), maus-tratos refere-se a *um ato único ou repetido, ou ainda, à ausência de uma ação apropriada, que causa dano, sofrimento ou angústia e que ocorre dentro de um relacionamento em que haja expectativa de confiança e que produz dano ou angústia ao idoso.*

Queiroz (1992) define maus-tratos como atos ou omissões que produzem dano ou perigo para a saúde ou bem-estar do indivíduo, incluindo dano físico ou mental, abuso sexual, negação de alimentos, de vestuário e de assistência médica.

Os maus-tratos contra idosos, também são freqüentemente, denominados como violências e abusos.

Ferreira (1986) conceitua violência como qualidade de violento, ato de violência, constrangimento físico ou moral, coação, força. Violento é o que procede com ímpeto, que exerce força, tumultuoso, intenso, em que há emprego de força bruta, oposto ao direito e à justiça.

Para Finkler (1994), a violência, sob as suas mais variadas formas, aparece mais intensamente nos grandes aglomerados humanos da era industrial. Em todos os grupos de animais e de homens observam-se manifestações de violência, um traço primitivo inerente ao próprio funcionamento social. Segundo o autor, a violência consiste no emprego da força física ou moral como ameaça para constranger uma pessoa.

Minayo (1994) classifica violência em três aspectos distintos: estrutural, de resistência e delinqüência. Para a autora, a questão da violência doméstica contra o idoso está fundamentada na violência estrutural, sendo essa a que registra um marco à violência do comportamento. A violência do comportamento aplica-se tanto

às estruturas organizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos, que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade e, com isso, se tornam mais vulneráveis que outros seres frente ao sofrimento e à morte.

Segundo Alleyne (1998), a violência tornou-se uma epidemia, o seu aumento e seus efeitos na saúde física e mental das pessoas e das populações têm se convertido atualmente em verdadeiro problema de saúde pública. Para o autor a saúde é vital para o progresso de uma sociedade, elemento crucial para o desenvolvimento humano, assim como também são a educação e o crescimento econômico. Quando os maus-tratos debilitam a saúde, desestabiliza-se também o potencial do país para fomentar o desenvolvimento humano.

No campo da saúde coletiva, a Organização Mundial da Saúde, em 1993, definiu a violência como uma doença ou afecção de *causas externas*, na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Organização Mundial da Saúde), 2003, mas, desde 1980, ela tem sido reconhecida como questão de saúde pública, não somente do ponto de vista dos traumatismos físicos, mas também decorrente dos sérios efeitos que acarreta à saúde mental de quem a sofre. A Organização Pan-Americana de Saúde, em 1993, analisa que a violência adquiriu caráter endêmico que envolve vários países, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, configurando-se como questão de saúde pública.

Krug et al. (2002) acreditam que a violência não pode ser atribuída a um único fator. Suas causas são complexas e ocorrem em diferentes níveis. O primeiro deles abrange fatores pessoais e biológicos que levam o indivíduo a apresentar comportamento violento. O segundo nível destaca o tipo de relacionamento entre as

peessoas, o terceiro, engloba a condição da comunidade, e falta de convívios sociais e por último está o sistema de justiça criminal e normas culturais. Sendo assim, é importante e urgente a junção de forças para combater o problema dos maus-tratos em idosos, visando definir políticas governamentais, e investir no envolvimento de instituições da comunidade que sejam capazes de ajudar a família a entender e a cumprir suas obrigações com os idosos, e demais membros que a compõem.

O Ministério da Saúde, em CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA (BRASIL, 2002), apresenta o termo *violência intrafamiliar* referindo-se a toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um ou mais membros da família. Pode ser cometida dentro ou fora do domicílio por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade e exerça relação de poder nesse contexto. Desse modo podem ocorrer abusos contra idosos do tipo: físico, psíquico, material, sexual, negligência e o confinamento.

As definições de maus-tratos variam de cultura para cultura, em cada sociedade, e elas compreendem, para a maioria das pessoas, agressão física apenas; entretanto, existem outras formas como: exploração ou apropriação de rendas, abuso psicológico, psicossocial, negligência, a negligência própria e violação dos direitos.

A literatura nacional descreve alguns estudos sobre maus-tratos domiciliares contra o idoso, como os de Figueiredo (1999); Menezes (1999); Minayo (2003) e o próprio Ministério da Saúde vem elaborando materiais didáticos para profissionais da saúde. Em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra têm-se desenvolvido mais pesquisas acerca dessas situações, porém os

pesquisadores também têm encontrado dificuldade para obter os dados, frente à restrição na abordagem familiar.

Vale destacar que tanto a literatura nacional quanto a internacional trazem as mesmas caracterizações para a suspeita de maus-tratos ao idoso. Nem sempre os maus-tratos são praticados de forma intencional, podendo ser resultado do despreparo do familiar ou cuidador para lidar com a situação em idosos muito dependentes, ou ainda das condições socioeconômicas da família ou comunidade. No entanto, o que fica evidente é que uma lesão resultante de maus-tratos, que leva a vítima a precisar de atendimento médico, nem sempre é notificada. Há ainda os maus-tratos em nível psicológico que nem sempre aparecem em forma de lesões.

De acordo com os CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA (BRASIL, 2002), alguns aspectos de relevância são destacados no que diz respeito aos vários tipos de maus-tratos ao idoso e o seu reconhecimento, englobando: *abuso psicológico*, contendo ameaça de atos violentos, abandono, constrangimento moral, isolamento social, recusa de afeto e atenção, retirada da autonomia compulsória; *negligência*, como privar a pessoa de bens que atendam às suas necessidades básicas; *abuso físico* na forma de lesões, contusões, queimaduras ou ferimentos inexplicáveis; *abuso sexual* com dor ou prurido anal ou genital, corrimento ou sangramento nas roupas íntimas, doenças sexualmente transmissíveis; *abuso material* (exploração), onde existe uso indevido dos recursos financeiros pela família ou cuidador.

Ainda são considerados maus-tratos, *negligências próprias*, quando uma pessoa está sendo negligente consigo mesma, quando tem condições de tomar decisões a respeito de si própria, em relação à sua saúde e finanças, descuidando-se deles e o familiar é conivente.

Do ponto de vista do responsável pelo idoso ou cuidador, são considerados alguns aspectos para avaliar sinais diretos (sugestivos) e indiretos dos cuidados prestados ao idoso, como: dependência da renda do idoso, história de uso de álcool e drogas, problemas de saúde mental com o cuidador ou familiar e relacionamento indiferente com o idoso.

Referindo-se aos aspectos relativos ao idoso, sugestivos de maus-tratos, observa-se demonstração de medo para com o seu responsável ou cuidador, uso de respostas vagas ou imprecisas durante atendimento com o profissional de saúde e o próprio diagnóstico de depressão.

Fontes oficiais de informação sobre maus-tratos no Brasil, dentre as quais estão a Secretaria de Segurança Pública e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, indicam que esse fenômeno tem crescido, especialmente nas áreas urbanas das metrópoles, no entanto, um número significativo de formas de violência não chega oficialmente ao conhecimento institucional, configurando subnotificação, prejudicando a fidedignidade das informações a respeito da situação.

É necessário, sem dúvida, conhecer a realidade para que se possa transformá-la, mesmo porque não basta questionar e censurar a violência doméstica, por exemplo, apontando quem a cometeu ou quem a sofreu; é necessário também buscar as razões pelas quais muitos indivíduos desenvolvem relações familiares em que existem situações de maus-tratos.

Analisando a questão dos maus-tratos, particularmente daqueles que ocorrem dentro do ambiente familiar, pode-se identificar que essa ocorrência, desde a antiguidade, assumiu, ao longo dos séculos, diferentes conotações, chegando aos dias de hoje com frequência muito alta.

Os estudos sobre este tema são recentes e a compreensão do que vem acontecendo faz-se gradativamente. Várias áreas do conhecimento têm voltado sua atenção para a questão dos maus-tratos e o idoso no ambiente doméstico. Do ponto de vista da saúde global e preventiva, sabe-se que os maus-tratos comprometem a qualidade de vida na velhice, resultando em somatizações, transtornos psiquiátricos e morte prematura, além de onerar os gastos com os setores da saúde, seja pelo aumento do número de atendimentos ambulatoriais, seja por internações hospitalares.

Para ampliar a temática, faz-se necessário entender os arranjos familiares, os tipos de maus-tratos sofridos pelos idosos, leis e programas nacionais de atenção ao idoso e à família, as tendências dos programas municipais de saúde da família, no que dizem respeito à prevenção e monitoramento de casos de maus-tratos, a questão da subnotificação dos casos e medidas para atuar efetivamente na solução desses problemas.

2.1 O IDOSO E OS ARRANJOS FAMILIARES

Para melhor compreender como se organizam os grupos familiares, autores como Camarano e Ghaouri (2003) dividem as famílias com idosos em dois grupos: *famílias de idosos*, onde o idoso é chefe ou cônjuge e *famílias com idosos*, que cohabitam, isto é, moram na condição de parentes do chefe da casa.

Em países latinos, a preocupação com o cuidado institucional do idoso não se constitui em prática comum; esse encargo tem recaído mais sobre as famílias, que o abrigam em co-residência (BRASIL, 2003).

Na China, mais de 70% dos idosos moram com os filhos e, aproximadamente, três quartos deles vivem em famílias com mais de três gerações (YI e GEORGE, 2001). Peng e Phillips (2002) mostraram que, apesar da China estar ampliando a cobertura do seu sistema de seguridade social, somente um quarto das pessoas idosas recebe algum tipo de benefício, necessitando morar com outras pessoas.

De Vos (1990) observou que em alguns países da América Latina o estado conjugal diminui a probabilidade do casal idoso morar na casa dos filhos, pois, em média, 67% dos idosos não-casados vivem com suas famílias, enquanto que para os casados essa proporção cai para 49%.

Para Andrade e De Vos (2000), a permanência da mulher idosa na casa de filhos também está associada à incapacidade física, pois, aproximadamente 17% das mulheres que vivem com filhos reportaram incapacidade para realizar sozinhas suas atividades diárias básicas, de comer e tomar banho. Esse índice representava 3,4% das mulheres idosas brasileiras, em 1998. Segundo essa pesquisa, a pobreza é outro fator associado à co-residência, podendo esta ser de dois tipos: filhos nas casas dos pais ou o inverso. Nesses casos, a co-residência pode beneficiar tanto as gerações mais novas quanto as mais velhas. Os autores observaram que as filhas são mais procuradas como “cuidadoras” de suas mães do que os filhos.

O idoso pode não mais participar do processo produtivo, por incapacidades física e/ou mental e, em consequência disso, na maioria das vezes, ter a sua autonomia comprometida.

Diversos autores, como (CAMARANO; GHAOURI, 2003) têm mostrado que a co-residência não se dá apenas por necessidade do idoso; em muitos casos, ela ocorre por necessidade dos mais jovens, quando economicamente dependentes de seus pais por período mais longo, em função da instabilidade do mercado de trabalho, do maior número de anos passados na escola ou da inconsistência de suas relações afetivas. No Brasil, 70% das famílias de idosos abrigam os filhos em co-residências, o que permite inferir que esse é um arranjo familiar bastante comum para a população brasileira.

Na Ásia, embora a co-residência de idosos e filhos esteja diminuindo, a família continua sendo a principal referência do idoso quando ele precisa de alguma assistência, ficando o filho adulto com a responsabilidade de cuidar de seus pais quando esses perdem a autonomia e passam a necessitar de cuidados (OFSTENDAL et al., 1999).

Arranjos familiares são formas importantes de relações de transferência e suporte entre gerações; em muitos casos, um declínio no sistema de co-residência pode aumentar a demanda de determinadas políticas sociais. Atualmente, observamos que cabe às famílias grande parte do cuidado de seus membros *dependentes*. Do ponto de vista do idoso, os estudos não revelam se o arranjo familiar predominante reflete suas preferências quanto à co-residência ou se essa é o resultado de falência econômica, social ou por motivos de saúde, ou seja, este arranjo pode estar refletindo mais a falta de opção do que um desejo.

Camarano e Ghaouri (2003), alicerçando-se em dados do IBGE, do período de 1981 a 1999, observaram que idosos mais velhos residem junto de suas famílias ao invés de morarem apenas com idosos, sendo o estado de saúde do mais

idoso geralmente mais frágil que o chefe da família ou cônjuge, apresentando capacidade funcional menor e dificuldades para se alimentar ou caminhar.

Em suma, a co-residência no Brasil pode estar associada a melhores condições de vida, oferecendo benefícios para idosos e filhos, mas há indicações de que as gerações mais novas são as maiores beneficiárias. Não se pode negar que a relação entre co-residência e níveis de bem-estar depende do contexto socioeconômico, das relações de poder, das políticas sociais e não apenas das relações interfamiliares ou das características individuais e preferências. Por outro lado, com a co-residência de várias gerações em um mesmo domicílio, ocorre maior troca nas relações entre os membros, como solidariedade e ajuda e também conflitos entre esses, destacando-se os maus-tratos domésticos contra o idoso.

2.2 O IDOSO E A CIDADANIA

A CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (BRASIL, 1998), no artigo 230, refere-se ao idoso e à família, onde dispõe que, a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. *O parágrafo 1º do referido artigo cita que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.*

No que se refere à Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996), objetivando ainda assegurar a assistência ao idoso, foram promulgadas a Lei nº 8.842, de 04 de

janeiro de 1994 e o Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996, os quais dão ênfase à manutenção e melhoria da capacidade funcional dos idosos, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde dos que adoecem e à reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a lhes garantir permanência no ambiente em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade. Ainda no *artigo 3º*, *refere-se aos princípios em seu primeiro parágrafo, estabelecendo que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade e defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida.*

Em 2 de outubro de 2003, data em que se comemora o Dia Internacional do Idoso, o Presidente da República sancionou o Projeto de Lei nº 57, o qual dispõe sobre o Estatuto do Idoso, com seus 119 artigos, passando a vigorar em 1º de janeiro de 2004. Esse, por sua vez, vem complementar a Política Nacional do Idoso, apresentando alguns pontos críticos e entre eles a importância da notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra idosos, fazendo referência aos órgãos de auxílio (BRASIL, 2003). Portanto, supõe-se que tenha sido elaborado para reafirmar, não só para a sociedade, mas também para os próprios idosos, a importância dos seus direitos.

A atual legislação atribui ao Poder Público incumbências muito claras nas áreas de promoção e assistência social, saúde, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho e previdência, urbanismo, habitação e justiça.

Quanto à Política Nacional do Idoso, que cita a permanência do idoso no ambiente em que vive, exercendo suas funções, independentemente, na sociedade, necessita de maior discussão entre os Estados, municípios e a sociedade.

Verifica-se que tanto a Constituição Brasileira, como as Políticas Públicas apresentam amparo ao idoso no campo legislativo. Outro aspecto refere-se ao papel dos profissionais de saúde que devem dispensar atenção ao idoso, seja capacitando as equipes de saúde, seja assistindo-o, como determina a lei, identificando e notificando maus-tratos, além de outras intercorrências em caso de suspeita.

A grande barreira para a identificação de maus-tratos contra o idoso no domicílio talvez não seja a falta de leis, mas, sim, o silêncio social, visto que os maus-tratos na família são vistos como algo natural, “resolvidos” pela própria família, que conspira no silêncio em torno do fato (FIGUEIREDO, 1999). Em consequência disso, o que há são estatísticas inexatas pela falta de denúncia formal, até que os idosos, não mais suportando as agressões e ameaças, têm a coragem para denunciá-las, vindo a romper o silêncio.

Diante das dificuldades da aplicação das leis de proteção ao idoso, estabelecidas pelo Código Penal (1984) busca-se exemplificar alguns fatos: se o idoso é vítima de furto ou de apropriação indébita (artigo 168), por parte de familiares, dificilmente haverá punição, pois em certos casos, há isenção de pena (artigo 181) e em outros, o processo penal só poderá ter início se o idoso representar contra o parente autor do delito (artigo 182). Essa circunstância é inibidora para a maioria, seja por expor a pessoa considerada sua *protetora*, seja por absoluto medo de represália. Situação semelhante é observada quando o idoso é vitimado por lesões corporais leves e culposas (artigo 129). A ação penal só tem curso se houver representação do ofendido (artigo 88 da Lei nº 9.099, de 26.09.95, do Código Penal) e, como no caso anterior, isso só ocorre esporadicamente e em casos extremos (BRASIL, 1984).

2.3 A FAMÍLIA E A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Apenas recentemente os maus-tratos contra os idosos passaram a ser reconhecidos como violência doméstica. A exemplo do que acontece com crianças, adolescentes e mulheres, a violência contra idosos também é subnotificada, pois inúmeras ocorrências são registradas pelas equipes de saúde, nas emergências de hospitais e serviços de pronto-atendimento, sem que o diagnóstico final relacione o problema a possíveis maus-tratos de familiares ou cuidadores (BRASIL, 2002).

Estudos recentes de Ruschel e Castro (1996), sobre a dinâmica familiar, revelam que radical mudança em sua composição, onde existem combinações de diversas naturezas, cria as mais variadas e complexas situações. Convivendo em um mesmo ambiente sociocultural, a família divide esse espaço com pessoas de uma ou mais gerações, com interesses e expectativas distintos e, com frequência, as dificuldades do cotidiano contribuem para somar, separar ou até mesmo romper as relações entre seus membros.

Os mesmos autores referem, ainda, que é na família, onde os indivíduos se reproduzem e se constituem como sujeitos, que as relações de poder aparecem como estruturantes.

Com o advento da industrialização, no início do século passado, o mundo passou por grandes mudanças, assim, após a Segunda Guerra Mundial, o modo de viver dos brasileiros sofreu modificações radicais, como o desenvolvimento de novas tecnologias, para atender às necessidades da indústria e a substituição do homem pela máquina, visando exclusivamente a produção, o consumo e o lucro.

O grande desafio da sociedade atual é que famílias se desintegram em conseqüências das grandes transformações sociais e tecnológicas; as pessoas são geralmente rejeitadas quando deixam de ser produtivas, diferentemente, do que ocorria na sociedade pré-industrial, onde a família formava uma estrutura social, coesa, solidária, como ocorre em alguns países desenvolvidos.

Segundo Minayo e Coimbra Jr. (2002), no âmbito das instituições de assistência social e saúde, são freqüentes as denúncias de maus-tratos e negligências, mas nada se iguala aos abusos e negligências no interior dos próprios lares, onde choque de gerações, problemas de espaço físico, dificuldades financeiras costumam se somar ao rebaixamento da auto-estima devido a um preconceito estabelecido que considera a velhice como *decadência*.

Idosos tornam-se mais vulneráveis aos maus-tratos no domicílio à medida que apresentam dependência física ou mental; entretanto, o que deve ser avaliado é o grau de dependência e a ocorrência de maus-tratos, que ainda é agravada quando familiares e/ou cuidadores não-familiares despreparados lidam com situações diversas de cuidados num convívio familiar estressante.

Para Neri (2001), o cuidador familiar é a pessoa da família que responde ao papel e/ou às tarefas de cuidar de idosos que apresentam dependência associada às incapacidades funcionais e/ou à pobreza e/ou a doenças, de tal forma que são incapazes de sobreviver por si mesmos. As tarefas do cuidar ainda envolvem classes de ações concernentes a auxiliar diretamente um idoso incapacitado a desempenhar tarefas práticas de vida diária e tarefas básicas de autocuidado.

Preservar a autonomia ou a independência funcional do idoso é importante, pois, a incapacidade para desempenhar as atividades da vida diária pode estar relacionada ao aumento das situações de maus-tratos.

Os maus-tratos domésticos têm sido melhor percebidos e trazem como conseqüências o comprometimento da saúde das pessoas envolvidas. Resta questionar em que medida as famílias são responsáveis pelos seus idosos, pois, nota-se descompasso entre as responsabilidades da família, sociedade e Estado. Entretanto, é importante destacar que o núcleo familiar é o principal responsável pelo bem-estar do idoso, cabendo ao Estado estabelecer normas, regras e leis para combater todo tipo de abuso de poder como os maus-tratos contra o indivíduo na sociedade. São indispensáveis, porém, programas sociais e estabelecer rede de apoio para proteção e auxílio às pessoas vitimizadas, além de programas e tratamento para a família ou cuidador responsável pelo idoso de modo a desconstruir a violência.

As publicações sobre maus-tratos contra a criança, o adolescente e a mulher mostram que esses segmentos aparecem mais como objeto de estudo nas pesquisas, quando comparado ao idoso. Manthorpe e Watson (2002) mencionam que há quase 30 anos existe *interesse e urgência desproporcional no campo da proteção da criança, o mesmo não ocorrendo com relação aos maus-tratos em idosos*, talvez pelo fato de a criança trazer uma imagem mais desprovida do que o idoso.

Hazzard (1995) já propunha modelos de educação enfocando os maus-tratos aos idosos nos currículos médicos norte-americanos. Todos os modelos destacavam estágios obrigatórios nos serviços de atendimento a idosos com profissionais especializados, sob a supervisão de um professor com olhar

multidisciplinar, e numa equipe de médicos geriatras, enfermeiras e serviços de assistência social. Também havia a possibilidade de participação em discussões de casos, para elaboração de plano de cuidados para os idosos maltratados no departamento de medicina de família. Esse mesmo estudo estima que cerca de 2% da população acima de 65 anos sofre maus-tratos; entretanto, sabe-se hoje que esses dados encontram-se abaixo das estimativas, pois há probabilidade de maus-tratos encobertos, escondidos, sem reconhecimento.

Pesquisa realizada na Índia, Kênia, Líbano, Argentina e Brasil, indagando idosos e o que estes entendem como atos violentos, mostrou que três formas de violência foram mais referidas: negligência – isolamento, abandono e exclusão social; violação, aos direitos legais e de assistência; médicos; privação de escolhas, sobre assuntos do cotidiano e os assuntos relacionados às finanças (BENNETT, 2002).

Supõe-se que situações de maus-tratos em idosos ocorram em frequência bem maior e numa dimensão muito mais grave, porém, a constatação dessa situação é vislumbrada apenas quando ela apresenta conseqüências mais drásticas, como traumas e mortes. Assim, foram formuladas algumas questões que orientarão a pesquisa.

- Como os enfermeiros recebem formação para lidar com essas situações?
- Como é estruturada a rede social de serviços nos municípios, engajada para prover a resolução do problema?
- Quais são as prioridades na atenção ao idoso?
- Nesse contexto de transformações, como vive no Brasil o idoso do século XXI?

No intuito de colaborar para essa discussão, o presente trabalho direciona-se à reflexão crítica como também subsidia movimentos de debates acerca do tratamento dispensado ao idoso seja pelos profissionais de saúde, seja pela sociedade e governantes, procurando identificar a ocorrência de maus-tratos, no sentido de promover programas de prevenção e valorização de sua condição de vida.

Partindo desses dados, destaca-se o incentivo para que os enfermeiros e outros profissionais da saúde reflitam sobre as conseqüências do desacordo entre as transformações demográficas e epidemiológicas e a falta de recursos para atender à população idosa.

2.4 A NOTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE MAUS-TRATOS: alguns obstáculos encontrados por profissionais da saúde

A discussão sobre notificação de ocorrência de maus-tratos necessita ser analisada e revisada frente às dificuldades encontradas pelo relato dos profissionais de saúde.

Gonçalves e Ferreira. (2002), ressaltam a importância da notificação como sendo um instrumento no combate à violência por dois motivos: produzindo benefícios para os casos singulares e sendo instrumento de controle epidemiológico da violência. O profissional de saúde é legalmente obrigado a notificar casos confirmados ou apenas suspeitos de violência contra crianças e adolescentes e desempenha papel vital nessa área.

O Ministério da Saúde elaborou um instrumento para notificação compulsória de suspeita ou confirmação de maus-tratos no adulto, promulgando a Portaria nº 1968/ GM, de 25 de outubro de 2001, que dispõe sobre a notificação às autoridades competentes de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.

O GEAVIDAS (Grupo de Estudos em Atenção a Vítimas de Violência Doméstica e Agressão Sexual) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP um grupo de trabalho formado em 1999 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, é formado por profissionais da saúde interessados na problemática da violência doméstica e agressão sexuais e vem trabalhando para efetivação de ações no tratamento de vítimas de violência no município de Ribeirão Preto.

Durante o ano de 2003, em parceria com os núcleos de Saúde da Família (NSF) de Ribeirão Preto e outros parceiros do município, o GEAVIDAS implantou a Ficha de Notificação de suspeita ou casos confirmados de violência, abuso sexual/maus-tratos contra crianças, adolescentes e adultos para oficialização nos Serviços de Saúde de Ribeirão Preto. A Ficha de Notificação teve por objetivo identificar em especial os casos de violência doméstica, dando visibilidade ao fenômeno, através dos Serviços de Vigilância Epidemiológica do município e a partir daí mobilizar as políticas públicas necessárias para implantação de equipamentos e preparação de profissionais diferenciados.

Durante a elaboração da Ficha de Notificação ficou evidente que os profissionais de saúde percebem os sinais de violência e se sentem despreparados para o manejo dessas situações (BAVA; CABRERA; DOMINGO, 2003).

Agentes de saúde durante as visitas domiciliares, observam que conflitos intrafamiliares resultam, muitas vezes, em violência e abuso de poder do mais forte contra o mais vulnerável ou seja, crianças, mulheres, idosos, deficientes físicos, mentais e sensoriais.

Torna-se, cada vez mais necessário capacitar os profissionais de saúde para identificar e intervir com competência na violência doméstica, resgatando a dignidade de pessoas que sofrem muitas vezes no silêncio.

A família, como um sistema social único, é estruturada nos valores culturais da sociedade em que se insere. Sua organização implica no estabelecimento de laços de intensa conveniência emocional, além de unidade de cooperação econômica e consumo coletiva. Nesse sentido, ela é um organismo que seleciona e qualifica as experiências do indivíduo, dando-lhe condições para vivência individual e social, por intermédio de noções fundamentais como procriação, cuidado com a saúde, criação e aperfeiçoamento de pautas sociais e culturais (SAMARA, 1986).

Os membros familiares e/ou cuidadores que residem junto com o idoso devem receber atenção apropriada, considerando que, muitas vezes, apenas um membro da família se responsabiliza pelo cuidado do idoso mais dependente, o que pode prejudicar ou fortalecer as relações intrafamiliares.

As relações intergeracionais são distintas, considerando-se os papéis de cada um na sociedade. As características da família, dentro da complexidade social, desestabilizam-se em muitos momentos criando relações de poder, as quais autores como Ruschel e Castro (1996) identificam como conflitos de gerações.

Essas relações são tão antigas quanto a humanidade e podem ser lidas na Bíblia Sagrada, em Gênese, 4: 8. A origem da violência está fundamentada na

seguinte justificativa: “Disse, porém, Caim a seu irmão Abel: vamos para o campo. Quando estavam lá, Caim atacou seu irmão Abel e o matou” (BIBLIA, 2000). O entendimento da violência é um processo que exige estudos e intervenções multidisciplinares que permeiem o campo jurídico, ético, psicossocial, antropológico, econômico, médico, de saúde coletiva e outros, indicando para cada enfoque sua quota de contribuição.

A maioria dos profissionais de saúde ainda não está capacitada para identificar e encaminhar adequadamente os casos de maus-tratos contra idosos nos serviços de saúde ou de referência. Nas áreas de segurança e justiça percebe-se, também, que não há serviços de apoio aos idosos vitimizados; muitas vezes eles denunciam a situação e, ao retornarem aos seus lares, são maltratados novamente, o que gera medo e apreensão.

Nos últimos anos, apesar da melhoria nos indicadores de saúde, outros problemas começaram a fazer parte do cotidiano das pessoas, carregando todo um processo de deterioração da qualidade de vida e transformando o dia-a-dia em verdadeiro exercício de sobrevivência, evidenciando tensões e medos.

O crescimento da demanda, o atendimento imediato às vítimas e a reabilitação representam hoje, em países como o Brasil, sobrecarga aos serviços de emergência dos hospitais gerais, dos centros especializados, sendo necessária a adequação de recursos humanos e de equipamentos. As estatísticas mostram que as mortes causadas pelo uso das armas de fogo (homicídios, suicídios e lesões por causas indeterminadas) cresceram mais de 90% durante a década de oitenta. Associado aos homicídios, também estão os acidentes de trânsito, suicídios, a violência doméstica, e, ainda, o uso do álcool e de outras drogas, como a cocaína, o *crack* e a heroína. Esses últimos, além de desenvolver nos dependentes violência

sem limites, liga-os a assassinatos, roubos e seqüestros para alimentar seus vícios. A influência dos programas de televisão é também responsável à medida que estes veiculam a violência e vulgarizam as relações sociais de sofrimento, de vida e de morte dos indivíduos (MINAYO, 1994).

De acordo com Heath et al. (2002), um agravante em relação às subnotificações é a limitação de estatísticas a respeito dos maus-tratos com idosos e a má qualidade do preenchimento das Declarações de Óbito, pelos profissionais. Isso pode ser explicado pela precariedade do ensino médico, pois as escolas médicas nem sempre proporcionam a devida atenção nem importância ao correto preenchimento do atestado de óbito, ou mesmo às próprias evoluções médicas em estabelecimentos de saúde, em casos de maus-tratos.

Heath et al. (2002) relatam que, desde o início da década de 70, médicos e pesquisadores nos Estados Unidos começaram a se preocupar com as questões de maus-tratos em idosos porque a maioria dos médicos estava despreparada para lidar com esse tipo de problema.

Desde 1986, nos EUA, o *Adult Protective Service* (APS) foi estabelecido para tentar resolver o problema dos maus-tratos no país. É um serviço de atendimento gratuito que funciona em nível municipal, mas que está interligado a todo o país. Serve como elo nas informações entre profissionais que atendem a idosos sob situações de maus-tratos. Assim, o desenvolvimento de pesquisas acerca do impacto dos maus-tratos na saúde é premente, bem como a necessidade de desenvolver treinamento para os médicos em experiências ambulatoriais(HEATH et al.2002).

Voelker (2002) ressalta a dificuldade em se encontrar pesquisas na área de maus-tratos contra o idoso. Diante disso, descreve que, em 1998, o Centro

Nacional de Abuso ao Idoso, nos EUA, realizou levantamento das informações fornecidas pelo (APS) e por agências de comunidades que trabalham com essa população. O estudo estimou que, em 1996, aproximadamente 550000 idosos foram maltratados ou negligenciados. Do total, somente 21% dos casos foram informados ao APS. O estudo mostrou que casos não informados são quatro vezes maiores do que aqueles informados. A autora ainda questiona como pesquisadores podem mensurar a incidência ou prevalência de um fenômeno que é mal definido. Esse fato assume importância na área da saúde pública, evidenciando que os pesquisadores devem desenvolver mais estudos a respeito do tema, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos idosos.

All (1994), em sua pesquisa, mostra que apenas 5% dos idosos americanos acima dos 60 anos estão em instituições sociais; os demais, 95% vivem em suas próprias casas ou em casas de parentes. Esse fato induz a pensar que a maioria das agressões que vitimam os idosos nos EUA também acontece dentro das relações familiares.

Zagabria (2001) reconhece a violência de gênero, não só entre homens e mulheres, mas também entre homens e homens e entre mulheres e mulheres, a qual aparece no espaço domiciliar, não distinguindo cor, raça, sexo e nível socioeconômico. Concebida no espaço da vida privada ou no âmbito da intimidade relacional, a violência vem ganhando visibilidade à medida que se torna pública por intermédio de denúncias. Quanto à violência doméstica, a autora considera como um tipo de violência oculta no Brasil, que não disponibiliza dados numéricos para avaliá-la qualitativa ou quantitativamente, quando se toma conhecimento de maus-tratos contra idosos, geralmente ocorridos em âmbito institucional, esses são sempre casos extremos divulgados pelos meios de comunicação.

Assim, na justificativa da proposta deste trabalho, destacam-se mudanças demográficas e epidemiológicas que vêm ocorrendo no país, tendo como resultado o aumento da longevidade das pessoas e a própria reestruturação da família nuclear. No meio familiar, há a absorção cada vez maior da mulher na força de trabalho, dificultando que ela assuma, como fazia tradicionalmente, a tarefa de cuidar dos membros mais velhos da família. Outro aspecto refere-se aos problemas sociais, econômicos e políticos atuais que expõem o idoso à maior violência, e como membro de uma sociedade ele também está vulnerável a essa situação.

Urge, portanto, que os profissionais de saúde debatam a temática para criação de propostas de intervenção com vistas à melhorar o diagnóstico de ocorrência do idoso e à ideologia social da família.

3. Metodologia

3.1 POPULAÇÃO, AMOSTRA E LOCAL DO ESTUDO

Optou-se para este estudo investigar as pessoas com 60 anos, ou mais, de idade, de ambos os sexos, com residência fixa no município de Ribeirão Preto–SP que apresentavam registros em laudos de exame de corpo de delito, disponíveis no Instituto Médico Legal, referentes ao ano de 2002. Vale destacar que o Instituto recebe não só laudos de exames do município, mas também de outras 17 cidades. Após identificada a população, foram selecionados os casos em que se identificou maus-tratos no domicílio, utilizando a (Classificação Internacional das Doenças- CID-10, 2003), considerando o capítulo XIX referente às “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas”, S00 – T98 e o capítulo XX, referente às “Causas externas de morbidade e de mortalidade” V01 – Y98, totalizando 87 idosos.

3.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Foi solicitada a consulta de todos os registros de laudos de exame de corpo de delito ao Instituto Médico Legal referentes ao ano de 2002. Foram separados todos os laudos referentes aos idosos com 60 anos, ou mais, de idade. Desses, apenas os registros dos idosos moradores em Ribeirão Preto e que sofreram maus-tratos no domicílio foram analisados, respeitando os critérios de inclusão do estudo. Esses registros continham informações referentes à vítima

como: nome, idade, sexo, etnia, estado civil, procedência, procedência médica após os maus-tratos, histórico policial, o exame físico externo, além da identificação do agressor.

As anotações realizadas pelos técnicos nos laudos foram transcritas através do instrumento de coleta de dados elaborado pela pesquisadora (Apêndice A).

Ribeirão Preto possui oito Distritos Policiais e três Delegacias Especializadas, incluindo a Delegacia de Defesa da Mulher, as quais encontram-se distribuídos estrategicamente no município, a fim de tentar atender à população de maneira eficaz. Estão situados nos seguintes bairros: Centro, Campos Elíseos, Vila Tibério, Sumaré, Marincek, Vila Virgínia, Bonfim Paulista e Jardim Paulista.

Além do Instituto Médico Legal, foram consultados os distritos policiais do município para complementação dos dados quanto aos ofensores. Nos distritos policiais e Delegacia da Defesa da Mulher, foram analisados os Boletins de Ocorrência, instrumento oficial de registro do delito, padronizado e utilizado no Brasil (Anexo B) e requisição de exame (Anexo C), formulário para solicitação de perícia médica.

Para formalizar uma denúncia, a queixa deve inicialmente ser feita no Distrito Policial, por qualquer cidadão, exceto pelo advogado procurador da parte interessada.

Esse procedimento inclui o preenchimento do Boletim de Ocorrência, que é o registro inicial do delito, no sentido de instruir o procedimento; no entanto, em alguns casos se faz o termo circunstanciado, usado apenas para lesões leves ou, em casos de lesões mais graves, é instaurado o inquérito policial.

Na oportunidade da denúncia é feita a requisição de exame, descrevendo-se como a história ocorreu, local e data. A vítima ou indiciado leva essa requisição do Distrito Policial para o Instituto Médico Legal, sendo realizada a perícia médica, ou seja, o exame de corpo de delito descrito no mesmo impresso. O médico legista examina a vítima e emite um laudo, em três vias. Uma via permanece no IML e as outras duas retornam para o Distrito Policial; uma das cópias é arquivada no próprio Distrito e a outra, encaminhada para o Fórum, a fim de que o Ministério Público indicie o ofensor.

Croce e Croce Junior (1996) definem como procedimento médico (exames clínicos, laboratoriais, necropsopia, exumação) todo aquele promovido por autoridade policial ou judiciária, praticado por profissional de medicina, visando prestar esclarecimentos à Justiça. A autoridade policial ou judicial recorre a um médico, ao perito médico-legal ou legista, toda vez que numa ação penal ou civil deva ser esclarecido um fato médico. Para esclarecer à Justiça problemas que lhes são pertinentes, a perícia médico-legal utiliza um conjunto de indagações de competência essencialmente médica, realizadas com pessoas, em cadáveres e animais.

Existe uma gama de exames necessários ao esclarecimento dos fatos nos diversos tipos de processos o termo corpo de delito refere-se ao conjunto de elementos sensíveis denunciadores do fato criminoso. Esses elementos são materiais, perceptíveis pelos sentidos, resultantes da infração penal, que devem ser alvo de provas obtidas pelos meios que o direito fornece (GOMES, 1997).

Enquanto o exame de corpo de delito registra no laudo a existência e a realidade do delito, o corpo de delito é o próprio crime na sua tipicidade. É o resultado redigido e autuado da perícia, tendo como objeto evidenciar a realidade da

infração penal e demonstrar a culpabilidade ou não do agente, portanto, é o conjunto de vestígios materiais deixados pelo fato criminoso (CROCE; CROCE JUNIOR, 1996).

Os formulários do laudo de exame de corpo de delito são de quatro tipos: lesão corporal, conjunção carnal, ato libidinoso e aborto. Para este estudo foram considerados apenas os três primeiros.

Para descrever os tipos de lesões provocadas nos idosos e para caracterizar o seu ofensor, foi utilizada a CID-10 (2003) em seu capítulo XIX, referente às “Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas”, incluindo (S00-T98) e o capítulo XX, referente às “Causas externas de morbidade e de mortalidade” (V01-Y98), os códigos referentes aos tipos de lesões e ofensores estão discriminados no Apêndice B.

Após levantamento dos registros, foi elaborado um banco de dados no programa SPSS, com dupla digitação para fidedignidade das informações para posterior análise estatística descritiva.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Foi solicitado autorização, por escrito, para o levantamento dos dados junto ao Diretor do Instituto Médico Legal, com aprovação do mesmo (Anexo D). A seguir, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, tendo sido aprovado pelo mesmo, no processo nº 5513/2003 com termo de consentimento livre e esclarecimento.

4. Resultados

Foram levantados 5322 registros de laudos de exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal do município, referentes ao ano de 2002, sendo que 89 desses registros não se encontravam no arquivo, ficando um total de 5233 registros. Vale destacar que o IML recebe requisições de exame do município e de 17 municípios vizinhos. Desse total, 175 (3,2%) registros eram de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos; sendo 100 (57,1%) desses residentes em Ribeirão Preto e 75 (42,9%) não residentes em Ribeirão Preto. Considerando que o objetivo do trabalho é descrever a ocorrência de maus-tratos no idoso, examinamos apenas os 100 registros referentes às pessoas residentes em Ribeirão Preto. Desses, 87% foram vítimas de maus-tratos no domicílio e 13% vítimas de outras formas de violência que ocorreram fora do domicílio, como 7 vítimas de acidente automobilístico, 3 vítimas de assalto, 1 vítima de mordedura de cão, 1 vítima de queda em transporte coletivo e 1 vítima de agressão com discussão em bar. Na Figura 1, na página seguinte, pode ser observado o diagrama mostrando a seleção da amostra do estudo.

O levantamento dos laudos de exame de corpo de delito foi realizado no Instituto Médico Legal. Todos os dados contidos nos laudos dos 87 idosos selecionados para o estudo foram registrados.

4.1-CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS PARTICIPANTES DA AMOSTRA

Perfil social do idoso

A distribuição de idosos, segundo faixa etária e sexo. Dentre os 87 idosos, 51 (58,6%) pertenciam ao sexo masculino e 36 (41,4%) ao feminino. A idade média do idoso maltratado no domicílio foi de 75 anos.

Figura 1. Diagrama da seleção da amostra para o estudo.

4. Resultados

Tabela 1 – Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo faixa etária e sexo, Ribeirão Preto, 2002

Faixa Etária (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60-64	17	(33,3)	12	(33,3)	29	(33,3)
65-69	16	(31,4)	15	(41,7)	31	(35,6)
70-74	12	(23,5)	5	(13,9)	17	(19,6)
75-79	3	(5,9)	1	(2,8)	4	(4,6)
80+	3	(5,9)	3	(8,3)	6	(6,9)
Total	51	100	36	100	87	100

Os dados da Tabela 1, mostram que a faixa etária entre 60-69 anos é aquela que sofreu maiores maus-tratos, 60 (68,9%); entretanto, ao analisar sexo e faixa etária observa-se que entre 60-64 anos, o sexo masculino teve maior ocorrência de maus-tratos, 17 (33,3%) e entre 65-69 anos, o sexo feminino ficou com 15 (41,7%).

Quanto a distribuição por sexo e estado civil, pode-se observar os dados na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo estado civil e sexo, Ribeirão Preto, 2002

Sexo Estado Civil	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Casado (a)	24	(50,0)	14	(38,9)	38	(45,2)
Viúvo (a)	15	(31,3)	14	(38,9)	29	(34,5)
Solteiro (a)	5	(10,4)	3	(8,3)	8	(9,5)
Divorciado (a)	3	(6,3)	5	(13,9)	8	(9,5)
Amasiado (a)	1	(2,1)	-	-	1	(1,2)
Total	48	100	36	100	*84	100

* Em 03 registros não consta o estado civil

Na Tabela 2, observa-se que, dos 87 registros, 3 não apresentavam o estado civil da vítima, sendo possível analisar somente 84 registros. Desses, 39 (46,4%) eram casados ou amasiados, 29 (34,5%) viúvos e 16 (19%) solteiros ou divorciados. Ao comparar estado civil/sexo, cerca de metade dos homens, 25 (52,1%) estavam casados, enquanto que 14 (38,9%) das mulheres estavam casadas. Foi praticamente igual o número de ocorrências de maus-tratos entre os idosos viúvos.

Na Tabela 3 pode-se observar o tipo de relacionamento do ofensor com a vítima, segundo sexo e faixa etária do idoso.

Tabela 3 – Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo sexo e faixa etária, e seu relacionamento com o ofensor, Ribeirão Preto, 2002

Ofensor do idoso (CID-10)	Faixa etária do idoso	Sexo				Total	
		Masculino		Feminino			
		Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Esposo ou companheiro	60-64	1	(20)	4	(80)	5	(100)
	65-69	1	(50)	1	(50)	2	(100)
	70-74	2	(50)	2	(50)	4	(100)
Amigo ou conhecido	60-64	5	(83,3)	1	(16,7)	6	(100)
	65-69	3	(60)	2	(40)	5	(100)
	70-74	4	(80)	1	(20)	5	(100)
	75-79	1	(100)	-	-	1	(100)
	80+	2	(66,7)	1	(33,3)	3	(100)
Outra pessoa especificada	60-64	9	(64,3)	5	(35,7)	14	(100)
	65-69	11	(55)	9	(45)	20	(100)
	70-74	3	(60)	2	(40)	5	(100)
	75-79	1	(100)	-	-	1	(100)
	80+	-	-	1	(100)	1	(100)
Outra pessoa não especificada	60-64	2	(50)	2	(50)	4	(100)
	65-69	1	(25)	3	(75)	4	(100)
	70-74	3	(100)	-	-	3	(100)
	75-79	1	(50)	1	(50)	2	(100)
	80+	1	(50)	1	(50)	2	(100)
Total		51		36		87	

Quando se observa o tipo de relacionamento que existe entre o ofensor e a vítima, por sexo e faixa etária desta, observa-se que 41 (47,1%) por outra pessoa especificada; 20 (22,9%) por amigo ou conhecido; 15 (17,2%) por outra pessoa não especificada e 11 (1,1%) dos idosos foram agredidos por esposo ou companheiro.

Quando o ofensor era esposo ou companheiro o idoso vítima de violência, percebe-se que cinco deles na faixa etária 60-64 anos apresentaram maior

agressão, comparando com outras faixas etárias; já quanto ao ofensor amigo ou conhecido 6 casos aparecem na faixa etária entre 60-64 anos; no que se refere ao ofensor mais distante na relação com o idoso como filhos, netos, noras e genros, os idosos entre 65-69 anos foram aqueles em que o número de agressões foi maior (20); entretanto, para o ofensor não especificado no registro (outra pessoa não especificada), as faixas etárias entre 60-64 anos e 65-69 anos apareceram com 4 casos cada um.

Com relação ofensor sexo do idoso maltratado, observa-se, ainda, na Tabela 4 que as vítimas do sexo feminino foram mais acometidas pelo ofensor, seu esposo ou companheiro, entretanto, as vítimas do sexo masculino foram mais agredidos por amigos ou companheiro. Verifica-se ainda que quase metade das vítimas, 41 (47,1%) foi vitimada por ofensores especificados nos registros, outra pessoa especificada como filhos(as), netos(as), noras, genros e outros; a maioria dessas vítimas (20) encontrava-se na faixa etária entre 65-69 anos. Com relação ao ofensor não especificado, ou seja, sem ligação doméstica com o idoso, a maioria das vítimas encontrava-se na faixa etária entre 65-69 anos de idade. Esses idosos foram mal-tratados por assaltantes, totalizando 15 (17,2%) de ambos os sexos, sendo 8 (9,2%) do sexo masculino e 7 (8 %) do feminino.

No que tange à gravidade da agressão, verificou-se nos registros se houve necessidade ou não de atendimento médico, de acordo com o número e tipo de lesão sofrida. O nível de intervenção médica necessária pode ser observado na Tabela 4.

4. Resultados

Tabela 4 – Distribuição dos 87 registros de idosos vítimas de maus-tratos no domicílio, segundo sexo e nível de atendimento médico, Ribeirão Preto, 2002

Sexo Nível de Atendimento	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Sem necessidade	28	(54,9)	22	(61,1)	50	(57,5)
Primário (P.S)	18	(35,3)	9	(25)	27	(31)
Secundário (UBDS)	2	(3,9)	-	-	2	(2,3)
Terciário (Hospital)	3	(5,9)	5	(13,9)	8	(9,2)
Total	51	100	36	100	87	100

Ao visualizar a Tabela 4, dos 87 registros avaliados, 50 (57,4%) não tiveram necessidade de atendimento médico; 27 (31%) foram atendidos no pronto-socorro, 2 (2,3%) nas Unidades Básicas Distritais de Saúde e 8 (9,2%) procuraram o hospital.

Observa-se, na Tabela 5, a distribuição dos idosos, segundo sexo e tipo de lesão provocada.

4. Resultados

Tabela 5 – Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo sexo e tipo de lesão provocada, CID-10, Ribeirão Preto, 2002

Lesão 1 (CID-10)	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
			Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
(S00.1) contusão da pálpebra e da região periocular			10	(66,7)	5	(33,3)	15	(100)
(S00.8) traumatismo superficial de outras partes da cabeça			5	(55,6)	4	(44,4)	9	(100)
(S01.9) ferimento na cabeça, parte não especificada			4	(66,7)	2	(33,3)	6	(100)
(S02.9) fratura de crânio ou dos ossos da face, parte não especificada			1	(50)	1	(50)	2	(100)
(S22.0) fratura de vértebra			-	-	1	(100)	1	(100)
(S40.9) traumatismo superficial não especificado do ombro e do braço			16	(50)	16	(50)	32	(100)
(T00.9) traumatismos superficiais múltiplos não especificados			10	(83,3)	2	(16,7)	12	(100)
(T30.0) queimadura de parte do corpo não especificada, grau não especificado			1	(50)	1	(50)	2	(100)
(T74.2) abuso sexual			-	-	1	(100)	1	(100)
(T74.3) abuso psicológico			-	-	1	(100)	1	(100)
(Y00) agressão por meio de objeto contundente			2	(50)	2	(50)	4	(100)
Ausência			2	(100)	-	-	2	(100)
Total			51		36		87	

Ao demonstrar o tipo de uma lesão que foi mais recorrente, 32 (36,8%) idosos foram vítimas de traumatismo superficial não especificado do ombro e do braço, sendo 16 (18,4%) homens e 16 (18,4%) mulheres. A seguir, encontram-se 15 (17,2%) idosos com lesões do tipo contusão da pálpebra e da região periocular,

sendo 10 (11,5%) homens e 5 (5,7%) mulheres. Doze, (13,8%) idosos sofreram traumatismos superficiais múltiplos não especificados, sendo 10 (11,5%) homens e 2 (2,3%) mulheres; nove (10,3%) idosos apresentaram traumatismo superficial de outras partes da cabeça, sendo 5 (5,7%) homens e 4 (4,6%) mulheres; Seis (6,9%) idosos apresentaram ferimento na cabeça, parte não especificada, sendo 4 (4,6%) homens e 2 (2,3%) mulheres. Observa-se também que os homens apresentaram-se em igual número que as mulheres quanto aos traumatismos superficiais não especificados do ombro e do braço; nos outros agrupamentos, os homens foram mais agredidos quando comparados com as mulheres, somente 2 (2,3%) homens não apresentaram lesão aparente.

Do total dos 87 idosos, 29 (33.3%) apresentaram mais de um tipo de lesão, dados esses que podem ser observados na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo sexo do idoso e mais que um tipo de lesão sofrida, CID-10, Ribeirão Preto, 2002

Sexo Lesão 2(CID-10)	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
(S00.8) traum. sup. de outras partes da cabeça	1	(100)	-	-	1	(100)
(S01.9) ferimento cabeça parte não espec.	3	(42,9)	4	(57,1)	7	(100)
(S02.9) fratura de crânio ou ossos da face, p. não espec.	-	-	1	(100)	1	(100)
(S40.9) traum. sup. não espec. do ombro ou braço	4	(50)	4	(50)	8	(100)
(T00.9) traum. sup. múltiplo não espec.	8	(66,7)	4	(33,3)	12	(100)
Ausência	35	(60,3)	23	(39,7)	58	(100)
Total	51		36		87	

Nota-se, na Tabela 6 que mais da metade dos casos, ou seja, 58 (66,6%) idosos não apresentaram mais que um tipo de lesão, 35 (40,2%) homens e 23 (26,4%) mulheres; 12 (13,8%) idosos, sendo 8 (9,2%) homens e 4 (4,6%) mulheres tiveram como segunda lesão o traumatismo superficial múltiplo não especificado; 8 (9,2%) idosos, sendo 4 (4,6%) homens e 4 (4,6%) mulheres, apresentaram traumatismo superficial não especificado do ombro e do braço; 7 (8%) idosos, sendo 3 (3,4%) homens e 4 (4,6%) mulheres apresentaram ferimento da cabeça, parte não especificada e apenas 1 (1,1%) homem sofreu traumatismo superficial de outras partes da cabeça e 1 (1,1%) mulher sofreu fratura de crânio ou dos ossos da face, parte não especificada.

Nos Gráficos 1 e 2 observa-se os tipos e números de lesões sofridas pelos idosos vitimizados.

Gráfico 1. Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo sexo e tipo de lesão provocada, CID-10, Ribeirão Preto 2002

Na análise do Gráfico 1, observa-se que a maior porcentagem de casos de lesão provocada foi por contusão da pálpebra e da região periocular, 19,6% para o sexo feminino e 13,9% para o masculino, seguido de agressão por meio de objeto contundente.

Gráfico 2 – Distribuição de idosos que sofreram maus-tratos no domicílio, segundo sexo e mais que um tipo de lesão sofrida, CID-10, Ribeirão Preto 2002

Ao visualizar o Gráfico 2, observa-se que as seqüências de maus-tratos, com 2 tipos de lesões, a maior ocorrência na lesão traumatismo superficial não especificado do ombro e do braço foi de 55,6% para o sexo feminino e 39,1% para o masculino, seguido de traumatismo superficial múltiplo não especificado, com 16,8% para o sexo feminino e 35,3% para o masculino.

5. Discussão

Frente à magnitude do problema social, maus-tratos com idosos registrado nos Boletins de Ocorrência junto às Delegacias de Polícia de Ribeirão Preto-São Paulo, e a seguir encaminhamento das vítimas ao Instituto Médico Legal para exame do corpo de delito, indicam que a queixa principal foi a violência física. A literatura aponta que o relacionamento familiar, principalmente os intergeracionais, além das dificuldades nos arranjos familiares, podem contribuir para a ocorrência de maus-tratos com idosos. As injúrias físicas podem também ser consequência de outros tipos de maus-tratos.

Todas as pessoas são vulneráveis aos maus-tratos, porém as mais vulneráveis, como crianças, mulheres e idosos, apresentam características distintas.

No que se refere à história de saúde, associada ao envelhecimento, os idosos são mais vulneráveis, principalmente aqueles que têm dificuldades na capacidade funcional. Os idosos mais dependentes podem levar a família a enfrentar dificuldades para o cuidado, levando-a ao estresse. Tais dificuldades podem causar pequenas injúrias e essas, por sua vez, causam grandes danos à saúde do idoso.

Vale destacar como as famílias estão se organizando frente ao envelhecimento populacional e à maior dependência econômica dos jovens. Conviver no mesmo espaço físico possibilita também o compartilhamento de renda, de cuidados domésticos e de saúde. Percebe-se que os arranjos familiares afetam e são afetados pelas próprias condições de vida.

Para um profissional trabalhar seguro e fazer uma intervenção compreensiva é necessário avaliar a história familiar, os recursos sociais e econômicos, a história de saúde mental na família, uso de substâncias e de drogas

diversas, problemas de saúde, dificuldades de relacionamento e de arranjos familiares, dentre outros, para identificar e planejar a prevenção de maus-tratos.

Reconhecendo a importância da temática e de seu valor social, considera-se que este trabalho seja o início de outros que se seguirão. As informações sobre o tema são pouco reveladas. Apesar dos registros de Boletins de Ocorrência estarem disponíveis para a população ainda assim existe a subnotificação. Esse fato pode ser observado nesse estudo que ora está sendo apresentado. Fulmer (2003) menciona que maus-tratos são problema sério e prevalente. Estima-se que nos EUA, 700000 a 1200000 idosos são maltratados anualmente. O autor menciona que 1 em 10 idosos que sofreram violência registram ocorrência.

No texto de Nelson (2002) há menção em estudos sobre maus-tratos que de 4 a 6% dos idosos têm sido maltratados no domicílio, dados de países ocidentais; entretanto, não há estudos consistentes sobre a prevalência de maus-tratos em idosos em países em desenvolvimento. O mesmo autor apresenta pesquisa realizada nos EUA, que 36% do staff do *nursing-home* registraram pelo menos um incidente de maus-tratos físicos em idosos por ano.

Blay (2003) realizou levantamento em Boletins de Ocorrência das Delegacias de Polícia da cidade de São Paulo, em 1998, para investigar como o homicídio de mulheres era tratado. A autora verificou inúmeras lacunas nos registros destes dificultando o levantamento de dados e menciona, ainda, a questão da crença de que o lar é um lugar seguro, porém, as relações familiares não são pacíficas, pois constatou que 12% dos homicídios ou tentativas seriam de responsabilidade de ofensores conhecidos, sendo que 66% eram parentes da vítima.

Ao analisar os dados levantados neste estudo sobre ocorrência de maus-tratos em idosos, no ano de 2002, a partir dos registros existentes no Instituto Médico Legal (IML), verifica-se que apenas 100 (57,1%) das pessoas que foram examinadas, eram residentes no município de Ribeirão Preto-SP e os outros 75 (42,9%) residiam em municípios vizinhos, porém, realizaram a ocorrência e o exame de corpo de delito em Ribeirão Preto. Cabe destacar que os 175 (3,2%) dos registros de maus-tratos não diferem dos dados, em termos de percentagem, daqueles apresentados na literatura internacional.

Dados da presente pesquisa obtidos a partir de uma amostra de 87 idosos mostram um perfil onde predominam os que sofreram maus-tratos no domicílio, do sexo masculino, casados, com idade entre 60 e 69 anos.

Menezes (1999) realizou um levantamento na cidade de Ribeirão Preto-SP, para estudo de maus-tratos em idosos entre os anos de 1994 e 1998, com 208 idosos, (119 mulheres e 89 homens); observando uma diferença expressiva entre os sexos. Esse trabalho é o único encontrado na literatura nacional que faz referência aos maus-tratos com idosos que apresentaram queixas nas Delegacias de Polícia e que foram encaminhados para realizar o exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal. A autora ainda verificou que, em 5 anos de denúncias de maus-tratos em idosos junto ao IML, apareceram 208 Boletins de Ocorrência, resultando em média 41 registros por ano; entretanto, o presente estudo avaliou os Boletins de Ocorrência no ano de 2002 e apresentou 175 registros, isto é, 327% superior ao estudo de Menezes (1999).

Ao comparar os dois estudos, algumas hipóteses podem ser levantadas para justificar o aumento das denúncias nesta publicação. Ainda, idosos poderiam estar mais conscientes dos valores da vida e seus direitos, ou então que as

denúncias poderiam estar sendo formuladas por idosos sem qualquer tipo de dependência, com autonomia para procurar os meios legais para denunciar os maus-tratos e seu ofensor ou, ainda, que talvez os casos de agressões têm aumentado a notificação, o que pode ser mais provável.

Minayo (2003) realizou estudo de revisão da literatura sobre mortalidade e morbidade em idosos, de 1980 a 1998, e identificou que a violência e os acidentes são a sexta causa de morte. A autora ainda menciona que o problema é universal e que todas as pessoas de diferentes *status* socioeconômicos, etnias e religiões são vulneráveis aos maus-tratos. Outro aspecto ressaltado no texto é que a maioria das violências ocorre no âmbito familiar e há forte associação entre maus-tratos em idosos e dependência química.

Pesquisas dentro do tema, como de Hwalek et al. (1996), realizada no Estado de Illinois, nos Estados Unidos, mostraram que as vítimas de maus-tratos eram, em sua maioria, mulheres, totalizando 73% dos casos. Wolf (1994) também aponta que, nos primeiros estudos realizados sobre maus-tratos em idosos, as vítimas eram mulheres, mais velhas, com incapacidades físicas e mentais e dependentes do familiar ou cuidador sendo esses, na maioria, os agentes das agressões.

Outra pesquisa, realizada por Quinn e Tomita (1986), apurou situações de violência contra o idoso no interior da família, apontando para o seguinte perfil de vítima: mulher, com 75 anos de idade ou mais, viúva, dependente física ou emocionalmente, na maioria das vezes residindo com familiares, sendo um dos familiares, o seu ofensor.

Outros estudos sugerem que os idosos com maior risco de maus-tratos são as mulheres viúvas frágeis com incapacidades cognitivas e que apresentam

doenças crônicas (WIELAND, 2000); entretanto, um dos poucos estudos, como o de Pillemer e Finkelhor (1988), concluiu que os homens casados eram mais vitimizados por maus-tratos.

Quando comparado os dados desta pesquisa e dos autores citados, conclui-se que a ocorrência de maus-tratos já não se resume aos idosos *mais vulneráveis*, podendo atingir qualquer idoso.

De acordo com os dados referentes ao ofensor, observa-se que os idosos apresentam mais lesões provocadas por parentes como filhos, netos, sobrinhos, genros e noras. Quanto às agressões provocadas por esposo ou companheiro, dos 11 registros encontrados, 4 foram mulheres agredidas pelo cônjuge. Identificou-se, também, casos de idosos agredidos por desconhecidos no domicílio e nesses casos específicos, por assaltantes, isto é, os ofensores externos também tiveram acesso ao domicílio, dados esses que permitem mostrar que esse tipo de violência pode acontecer com um idoso mais incapacitado ou mesmo com idosos que permanecem mais tempo que outros familiares dentro do lar.

Vários estudos como os do NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (1998) sobre abuso em idosos, mostraram que a maioria dos maus-tratos no idoso foram provocados por ofensores da família: filhos e netos e uma minoria por cônjuges; entretanto Wolf (1994) também descreve que aproximadamente metade dos casos de agressão contra idosos foi de filhos adultos.

Wieland (2000) comenta que membros da família que são dependentes financeiramente e que moram na mesma casa do idoso estão mais propensos a maltratar o idoso. Yan et al. (2002) relatam que a violência contra o idoso tem freqüentemente ocorrido mais no domicílio do que na comunidade.

Nelson (2002), comparando países desenvolvidos com aqueles em desenvolvimento, verificou que os idosos estão sob maior risco de serem maltratados por familiares em países desenvolvidos, fato explicado como um viés pelo aumento do número de publicações internacionais, provenientes de países desenvolvidos.

Pillemer e Finkelhor (1992), nos Estados Unidos, identificaram que os maus-tratos praticados por cônjuges (58%) eram mais prevalentes do que aqueles praticados pelos filhos adultos (24%), tendência essa que, segundo eles, se modificou nos últimos anos, vindo ao encontro dos achados da presente pesquisa.

Corroborando com esses dados, estudos de Quinn e Tomita (1986) traçam o perfil do ofensor como sendo um adulto de meia-idade, geralmente um filho, em geral, financeiramente dependente da vítima e com problemas mentais e/ou de dependência de álcool ou drogas.

A vitimação por maus-tratos cada vez vem aumentando e o que se percebe é a não manifestação do idoso ou de seus familiares ou cuidadores, o que dificulta a obtenção de dados informativos para o desenvolvimento de pesquisas nesse campo. Portanto, o papel do profissional de saúde é de extrema importância no que se diz respeito à identificação e tratamento de maus-tratos e negligência em idosos, quando esses procuram o serviço de saúde. Os serviços de emergência e os postos de saúde constituem duas das principais portas de entrada das vítimas de maus-tratos.

Cooney e Mortimer (1995) demonstram que idosos com demência estão mais sujeitos às situações de abuso, e as agressões verbais são mais comuns quando comparadas a outras formas de abuso.

Diante desses achados, vale destacar que vários trabalhos enfatizam a questão dos abusos psicológicos que não aparecem descritos, mas que são considerados forma de agressão grave; a maioria dos maus-tratos registrados no Instituto Médico Legal é por lesão física.

No que se refere ao exame de corpo de delito, esse pode ser realizado quando ocorre queixa formulada, fazendo referência à agressão física, mesmo sem lesão aparente; mesmo assim, ainda nos casos de maus-tratos psicológicos, o idoso deve ser direcionado para a realização de Boletim de Ocorrência. A partir disso, entende-se que o Boletim de Ocorrência pode ser uma fonte de informação para fins estatísticos, com fins para as pesquisas de prevalência dos casos de todos os tipos de maus-tratos.

Dyer et al. (2000) consideram fatores de risco para situações de maus-tratos, a idade, a raça, a baixa auto-estima, o déficit funcional ou cognitivo, história de violência na família e eventos estressantes. Os mesmos autores comentam que no Estado do Texas (EUA), onze Serviços de Proteção ao Adulto (APS), dispõem de um serviço de assistência especializada em geriatria, contando com equipe multidisciplinar, com médicos geriatras, enfermeiros especialistas no cuidado do idoso, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, que também objetivam incentivar pesquisas, na tentativa de entender os fatores de risco para o surgimento dos maus-tratos.

É expressivo o número de idosos que sofrem todos os tipos de maus-tratos, no entanto, na maioria das vezes, se calam por medo de represália da própria família e/ou cuidador ou mesmo por desinformação. O contexto cultural do idoso deve ser considerado, pois reflete em atitudes tomadas pelos próprios idosos, uma vez que necessitam se conscientizar sobre a importância do registro da ocorrência.

Quanto ao nível de atendimento dos idosos que sofreram maus-tratos, observa-se que dos 87 idosos participantes da pesquisa, mais da metade (57,4%) não procurou atendimento. Aqueles que procuraram necessitavam de cuidado frente às lesões sofridas, principalmente as físicas. A procura pela instituição de saúde variou de acordo com o tipo e número de lesões. Chama atenção que 9,2% procurou serviço hospitalar, tal fato se deve à necessidade de atenção relativa às consequências que ocorreram com as lesões mais graves, como as fraturas, ferimentos de cabeça e queimaduras.

Outro fato que se deve atentar é que as evidências dos maus-tratos provocados no idoso apontam para a agressão física violenta, uma vez que gerou consequências graves, como as descritas acima.

Os tipos de lesões que apareceram neste estudo, e as descrições obtidas nos registros de exame de corpo de delito, fazem supor que outros idosos também necessitariam de atendimento hospitalar, porém, não o fizeram.

Deve-se considerar, portanto, que os idosos sentem-se inseguros, talvez, amedrontados, ou se conformaram com tais situações de maus-tratos no domicílio, não buscando ajuda de outros e muitas vezes até comprometendo a sua recuperação, considerando os tipos de lesões sofridas.

Lachs et al. (1997) descreveram dados prospectivos de coorte, com estudo de 7 anos, tipo longitudinal, demonstrando que 30,6% de idosos agredidos resultaram em internações hospitalares devido à agressão física ser considerada de grande necessidade de cuidado.

Segundo a OMS. WHO/INPEA (2002), o desrespeito para com o idoso é visto por ele mesmo como a maior forma de maus-tratos em todo mundo. O documento descrito ainda chama atenção para os idosos brasileiros que ainda

consideram desrespeito para com eles em relação ao atendimento de saúde. Observa-se demora nos atendimentos de assistência à saúde, com dificuldades para os agendamentos de consultas, idosos com restrições físicas em filas de espera, nas instituições de saúde, bem como o enfrentamento de outras dificuldades para a atenção ao idoso. A partir disso, verifica-se que como proposta de melhora na qualidade dos atendimentos para os idosos maltratados, os programas de saúde da família se sobressaem, onde o profissional deve compreender o problema desde o seu início, iniciando-se no espaço domiciliar. Entende-se que a falta de direito ao atendimento de saúde também pode ser analisado como forma de exclusão social.

Retomando o descrito na introdução da presente pesquisa, cabe à família a responsabilidade pelo cuidado do idoso, entretanto, no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), é citado em seu artigo 9º que é *obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade*.

Dos dados identificados na pesquisa, com relação aos tipos de lesões sofridas pelos idosos, observa-se que, dos 87 registros, 02 não apresentaram nenhum tipo de lesão, os demais apresentaram pelo menos um tipo de lesão para cada idoso. Em 29 registros aparecem idosos com 2 tipos de lesão descritas nos laudos de exame de corpo de delito, concentrando-se principalmente nas lesões traumatismos superficiais múltiplos não especificados, traumatismo superficial não especificado do ombro e do braço e ferimento na cabeça, parte não especificada. Pode ser observado, no Gráfico 1, os idosos que sofreram 1 tipo de lesão, onde: 32 idosos apresentaram traumatismos superficiais não especificados de ombro e braço; 15 idosos apresentaram contusão de pálpebra em região periorbital; 12 idosos apresentaram traumatismos superficiais múltiplos não especificados; 09 idosos

apresentaram traumatismo superficial em outras partes da cabeça; 06 idosos apresentaram ferimentos na cabeça não especificados; 04 idosos foram agredidos por meio de objeto contundente; 02 idosos sofreram fratura de crânio; 02 idosos sofreram queimaduras; 01 idoso sofreu fratura de vértebra; 01 idoso sofreu abuso sexual e 1 idoso sofreu abuso psicológico.

Muitas dessas lesões podem prejudicar a autonomia, independência e a própria conservação da capacidade funcional do idoso, além de afetar o aspecto psicológico do mesmo, levando-o ao estresse, medo e insegurança.

Dyer et al. (2000) demonstra que idosos com história de maus-tratos apresentam mais diagnóstico de depressão, assim como demência, em comparação com idosos que não sofreram maus-tratos. Vale destacar que um idoso deprimido, que se isola, sem iniciativa para realização de tarefas, muitas vezes é visto pela família como incômodo. Essa questão é complexa, pois idosos hábeis podem expressar suas preferências, realizar algumas das atividades da vida diária (AVD) e ainda decidirem sobre suas vidas, porém, em dado momento, se limitam a conviver nessas condições, ou, ainda, muitas vezes não são aceitos dentro do seu próprio domicílio, pelas famílias.

Dos 85 casos registrados, somente um foi enquadrado como abuso psicológico, o que chama a atenção para um descuido ou descaso para esse tipo de violência, uma vez que se subentende que, antes de uma pessoa ser agredida fisicamente, ela já tenha sofrido algum tipo de ameaça ou constrangimento, o que se enquadra em abuso psicológico.

No que se refere aos dois idosos sem lesão aparente, percebe-se que, embora não apresentassem lesões, foram submetidos ao exame de corpo de delito, sendo descrito pelo médico legista como ausência de lesão aparente. Entretanto,

autores como Jones et al. (2001) mencionam que a exposição para múltiplos traumas afeta a capacidade da pessoa para recuperar-se de eventos traumáticos.

Autores como Pillemer e Moore (1989) revisaram estudo em 31 *nursing home*, nos EUA, e verificaram que 36% dos idosos estudados tiveram pelo menos um abuso físico por ano e 81% de abuso psicológico.

O trabalho de Menezes (1999) não faz referência ao tipo de lesão sofrida pelos idosos, a autora se reporta apenas às ocorrências, enquanto agressões físicas com lesão corporal.

As conseqüências dos maus-tratos domésticos podem evoluir para desordens de estresse (pós-trauma) nas vítimas, a estimativa na população é de 40 a 84%, segundo Jones et al. (2001). As autoras ainda relatam que a extensão, severidade e o tipo de maus-tratos estão associados à intensidade do estresse. A severidade está relacionada ao tempo em que a vítima é maltratada em sua vida. O estudo de Pillemer e Prescott (1989) também menciona que os idosos maltratados freqüentemente apresentam depressão. Outros autores, como Yan e Tang (2002), também registraram impacto na vida de idosos, após maus-tratos, como estresse, ansiedade, depressão, além de inadequado ajuste social.

Os problemas sociais, com o rápido crescimento da população idosa e mudança no relacionamento da família, tais como a pobreza, saúde escassa e maus-tratos nos idosos também têm sido emergentes em sociedades orientais, como a chinesa (YAN ;TANG, 2002).

Ao analisar os fatores relacionados à violência doméstica, embora com causas ainda não claras, deve-se analisar o contexto familiar, quer seja sob o aspecto cultural, social, gênero, etnia, raça, desordens mentais e trato pessoal, *status* econômico, uso de álcool e outras substâncias, incluindo a exposição para os

maus-tratos (MEARS, 2003). Sendo os maus-tratos domésticos problema comum nas diferentes sociedades, não são delatados pela vítima, porém, quando ela é encaminhada às instituições de saúde é o momento de intervir junto aos ofensores.

Frente a essa situação, como os profissionais estão preparados para intervir junto à família? Quais são os respaldos legais que existem para socorrer a vítima? Quem serão os responsáveis para dar cuidado contínuo às vítimas? Como a sociedade está organizada para esse atendimento? Quais são os investimentos de pesquisas que estão sendo realizados para definir os conceitos de maus-tratos, abusos, violência, bem como as medidas e conceitos que estão sendo pesquisados?

Essas e outras questões devem ser discutidas para que a sociedade possa lidar com a situação de maus-tratos e trabalhar junto às famílias com vistas à prevenção desse problema social emergente, como: quais são os fatores que explicam a ocorrência de maus-tratos com idosos? Quais são as condições que favorecem os maus-tratos?

Ao recorrer à literatura, a Organização Mundial de Saúde (2002) destaca em documento “Informe mundial sobre Violência e Saúde”, que discute um *modelo ecológico* para tentar compreender a natureza polifacética da violência, que já vinha sendo utilizado desde 1970, para estudar os maus-tratos em crianças, e está sendo aperfeiçoado como instrumento conceitual. O modelo baseia-se em ajudar a distinguir os inúmeros fatores que influem na violência e como interagem. Permite, ainda, analisar os fatores que influenciam no comportamento das pessoas com atos violentos, classificando-os em quatro níveis, entre eles: fatores biológicos e história pessoal, relações mais próximas, contexto comunitário e a sociedade, de acordo com a Figura 2.

Figura 2. Fonte: WHO. Informe Mundial sobre Violência y la Salud. Modelo ecológico para comprender la violencia, 2002 (p. 11).

O primeiro nível está relacionado aos fatores biológicos e à história pessoal que influem no comportamento das pessoas e aumentam as probabilidades de se converterem em perpetradores de atos violentos. Destacam-se as características como idade, educação, transtornos psiquiátricos ou de personalidade, uso de substâncias e/ou de drogas, além dos antecedentes familiares com relação aos atos violentos.

A análise do segundo nível, refere-se às relações que ocorrem mais próximas como família, amigos, vizinhos, com casos de atos violentos, o que vem aumentar o risco de sofrer e/ou de cometer esses atos.

No terceiro são explorados os contextos comunitários como escola, trabalho e outros espaços em que o risco de atos violentos pode ocorrer e o indivíduo fica exposto a essa situação.

Por último, a própria estrutura da sociedade contribui para o aumento da violência (como uso de armas, drogas, domínio do homem sobre a mulher e criança), além das políticas sanitárias, econômicas, educativas e sociais que contribuem para manter a desigualdade social.

Para esclarecer as causas dos maus-tratos em idosos, no presente estudo, e suas relações com o modelo ecológico, inicialmente seria necessário identificar os fatores de risco e elaborar propostas para modificar os comportamentos de risco, analisar as relações mais próximas do idoso, como a família, uma vez que a maioria dos ofensores foram filhos, netos, noras e genros. Muitas relações são conflituosas, principalmente quando o idoso se torna dependente de cuidado físico e/ou econômico.

Estudar o contexto social e cultural dos idosos, bem como a atitude profissional para discussão da situação com autoridades governamentais, com vistas a garantir acesso a todos que necessitam de ajuda, principalmente os mais debilitados, é urgente e requer atenção prioritária

Mears (2003) faz referência à importância das teorias para o entendimento do fenômeno da violência doméstica, no que diz respeito aos fatores de risco para o seu surgimento, no entanto, essas teorias devem fazer mais do que simplesmente avaliar a extensão desses fatores, pois já se enquadrariam em modelos estatísticos de pesquisa. Acredita, ainda, que essas mesmas teorias desenvolvidas tendem a restringir as explicações sobre a violência doméstica. Enfatiza ainda que os pesquisadores devem enfocar, em seus estudos, a questão em particular da violência/maus-tratos, avaliando programas específicos e desenvolver instrumentos para identificação do problema, a fim de prevenir a revitimização. Não necessariamente conhecer os fatores de risco implicaria em reduzir a violência doméstica ou revitimização.

É importante que se forme um corpo sólido de conhecimento a respeito dos fatores de risco associados à violência doméstica.

Além dos dados encontrados nas Delegacias de Polícia e Instituto Médico Legal, pesquisas devem ser realizadas para detectar a prevalência dos casos. A literatura considera uma variedade de definições e medidas para enfocar os maus-tratos em idosos, no domicílio; faz-se necessário protocolo padrão para que os dados sejam mais acurados.

Os profissionais envolvidos com maus-tratos e os políticos devem estar bem informados a respeito da diversidade de definições a respeito dos maus-tratos domésticos. O setor da educação, por si só, não contribui para melhorar os programas e políticas voltadas para essa questão, ele fornece fundamentos para produzir um entendimento mais avançado e iniciativas de suporte eficaz no combate à violência doméstica (MEARS, 2003). O autor ainda descreve o início de um longo caminhar no que se refere à identificação dos maus-tratos dentro do domicílio. O problema é difícil de ser identificado, porém, deve-se atuar para conscientizar a sociedade para sua prevenção.

A II Assembléia Mundial das Nações Unidas Sobre Envelhecimento, realizada na Espanha, em 2002, incluiu ações para evidenciar e investir na eliminação da negligência, o abuso e a violência contra o idoso. O objetivo principal era adotar uma versão revisada do Plano Internacional de Ação Sobre Envelhecimento, de 1982, onde citava algumas ações, dentre elas: educação dos profissionais de saúde e da sociedade, encorajamento da cooperação entre governo e sociedade, estímulo à pesquisa, criação de serviços de suporte para abrigar idosos maltratados e a educação através da informação do próprio idoso (AZIZ, 2003).

De acordo com a OMS (2002), no sentido de abordar o tema, foram mencionadas várias estratégias no âmbito da saúde pública, incluindo itens como: caracterização dos diferentes tipos de violência, definindo sua magnitude e

avaliando suas causas e repercussões, baseadas nas diferenças por sexo, avaliação da eficácia e tipos de programas destinados a prevenir a violência, visando atenção especial às iniciativas de orientação comunitária, avaliação dos serviços de notificação, priorização para as investigações na saúde pública e colaboração entre os governos, autoridades locais e outras organizações dentro do sistema das Nações Unidas para aplicação de programas sobre prevenção.

A Organização Mundial de Saúde informa, ainda, que as taxas de suicídio tendem a aumentar com a idade em ambos os sexos, entretanto, é mais elevada para homens com idade superior a 60 anos. Poderia esse fato estar diretamente relacionado às situações de maus-tratos pelo qual o idoso vem passando?

A Declaração de Toronto (OMS, 2002) para a Prevenção Mundial dos Maus-Tratos em Pessoas Idosas considerou alguns pontos como: a dificuldade na falta de instrumentos legais, participação de múltiplos setores da sociedade, a importância dos profissionais de saúde na atenção primária como forma de diagnosticar os casos de maus-tratos, disseminação de informações através dos meios de comunicação, combatendo estigmas e estereótipos negativos sobre envelhecimento.

No Brasil, vale destacar que, no ano de 2001, foram realizados, a pedido da Câmara dos Deputados, os Seminários Regionais Sobre Violência Urbana e Saúde, tendo a participação efetiva das assembleias e Conselhos de Saúde dos Estados de cada região, como forma de preparação para o Seminário Nacional Sobre Violência Urbana e Segurança Pública (CANO, 2002). A temática básica propunha entre outros o diagnóstico da situação regional da violência com dados comparativos entre cidades e regiões, enfoque sobre as ações dos Governos Federal, Estadual e Municipal no controle da violência e enfoque das questões

ligadas à legislação e sua aplicação no combate à violência. Faz-se mister a identificação das necessidades de cada região para atuar de forma eficaz.

Vale ressaltar a necessidade de continuidade dos estudos relacionados aos maus-tratos em idosos, visto que dados burocráticos e da literatura estão aquém das necessidades atuais de conhecimento e informação, para que haja ações efetivas.

6. Algumas considerações do
estudo

Para enfrentar a questão dos maus-tratos em idosos, seja ela no âmbito domiciliar ou não, fica evidente a necessidade de uma rede integrada de atendimento aos mesmos, envolvendo diferentes setores, com a união de uma rede de apoio social, composta por instituições de diversos setores como educação, saúde, justiça, segurança, cultura e organizações governamentais e não-governamentais.

Diante do trabalho realizado e da literatura consultada, verificou-se que os maus-tratos no domicílio têm sido, em sua maioria, praticados pelos próprios filhos, não mais apenas em mulheres idosas, como demonstra a literatura, atingindo atualmente também os idosos do sexo masculino.

Deve ser destacado, além disso, que esses idosos são mais jovens e com capacidade de procurarem ajuda. Como fica então a situação daqueles idosos dependentes, com sua capacidade funcional prejudicada e sem autonomia?

Por esse motivo, muitas vezes, idosos são submetidos ao isolamento, sendo difícil o diagnóstico de maus-tratos por outras pessoas de seu convívio.

Na maioria dos casos, os próprios idosos contribuem para que a violência não venha à tona, pois, em geral, sentem-se culpados em denunciar o ofensor, sendo, no estudo, identificados parentes próximos, os filhos.

No que se relaciona aos idosos, em sua maioria, não terem buscado apoio nas instituições de saúde, fica, enquanto indagação, o próprio fato de quererem esconder as situações abusivas pelos familiares no domicílio.

Uma outra questão se refere aos tipos de lesões sofridas pelos idosos do estudo que refletem em conseqüências importantes tanto em nível físico quanto em nível psicológico, esses últimos podendo trazer conseqüências graves no que se refere à qualidade de vida após os maus-tratos sofridos.

As injúrias psicológicas não apareceram no trabalho porque o objetivo foi a busca e levantamento de laudos de exame de corpo de delito, sendo, assim, encobertos os casos enquadrados nesse tipo de abuso, prejudicando a informação. Muitos idosos desconhecem o que se engloba como maus-tratos e aí mostra-se a importância da informação dos mesmos pelos profissionais de saúde.

Outro aspecto a ser contemplado refere-se aos registros existentes no aparelho público como os Boletins de Ocorrência e os Laudos de Exame de Corpo de Delito que necessitariam ser melhor descritos pelos profissionais envolvidos, informações deveriam ser acrescentadas a fim de propiciar busca mais detalhada no que diz respeito à realização de pesquisas nessa área.

Além do mais, existe a problemática da revitimização que muito tem sido discutida na literatura internacional e que é colocada no trabalho enquanto reflexão. Como pensar em minimizar ou impedir a sua ocorrência?

Portanto, neste momento histórico, a quantidade crescente de idosos que vem sofrendo maus-tratos, ainda que considerando os casos subnotificados, oferece um clima de publicização das transformações produzidas sobre eles, tornando-os assunto obrigatório dentro da pauta das questões sociais.

A principal inquietação ao realizar este estudo era demonstrar que as ocorrências de maus-tratos em idosos vêm aumentando, porém, deve ser entendida como algo possível de se prevenir, portanto, passível de ser evitada.

Muito embora este não seja um assunto novo, vem despertando a atenção da sociedade brasileira e configurando-se como problema social que merece atenção das políticas públicas e das próprias famílias.

O combate às situações de maus-tratos aos idosos, em nível mundial, a Organização Mundial de Saúde WHO/INPEA (2002) descreve enquanto estratégias

de intervenção e recomendações a educação e treinamento dos profissionais de saúde, o desenvolvimento e propagação de um conjunto de medidas padronizadas para expandir o estudo sobre maus-tratos em países em desenvolvimento, promoção de estudos piloto intergeracionais com idosos e pessoas jovens, promoção de mudanças políticas endereçadas ao tema. As pesquisas devem ser divulgadas e compartilhadas entre os pesquisadores, profissionais diversos e órgãos governamentais e não-governamentais.

Dessa forma, as implicações para a prática, política e pesquisa devem ser repensadas.

O profissional de enfermagem, em sua atuação, deve possuir conhecimento amplo no que diz respeito à detecção de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos em idosos, como:

- utilizar instrumentos de avaliação de riscos de maus-tratos, repassando a história familiar, avaliação física e psicológica do idoso, incluindo a sexual, avaliação financeira e do cuidado familiar;
- intervir junto à família que requer abordagem de uma equipe interdisciplinar, onde as enfermeiras ocupam espaço fundamental, uma vez que, para o cuidado, há necessidade da história, do exame físico, análise de dados e intervenção de enfermagem;
- oferecer suporte social para a família do idoso vitimizado, com apoio de órgãos governamentais e não-governamentais, com vistas à educação da família para minimizar os maus-tratos em idosos;
- capacitar enfermeiras para detectar os maus-tratos e monitoramento mais próximo junto às famílias;

- desenvolver pesquisas com maus-tratos em idosos em diferentes comunidades e com diversas metodologias e instrumentos para análise comparativa;
- divulgar pesquisa com maus-tratos para a comunidade acadêmica, não acadêmica e aos órgãos governamentais para planejamento de estratégias de intervenção em conjunto e tomada de consciência sobre o problema e direitos;
- estabelecer vínculos entre os resultados das pesquisas e as políticas públicas para atuar na promoção e prevenção da saúde e no atendimento aos idosos vítimas de maus tratos;
- explorar a cultura brasileira e atitudes da sociedade e dos sistemas de saúde frente ao envelhecimento.

Referências Bibliográficas

ALL, A. C. A literature review: assessment and intervention in elder abuse. **J. Gerontol. Nurs.**, v. 3, n. 6, p. 25-32, 1994.

ALLEYNE, G. A. O. **La epidemia de la violencia**. San Juan, Puerto Rico, 1998. Disponível em: <<http://www.paho.org.Spanish/DPI/rs980316.htm>>. Acesso em: 12 julho 2002.

ANDRADE, F.; DE VOS, S. An analysis of living arrangements among elderly women in Brazil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13, 2000. **Anais...** Ouro Preto, M.G., nov. 2000.

AZIZ, S. Summary Report on the United Nations Second World Assembly on Ageing. Disponível em <http://w.w.w.inpea.net>; acesso em 11/04/2004.

BAVA, M.C.G.C; CABRERA, C.C.; DOMINGO, N.A.M. Violência Doméstica no Município de Ribeirão Preto: dando visibilidade para a construção de Políticas Públicas - Relato de Experiência. In Congresso da Associação de Psiquiatria e Saúde Pública de Ribeirão Preto, 8. Anais. 2003. Disponível em <http://www.apsp.org.br>.

BENNETT, G. Elder abuse. **Age Aging**, v.5, n. 31, p. 329, Sept. 2002.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**: nova versão internacional. Tradução Sociedade Bíblica Internacional. São Paulo: Editora Vida, 2000.

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos Avançados USP**, v. 17, n. 49, p. 87-96, 2003.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1998. 76p.

BRASIL. Leis, Decretos. Código Penal. Decreto Lei 2.848 de 07.12.1940, alterado pela Lei 7.209 de 11.07.1984. **Diário Oficial da União**.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18º ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília, 2002. Cadernos de Atenção Básica, n. 8

BRASIL. Senado Federal. Lei nº 10741, de 10 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Senado Federal, 2003.

CAMARANO, A. A.; GHAOURI, S. K. E **Famílias com idosos: ninhos vazios?**. Rio de Janeiro: IPEA, abril 2003. Texto para discussão, n. 950.

CANO, I. **Seminários regionais sobre violência urbana e saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002.

COONEY, C.; MORTIMER, Elder abuse and dementia – a pilot study. **Int. J. Soc. Psychiatry**, v. 41, n. 4, p. 276-83, winter 1995

CROCE, D.; CROCE JR., D. **Manual de Medicina Legal**. São Paulo: Saraiva, 1996. cap.1, p.1-35.

DE VOS, S. Extended family living among older people in six Latin American Countries. **J. Gerontol.: Social Sciences**, v. 45, n. 3, p. 587-94, 1990.

DYER, C. B; PAULIK, V. N; MURPHY, K. P. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. **J. A.G.S.**, v. 48, n. 2, p. 205-8, Feb. 2000.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: editora, 1986.

FIGUEIREDO, S. C. S. **O abuso na velhice a partir do olhar de pessoas idosas**. Ribeirão Preto, 1999. 131f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo, 1999.

FINKLER, P. **Qualidade de vida e plenitude humana**. Petrópolis Vozes, 1994.

FULMER, T. Elder Abuse and neglect Assessment. **J. Gerontol. Nurs.**, v.29, n.6, p. 4 – 5, June, 2003.

GOMES, H. **Medicina legal**. 32^a ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Editora Freitas Bastos, 1997. cap.2 e 3, p.7-48.

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**. V.18, n.1, Rio de Janeiro, 2002.

HAZZARD, W. R. Elder Abuse: definitions and implications for medical education. **Acad. Med.**, v. 70, n. 11, p.18-20, 1995.

HEATH, J. M.; DYER, C. B.; KERZNER, L. J.; MOSQUEDA, L.; MURPHY, C. Four models of medical education about elder mistreatment. **Acad. Med.**, v. 77, n. 11, p. 945-952. 2002.

HWALEK, M. A; NEALE, A. V; GOODRICH, C. S; QUINN, K. The association of elder abuse and substance abuse in the Illinios Elder Abuse System. **Gerontologist**, v. 36, p. 694-700, 1996.

IBGE. **Censo populacional do Brasil, 2000**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25 abril 2002.

JONES, L; HUGHES, M; UNTERSTALLER, U. Post-traumatic stress disorder (ptsd) in victims of domestic violence. A review of the research. **Trauma, Violence & Abuse**, v. 4, n. 2, p. 99,-119, April 2001.

KRUG, E. G.; MERCY, L. D.; ZWI, A. B. The world report on violence and health. **Lancet**, v. 360, p. 1083-1088, October 2002.

LACKS, M. S. ; WILLIAMS, C.; O' BRIAN, S.; HURST, L.; HORWITZ, R. Risk factors for reported elder abuse and neglect; a nine-year observational cahort study. **Gerontologist**, v. 8, n. 4, p. 469-74, 1997.

MANTHORPE, J.; WATSON, R. Elder abuse, neglect and restraint – research before review. **J. Adv. Nurs**. v. 38, n. 6, p. 541-2, 2002.

MEARS, D. P. Research and interventions to reduce domestic violence revictimization. **Trauma, Violence & Abuse**, v. 4, n. 2, p. 127-47, April 2003.

MEDICI, A. C. As raízes econômicas da violência e seus impactos na saúde. **Saúde em Debate**, n. 34, 1992. Texto apresentado no grupo de trabalho sobre violência e saúde na América Latina.

MENEZES, M. R. **Da violência revelada à violência silenciada**: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso. Ribeirão Preto, 1999. 407f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MINAYO, M. C. S. Social Violence from a Public Health Perspective. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, p.7-18, 1994. Supplement 1

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 783-91, 2003.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE. AMERICAN PUBLIC HUMAN SERVICE ASSOCIATION IN COLLABORATION WITH WESTAT. The national elder abuse incidence study. Final Report: September 1998. Washington, D.C: National Aging Information Center, 1998.

NELSON, D. Violence against elderly people: a neglect problem. **Lancet**, v. 360, p. 369-394. October 2002.

NERI, A. L. **Palavras - chave em Gerontologia**. Campinas: Edição Alínea, 2001. 136p.

OFSTENDAL, M.B.; KNODEL, K.; CILAYOVAN, N. **Intergeneration support and gender**: a comparison of four Asian countries. Michigan: University of Michigan/Population Studies Center, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . WHO/INPEA. **Missing voices**: views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de saúde**, CID-10. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 9º ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SANTÉ. **Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores.** Ginebra: OMS, 2002.

PENG, D.; PHILLIPS, D. **Potencial consequences of population ageing for social development in China.** USA: United Nations Research Institute for Social Development, 2002. 98p.

PILLEMER, K.; FINKELHOR, D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. **Gerontologist**, n. 28, v. 2, p.51-7, 1988.

PILLEMER, K. A.; MOORE, D. W. Abuse of patients in nursing homes: findings from a survey of staff. **Gerontologist**, v. 29, n. 3, p. 314-20, 1989.

PILLEMER, K.; FINKELHOR, D. The prevalence of elder abuse: a random sample survey. **Gerontologist**, v. 28, p. 968-9, 1992.

PILLEMER, K.; PRESCOTT, D. Psychological effects of elder abuse: a research note. **Journal of Elder Abuse and Neglect**, v.1, p.65-73, 1989.

QUEIROZ, Z. P. V. Violência contra a velhice. Considerações preliminares sobre uma nova questão. **Mundo Saúde**, v. 21, n. 4, p. 205-7, jul.-ago. 1992.

QUINN, M. J; TOMITA, S. K. **Elder abuse and neglect: causes, diagnosis and interventions strategies.** New York: Spring, 1986.

RUSCHEL, A. E.; CASTRO, O. P. O vínculo intergeracional: o velho, o jovem e o poder. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 3, 1996.

SAMARA, E.M. **A Família Brasileira.** São Paulo, Editora Brasiliense, 151p. ,1986.

VERAS, R.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C.S.F.; SANCHEZ, M.A.S.; CHAVES, P.H. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil.** Disponível em: <http://www.abramge.com.br>. Acesso em: 20 abril 2000.

VILELA, L. C. M. **Diferenciais de mortalidade por causas externas na regional Centro Sul de Belo Horizonte, Minas Gerais, 1992 a 1996.** 1999. 105f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

VOELKER, R. Elder abuse and neglect a new research topic. **Journal of the American Medical Association** v. 288, n. 18, p. 9-11. November 2002.

ZAGABRIA, D. B. **O cotidiano de cuidadores de idosos dependentes: o limite entre cuidar e maltratar**. 2001. 98f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2001.

.

WIELAND, D. Abuse of older persons: an overview. **Holistic Nurs. Pract.**, v. 14, n. 4, p. 40-50. July 2000

YAN, E.; TANG, C. S. K; YEUNG, D. No safe haven. A review on elder abuse in chinese families. **Trauma, Violence & Abuse**, v. 3, n. 3, p. 167-80, July 2002.

YI, Z.; GEORGE, L. Extremely rapid ageing and the living arrangements of older persons: the case of China. Special Issue (Population Bolletin of the Nations United, 2001

WOLF, R. S. **Maltrato del anciano**. In: PEREZ, E. A; GALINSKY, D; MARTINEZ, F. M; SALAS, A R; AYENDEZ, M. S. (ed.). **La atencion de los ancianos**: un desafio para los años noventa. Washington: OPS, 1994.

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

APÊNDICE A - Instrumento

1- Nº laudo _____ Tipo _____ Nº B. O _____ Data _____

2- Nome _____ 3- Sexo _____

4- Cor _____

5- Naturalidade _____ 6- Data Nascimento _____

7- Estado civil _____

8- Endereço _____ Fone _____

9- Procurou atendimento: PS() Hospital() UBS() Outro() Sem atendi/o()

10-Histórico Policial _____

11- Exame externo _____

12- Discussão e conclusão _____

13- Respostas aos quesitos

1º _____ 3º _____ 5º _____

2º _____ 4º _____

14- Remetido a _____ Agressor _____

APENDICE B – Descrição dos códigos referentes aos tipos de lesões provocadas e
o ofensor, segundo a CID-10

<i>CÓDIGO</i>	<i>DIAGNÓSTICO</i>
S00.1	contusão da pálpebra e da região periocular
S00.8	traumatismo superficial de outras partes da cabeça
S01.9	ferimento na cabeça, parte não especificada
S02.9	fratura de crânio ou dos ossos da face, parte não especificada
S22.0	fratura de vértebra
S40.9	traumatismo superficial não especificado do ombro e do braço
T00.9	traumatismos superficiais múltiplos não especificados
T30.0	queimadura de parte do corpo não especificada, grau não especificado
T74.2	abuso sexual
T74.3	abuso psicológico
Y00	agressão por meio de objeto contundente
Y07.0	companheiro ou esposo
Y07.2	amigo ou conhecido
Y07.8*	outra pessoa especificada
Y07.9	pessoa não especificada

* Considerando filhos(as), netos(as), sobrinhos(as), genros e noras.