

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Sueli Erasma Gaspar Jardim

**MAUS-TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA.
DA SUSPEITA À NOTIFICAÇÃO:
Um desafio para os profissionais do Hospital do Servidor Público Municipal**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO
2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Sueli Erasma Gaspar Jardim

MAUS-TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA.

DA SUSPEITA À NOTIFICAÇÃO:

Um desafio para os profissionais do Hospital do Servidor Público Municipal

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Gerontologia Social, sob a orientação da Profa. Dra. Ruth Gelehrter da Costa Lopes.

MESTRADO EM GERONTOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO
2010

Banca Examinadora

Ao meu pai (*in memoriam*) e à minha mãe, pelo exemplo de coragem e honestidade para criar e educar seus oito filhos.

Ao meu marido, meu único e verdadeiro amor, que incondicionalmente me apoiou.

Ao meu filho, maior razão da minha vida. Que ele consiga viver seus sonhos e fazer diferença nesse mundo tão desigual.

E aos meus maiores incentivadores, os idosos atendidos nas enfermarias do HSPM.

AGRADECIMENTOS

Em especial à Profa. Dra. Ruth Gelehster da C. Lopes, por sua acolhedora orientação. Pela confiança e pelas orientações seguras e precisas.

Ao Prof. Dr. Matheus Papaléo Netto, meu profundo agradecimento: foi a primeira pessoa a me inspirar a seguir a linha de pesquisa voltada para a temática do idoso.

À Profa. Dra. Elizabeth Mercadante, pelas ricas contribuições e direcionamentos no exame de qualificação.

À Profa. Dra. Beltrina Corte, pelo incentivo e aprendizado de Metodologia.

Ao Prof. Dr. Fabio Kitadai, que permitiu, ajudou e estimulou a realização deste trabalho.

À Dra. Renata Freitas Salles, pelo seu apoio e pela sua prática profissional exemplar.

Ao Prof. Dr. Luiz E. M. Mazzilli, pelas valiosas contribuições.

À Manuela, secretária do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, incansável nos encaminhamentos das questões que se apresentaram no cotidiano deste estudo.

Aos meus irmãos, sobrinhos e à minha prima Neia: grandes amores da minha vida.

À minha família extensa: cunhadas e cunhados, por comporem a família com bases sólidas e carinho mútuo. Em especial à minha cunhada Elizabeth, sempre disponível e constante no afeto e no companheirismo.

À minha especial amiga Cristina, pela sua contribuição, dedicação e esforço em todos os momentos bons e difíceis deste trabalho.

À minha grande amiga e companheira de anos de luta Vera, pela força decisiva na realização de mais esta etapa da vida acadêmica.

Às minhas sempre amigas Conceição, Ilma, Isabel, Lourdes, Edjane, Rita, entre outras, por todas as histórias compartilhadas durante todos esses anos.

A toda a equipe da Seção de Serviço Social do HSPM, que muito me ajudou no fornecimento de material para a coleta de informações, em especial às minhas colegas Katia e Olga, companheiras de todas as horas.

Ao Hospital do Servidor Público Municipal, que aceitou a elaboração deste trabalho.

À Karina Cobo Bardavira e ao Gustavo Ferreira, pelo cuidado e respeito que dedicaram na revisão do meu texto.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida durante dois anos.

"Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido."

"Lutemos por um mundo novo... um mundo bom que a todos assegure o ensejo de trabalho, que dê futuro à juventude e segurança à velhice."

Charles Chaplin

RESUMO

JARDIM, Sueli Erasma Gaspar. **Maus-tratos contra a pessoa idosa**. Da suspeita à notificação: Um desafio para os profissionais do Hospital do Servidor Público Municipal. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Social), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2010.

O presente estudo tem como objetivo investigar, entre os pacientes idosos atendidos nas unidades de internação do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), aqueles com suspeita de terem sido vítimas de maus-tratos. A amostra abrange quarenta e oito (48) pacientes cujos casos foram encaminhados ao Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI) entre janeiro de 2006 e dezembro de 2008. Para o levantamento de dados foi utilizada a técnica de pesquisa documental, mediante a análise dos prontuários médicos e das fichas de estudo social desses pacientes. Realizou-se a caracterização desses pacientes segundo as variáveis sociodemográficas, situação familiar, de internação e de suspeita de maus-tratos. Uma avaliação da amostra indica que as mulheres são predominantes (62,50%) e concentram-se na faixa etária entre 80 e 89 anos, faixa essa um pouco menor para os homens, entre 70 e 79 anos. Ambos os gêneros apresentaram pouca escolaridade e renda baixa. Negligência e abandono foram os principais tipos de suspeita de violência sofridos. Os motivos de internação foram os mais diversos, predominando o diagnóstico de síndrome demencial, o que dificulta a confirmação da ocorrência de maus-tratos. Apenas um idoso não apresentou um quadro de dependência e mais da metade ficou internada por intervalos de tempo maiores que um mês. A evolução na maioria dos casos consistiu na transferência para outras instituições capacitadas em cuidar de idosos. Objetiva-se com este estudo fornecer subsídios à equipe na identificação de sinais de suspeita de maus-tratos contra os idosos que são atendidos no HSPM e, conseqüentemente, contribuir para a consolidação da notificação aos órgãos judiciais competentes.

Palavras-chave: maus-tratos, idoso, saúde.

ABSTRACT

JARDIM, Sueli Erasmas Gaspar. **Maltreatment of the elderly**. From suspicion to Denounce: A challenge for the professionals of the Hospital do Servidor Publico Municipal. Dissertation (Masters in Social Gerontology), Pontificia Universidade Católica, São Paulo, 2010.

The present study aims to investigate, within the elderly patients in inpatient units of the Hospital do Servidor Público Municipal – HSPM (State Civil Servants Hospital), those suspected of being victims of maltreatments. The sample includes forty-eight (48) patients whose cases were submitted to the Special Action Group for Elderly Protection (GAEPO) between January, 2006 and December, 2008. Document research technique was utilized for data collection, against analysis of the medical records and the social study cards of these patients. Patients were characterized according to social-demographic variables, family conditions, hospitalization and suspect of maltreatment. An evaluation of the sample indicates that women are predominant (62.50%) and concentrated in the age group between 80 and 89 being this range a little lower for men, who stay between 70 and 79 years. Both genders had little education and low income. Neglect and abandonment were the main types of suspected violence committed. Reasons for admission were much varied, with predominance of dementia syndrome diagnosis, a fact rendering difficult the confirmation of occurrence of maltreatment. Only one aged patient did not present a pattern of dependence and more than one half was hospitalized for intervals longer than a month. The evolution, in most cases, consisted in transfer to other institutions better qualified to take care of aged patients. The objective of this study is to provide inputs to the team, for identification of signs of suspected abuse against the elderly in treatment at HSPM and thus contribute to the consolidation of denounces to the competent judicial bodies.

Keywords: child abuse, elderly, health.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1 - LOCAL DO ESTUDO.....	18
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO HSPM.....	18
1.2 CARACTERIZAÇÃO DA CLÍNICA GERONTO-GERIÁTRICA DO HSPM.....	19
1.3 SERVIÇO SOCIAL ATUANDO NA CLÍNICA GERONTO-GERIÁTRICA DO HSPM.....	22
CAPÍTULO II - VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA.....	25
2.1 A INSERÇÃO DO TEMA VIOLÊNCIA NA AGENDA DA SAÚDE.....	25
2.2 CONCEITUAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA.....	29
2.3 AÇÕES EM DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS.....	33
2.4 NOTIFICAÇÃO - INSTRUMENTO NO COMBATE À VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA.....	38
CAPÍTULO III - ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	42
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	42
3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	45
3.3 COLETA DOS DADOS.....	46
3.3.1 Instrumento para Coleta de Dados.....	46
3.3.2 Procedimento para Coleta de Dados.....	47
3.3.3 Análise dos dados.....	48
3.4 QUESTÕES DE ÉTICA.....	49

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	50
4.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	50
4.2 DISCUSSÃO.....	63
4.3 CONCLUSÕES.....	71
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 75
 BIBLIOGRAFIA.....	 79
 APÊNDICES.....	 88
 ANEXOS.....	 103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVDs -	Atividades de Vida Diária
BO -	Boletim de Ocorrência
BPC -	Benefício de Prestação Continuada
CIAPVIs -	Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa
CID -	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CONEP -	Comitê Nacional de Ensino e Pesquisa
CEInfo/GIEP -	Coordenação de Epidemiologia e Informação/ Gerência de Informações Epidemiológicas
CNDI -	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
DATASUS -	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
GAEPI -	Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso
HIV -	Human Immunodeficiency Virus (sigla do inglês)
HSPM -	Hospital do Servidor Público Municipal
ILP -	Instituição de Longa Permanência
INPEA -	The International Network for the Prevention of Elder Abuse (Rede Internacional de Prevenção da Violência contra Idosos)
ISA -	Inquérito de Saúde no Município de São Paulo
LA -	Liberdade Assistida
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OEA -	Organização dos Estados Americanos
ONU -	Organização das Nações Unidas
OPAS -	Organização Panamericana de Saúde
PAISM -	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PGJ -	Procuradoria Geral da Justiça
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEDH/PR -	Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República
SIH-SUS -	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM -	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SOE -	Sem Outras Especificações
SUS -	Serviço Único de Saúde
SVO -	Serviço de Verificação de Óbito
SIVVA -	Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes
VIVA -	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idosos beneficiários e não beneficiários do HSPM.....	50
Tabela 2 - Idade segundo Sexo.....	51
Tabela 3 - Estado Civil segundo Sexo.....	51
Tabela 4 - Grau de Instrução.....	52
Tabela 5 - Ocupação.....	52
Tabela 6 - Fonte de Renda segundo o Valor Mensal.....	53
Tabela 7 - Responsabilidade Econômica pelo Domicílio.....	53
Tabela 8 - Número de Filhos Vivos.....	54
Tabela 9 - Com quem reside o Idoso.....	54
Tabela 10 - Tipo de Moradia.....	55
Tabela 11 - Tipo de Cuidador.....	55
Tabela 12 - Vínculo do Cuidador com o Idoso.....	56
Tabela 13 - Situação Ocupacional do Cuidador.....	56
Tabela 14 - Colaborador pelo tipo de ajuda.....	57
Tabela 15 - Lugar de Procedência.....	57
Tabela 16 - Causa de Internação.....	58
Tabela 17 - Diagnóstico Clínico.....	59
Tabela 18 - Grau de Dependência para as AVDs.....	59
Tabela 19 - Quem foi entrevistado.....	59
Tabela 20 - Motivo da dificuldade para confirmar a ocorrência de maus-tratos.....	60
Tabela 21 - Providência tomada.....	61
Tabela 22 - Evolução do Caso.....	62
Tabela 23 - Fatores de Risco.....	62

LISTAS DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 - Códigos dos tipos de maus-tratos - CID-10.....	28
Quadro 2 - Principais diferenças entre as características dos métodos quantitativo e qualitativo de pesquisa.....	43
Gráfico 1 - Tempo de Internação Hospitalar.....	60
Gráfico 2 - Tipo de Suspeita de Violência (%)......	61
Gráfico 3 - Média de permanência (dias) na enfermaria da Clínica Geronto-Geriátrica – HSPM.....	68

APRESENTAÇÃO

Baseada no Código de Ética Profissional, esta pesquisa parte do pressuposto de que o pesquisador não deve assumir a desigualdade social como algo natural e/ou rotineiro. Por conseguinte, emerge o sentimento de indignação com a atual barbárie social. Motivada por tal sentimento, a presente pesquisa tem comprometimento com a garantia dos direitos civis, sociais e políticos do idoso.

Uma vez assumido esse pressuposto, este estudo busca ampliar a compreensão do fenômeno da violência que aflige um número significativo de idosos. Adicionalmente, visa a criar propostas que possam contribuir cotidianamente para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde voltados a esse segmento, tendo em vista as demandas e os interesses da população idosa usuária do serviço de saúde do HSPM. Trata-se, portanto, de uma tentativa ansiosa de motivar o surgimento de ações efetivas e capazes de facilitar a identificação e o atendimento das necessidades desses usuários do HSPM.

Turato (2003, p.255), a respeito da ansiedade do pesquisador em relação à compreensão da existência humana, escreve:

Na realidade, a angústia e ansiedade humanas são a força motora, de origem no mundo interno do cientista, que o persuade e o impulsiona à investigação. O cientista lida com suas próprias angústias e ansiedades querendo desvendar como funciona o mundo, e o cientista humanista, além disso, compadece-se das angústias e ansiedades do outro e quer saber como funciona o homem, numa tentativa profunda de dar respostas.

Com o título *Maus-Tratos contra a pessoa idosa. Da suspeita à notificação: Um desafio para os profissionais do Hospital do Servidor Público Municipal*, este trabalho, cujos dados foram coletados nos anos de 2006, 2007 e 2008, traz à discussão dificuldades demonstradas pelos profissionais do HSPM quando o assunto é lidar com a questão da violência, mais especificamente com os casos de idosos com suspeita de terem sido vítimas de algum tipo de maus-tratos. Boa parte desses profissionais tem receio de notificar tais casos aos órgãos competentes. Acredita-se que há ainda um desconhecimento quase generalizado acerca dos instrumentos legais de proteção a essas vítimas.

Busca-se, então, realizar um levantamento do perfil dos pacientes idosos atendidos nas unidades de internação do HSPM com suspeita de terem sido vítimas de maus-tratos e cujos casos tenham sido notificados ao Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso

(GAEPI)¹¹ do Ministério Público. Desse modo, espera-se propiciar aos profissionais do HSPM alguns subsídios para facilitar a identificação precoce desses casos e, conseqüentemente, contribuir para a consolidação da notificação aos órgãos judiciais competentes.

Convém mencionar aqui a aprovação, em 2009, da Portaria 49.144/09², que extingue os Grupos de Atuação Especial de Proteção ao Idoso, cujas atribuições passam a ser exercidas pelas Promotorias de Justiça de Direitos Humanos. Na execução de suas atribuições, compete à Promotoria de Justiça de Direitos Humanos, entre outras competências, a defesa dos interesses individuais, homogêneos, coletivos e difusos dos idosos, devendo exercer a tutela judicial e extrajudicial dos direitos individuais indisponíveis dos idosos em situação de risco, bem como visitar regularmente e fiscalizar entidades, estabelecimentos e órgãos públicos e particulares de atendimento do idoso.

¹ Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI), instituído pelo Ato Normativo nº. 126/97 - PGJ, de 02 de outubro de 1997 (PT. 28.961/95 - PGJ). Órgão do Ministério Público do Estado de São Paulo, criado no âmbito da Comarca da Capital, tendo por finalidade a defesa dos direitos e garantias constitucionais de pessoas idosas, por meio de medidas administrativas e judiciais. Recebe denúncias de maus-tratos e realiza fiscalização em estabelecimentos que prestam serviços à pessoa idosa.

² Ato Normativo nº.593/2009-PGJ, de 5 de junho de 2009 (PT. nº 49.144/09) - Cria a Promotoria de Justiça de Direitos Humanos e a Promotoria de Justiça de Repressão à Sonegação Fiscal e dá outras providências.

Art. 4º - Ficarão extintos, quando do provimento dos cargos de Promotor de Justiça que serão nomenclaturados para integrar a Promotoria de Justiça de Direitos Humanos, os Grupos de Atuação Especial de Proteção ao Idoso, da Saúde Pública e da Saúde do Consumidor, e às Pessoas com Deficiência, e o Grupo de Atuação Especial de Inclusão Social, quando então ficarão revogados:

I - o Ato Normativo nº 126-PGJ, de 2 de outubro de 1997, com a redação dada pelo Ato Normativo nº 524-CPJ, de 30 de outubro de 2007.

INTRODUÇÃO

O tema violência tem despertado uma crescente preocupação na sociedade de modo geral, tendo em vista suas graves consequências para indivíduos, famílias, comunidades e para o sistema público de saúde. O seu enfrentamento constitui, assim, o mais premente desafio que se impõe para a maioria dos países.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)³, importante organismo de cooperação na área de saúde, prioriza esse tema e analisa que “a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países”. Reconhece ainda que o “setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social” (1994).

Estudos indicam que no passado a questão da violência despertava preocupação quando os casos envolviam mulheres e crianças. Mais recentemente, surgiram as primeiras denúncias de maus-tratos a idosos. No Brasil, foi na década de 80 que a questão da violência praticada contra idosos tornou-se mais aparente, passando a despertar interesse na comunidade científica e a fazer parte da agenda do setor saúde. Para Machado e Queiroz (2006, p.1152-3):

Esse crescimento ocorreu, sobretudo, devido a dois fatores: conscientização dos valores da vida e dos direitos de cidadania, e mudanças no perfil de morbimortalidade no mundo e no país. Dentro do estudo da violência, os maus-tratos contra os idosos foram os últimos a serem contemplados como fenômeno político e como questão de saúde pública, após os estudos sobre a violência contra a mulher e a violência infantil.

Esses indicativos corroboram outras diversas literaturas, revelando que hoje a violência contra a pessoa idosa representa um problema de saúde pública de grande magnitude. A identificação de pessoas idosas vítimas dos mais diversos tipos de violência, de

³ A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), fundada em 1902, é um organismo internacional de saúde pública, dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas. Sediada em Washington, nos Estados Unidos, atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas e faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU). Tem escritórios de representação regional em 27 países, além de nove centros científicos e técnicos. Ver mais em: OPAS/OMS. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>.

maus-tratos e, especialmente, de negligência vem crescendo progressivamente, como indica o cotidiano das instituições prestadoras de serviços de saúde.

Os especialistas apontam que esses casos podem ocorrer no ambiente residencial, nos meios de transporte público, nos meios urbanos e/ou nas diversas instituições de assistência pública ou privada; ou seja, vêm se tornando uma prática que se generaliza pelas várias instâncias da sociedade. Mercadante (2007, p.16) lembra ainda “a discriminação presente nos olhares e atitudes que se manifesta nas diversas esferas da vida social – família, trabalho, saúde – criando diferentes formas de violência em relação à pessoa idosa”.

Verifica-se que as instituições de saúde têm papel importante no atendimento e na identificação dessas ocorrências. No entanto, o ato de notificar tem gerado controvérsias entre os profissionais de saúde. Embora reconheçam a necessidade da notificação, até mesmo como um instrumento epidemiológico da violência, tais profissionais demonstram diversas dificuldades para reconhecer os casos de suspeita de maus-tratos ao idoso e ainda temem eventuais repercussões e consequências das notificações, como, por exemplo, ter de depor juridicamente.

Portanto, entre as dificuldades apresentadas pelos profissionais de saúde destacam-se: a falta de informações básicas, impossibilitando a realização de um diagnóstico de suspeita; a ameaça do agressor ao profissional responsável pela notificação; e o temor das consequências legais provenientes da notificação. Além dessas dificuldades, existem aqueles casos que, devido às suas particularidades, dificultam o ato da notificação. Pode acontecer, por exemplo, de a vítima omitir informações que possam fundamentar as suspeitas, silenciando-se devido ao medo do aumento das agressões. Há ainda a possibilidade de a vítima proteger o familiar infrator, sentir-se envergonhada, calar-se por depender física e/ou financeiramente do agressor ou por não acreditar na resolução do problema. A todos esses itens adiciona-se, em geral, a precariedade da infraestrutura para o atendimento desses casos e a ineficácia das medidas estabelecidas pelas autoridades.

Destarte, a relevância deste estudo reside nas contribuições que trará aos profissionais do HSPM e de outras unidades de saúde que lidem com casos de idosos com suspeita de terem sido vítimas de algum tipo de maus-tratos, podendo ser tomado como ponto de partida para aprofundarem seu conhecimento acerca dessa realidade e aperfeiçoarem sua atuação. Para isso, cabe notar que a qualidade da assistência a esses idosos está diretamente relacionada à precoce identificação e à notificação desses casos aos órgãos competentes, aspectos que se pretende observar, com vistas a auxiliar os profissionais nessas tarefas.

Buscando-se efetivar as supracitadas contribuições, foi realizada pesquisa quanti-qualitativa baseada em casos ocorridos no Hospital do Servidor Público Municipal - HSPM nos anos de 2006, 2007 e 2008. Quando da decisão pelo tema da pesquisa, diversas indagações surgiram, porém duas perguntas foram norteadoras: 1) Caracterizar os idosos atendidos no HSPM com suspeita de terem sofrido maus-tratos poderá fornecer maior visibilidade social ao problema e também subsidiar a equipe interprofissional na identificação desses casos? 2) Qual a contribuição desta pesquisa para a equipe interprofissional do Serviço de Geriatria e Gerontologia do HSPM, no sentido de colaborar para a melhora da qualidade do atendimento a esses idosos? A partir dessas indagações, foi possível definir os objetivos do estudo, os quais serão descritos a seguir.

Antes, porém, cumpre notar que a presente dissertação está dividida em quatro capítulos. O primeiro apresenta a caracterização do local do estudo. No segundo capítulo é realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema da violência, abrangendo a história da inserção do tema na agenda da saúde, a conceituação e categorização da violência contra a pessoa idosa e as ações existentes em defesa dos direitos desse segmento, incluindo o processo de notificação. O terceiro capítulo apresenta o processo metodológico da pesquisa. E no quarto capítulo faz-se a apresentação e discussão dos resultados.

OBJETIVOS

→ Geral

- Descrever o perfil dos pacientes idosos atendidos no HSPM com suspeita de terem sido vítimas de maus-tratos e cujos casos tenham sido encaminhados ao Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI).

→ Específicos

- Fornecer, por intermédio da disponibilidade de dados e informações, subsídios aos profissionais do HSPM para a identificação de sinais de suspeita de maus-tratos contra o idoso atendido nesse serviço.
- Propiciar, entre os profissionais, discussões sobre o tema, no sentido de obter alternativas de ação que facilitem o processo de notificação aos órgãos competentes.

CAPÍTULO 1 - LOCAL DO ESTUDO

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO HSPM

Em 1936, na Praça Almeida Júnior nº 98, em São Paulo, surgiu a Divisão Hospitalar Municipal, com o objetivo de prestar atendimento aos funcionários públicos municipais e seus dependentes. Um incêndio no 3º andar do hospital, em 1944, fez com que a Prefeitura assinasse convênio com o Hospital Santa Cruz. No ano de 1946, a Prefeitura de São Paulo adquiriu a Casa de Saúde Santa Inês, localizada na Rua Castro Alves nº 60, Aclimação, e, em 1950, tiveram início as obras para a construção das atuais instalações do hospital. Finalmente, em 1957, foi inaugurado o Complexo Hospitalar, com 13 andares, e, em 1959, o Pronto-Socorro, que até então funcionava no Pátio do Colégio, foi incorporado ao Hospital.

Em maio de 1972, de acordo com a Lei Municipal n.º 7.736, o Hospital do Servidor Público Municipal transformou-se em Autarquia, entidade dotada de personalidade jurídica, patrimônio próprio, autonomia administrativa e financeira e vinculada à Secretaria Municipal da Saúde. Foi prevista a contribuição de 3% (três por cento) sobre a retribuição-base mensal dos servidores municipais, inclusive dos inativos e pensionistas. Posteriormente, em 27 de dezembro de 2007, a Lei nº 14.661 dispôs sobre o fim dessa contribuição, dispensando os servidores públicos municipais e seus dependentes desse pagamento. Essa lei, no entanto, não alterou o objetivo do HSPM, que é atender os servidores municipais e seus dependentes.

Com 33 mil metros quadrados de área construída, 285 leitos e cerca de 2.700 profissionais, o Hospital do Servidor Público Municipal é uma instituição que tem a finalidade de prestar assistência médica, hospitalar, domiciliar, odontológica e farmacêutica aos servidores públicos da administração direta e indireta do município de São Paulo e seus dependentes, na forma da legislação municipal, realizando atendimento clínico-ambulatorial, de internação e emergência. Suas funções também compreendem prestar assistência médica de urgência e emergência, 24 horas, à população em geral, no Pronto-Socorro adulto e no infantil.

No atendimento ambulatorial conta com 40 especialidades médicas e 144 subespecialidades. Possui Centro Cirúrgico, Centro de Diagnóstico por Imagem, Serviço Técnico de Análises Clínicas, Centros de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, Serviço de Hemodiálise e Serviço de Assistência Domiciliar.

O Hospital do Servidor Público Municipal possui ainda cinco unidades externas de atendimento ambulatorial, nos bairros da Lapa, São Miguel, Vila Carrão, Santo Amaro e Tucuruvi. Em junho de 2004, o HSPM inaugurou a Hospedaria de Cuidados Paliativos, com 10 leitos, também um serviço externo, cuja ação está voltada ao atendimento a pacientes portadores de doenças progressivas sem possibilidades terapêuticas de cura. O objetivo do serviço é garantir melhor qualidade de vida ao paciente em um ambiente familiar, distante do aspecto hospitalar, aproximando-o do contexto da rotina doméstica. É um serviço pioneiro em nosso país, considerando o seu modelo de instalação e funcionamento.

Esse hospital vem se destacando pelo seu comprometimento com a pesquisa científica, especialmente nas áreas de medicina e odontologia, servindo de campo de instrução e treinamento aos profissionais da saúde. É importante destacar que o HSPM é um hospital geral de referência exclusiva aos servidores da prefeitura de SP; contudo, o seu pronto-socorro é aberto à comunidade, ou seja, ao município.

A combinação entre sua localização e os serviços complexos disponíveis transforma-o também em importante referência para os serviços de resgate dos bombeiros, do SAMU e para a população em geral. Em 2009, o pronto-socorro adulto registrou 123.547 atendimentos, sendo 58.567 a munícipes e 64.980 a servidores e seus dependentes (HSPM, Setor de Estatística).

Em relação aos idosos munícipes atendidos no pronto-socorro, não há uma estatística disponível referente a esses pacientes. Todavia, cabe considerar que a densidade populacional de idosos é diferenciada nos diversos distritos da cidade de São Paulo. Sabe-se, por exemplo, que os distritos localizados na zona central do município concentram mais idosos que os distritos periféricos, conforme revelam os dados oficiais (Fundação Seade, IBGE, junho de 2005) divulgados na “Cartilha do Idoso: Mitos e verdades sobre a Velhice” (SÃO PAULO, 2006). Essa cartilha evidencia que os bairros com maior concentração de população idosa em São Paulo são Pinheiros (19%), Vila Mariana (16,82%), Mooca (18,28%), Lapa (16,82%), Santa Cecília (16,54%), Ipiranga (14,70%), Sé (14,58), Vila Formosa (13,27%) e Vila Prudente (12,77%).

1.2 CARACTERIZAÇÃO DA CLÍNICA GERONTO-GERIÁTRICA DO HSPM

Foi aprovada, em 11 de junho de 1991, pelo Conselho Técnico-Administrativo Municipal, a proposta de implantação do Programa de Atenção à Saúde do Idoso nos serviços de saúde que prestam atendimento a essa população. Esse Programa, elaborado por um grupo

de trabalho que contava com os médicos Sérgio Márcio Pacheco Paschoal e Matheus Papaléo Netto, tem como princípios básicos operacionalizar a Atenção à Saúde do Idoso, que deveria ser organizada como parte integrante da Atenção à Saúde da população geral; ter como base um trabalho interprofissional; dar ênfase aos aspectos de prevenção; adotar critérios globais que levem em consideração o idoso como um ser integral; se desenvolver com a estreita participação dos usuários; e criar um mecanismo de avaliação contínua que permita aos responsáveis introduzir as mudanças necessárias.

Para colocar em prática as ações preconizadas por esse Programa, em consonância com as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, foi criado no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo um serviço para atendimento de idosos que, posteriormente, recebeu a denominação Clínica Geronto-Geriátrica. Isso ocorreu na gestão de Luiza Erundina de Souza como prefeita do Município de São Paulo, em 14 de outubro de 1991. No que diz respeito à fundação dessa Clínica, merece destaque o interesse de alguns profissionais, entre eles Francisco Brito e Matheus Papaléo Netto, em concentrar o atendimento na prevenção e no tratamento das doenças e das limitações decorrentes da idade avançada.

O objetivo da Clínica é prestar assistência integral, geral e especializada ao paciente com idade igual ou superior a 65 anos. O atendimento da equipe interdisciplinar consiste em um dos instrumentos mais valiosos no tratamento desses pacientes. No início essa equipe foi composta por profissionais das seguintes áreas: Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição e Serviço Social. Porém, atualmente a equipe não conta com os profissionais de Terapia Ocupacional e Nutrição.

Dadas as peculiaridades dos pacientes idosos, como maior prevalência de doenças clínicas, psicopatologia⁴ distinta e dificuldades específicas, as diretorias do HSPM e da Clínica Geronto-Geriátrica perceberam a necessidade de criar uma enfermaria preparada para essa faixa etária. Assim, em fevereiro de 2002, foi inaugurada a enfermaria da Clínica Geronto-Geriátrica do HSPM, que abriga inovações em engenharia e *design* hospitalar, tendo sido projetada para atender às necessidades de pacientes com idade igual ou maior que 60 anos.

A enfermaria oferece atendimento de uma equipe interprofissional formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social. O objetivo é atender às complexidades surgidas em virtude da crescente

⁴ Psicopatologia é um termo que se refere tanto ao estudo dos estados mentais patológicos como à manifestação de comportamentos e experiências que podem indicar um estado mental ou psicológico anormal. O termo é de origem grega; *psykhé* significa espírito e *patologia*, estudo das doenças, seus sintomas. Cf.: WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre. **Psicopatologia**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Psicopatologia>>.

demanda e da diversidade das situações apresentadas pelos pacientes e seus familiares. Dos 23 leitos dessa enfermaria, situada no 11º andar do hospital, quatro são para pacientes em cuidados paliativos.

Pouco depois de sua inauguração, em 2003, foi implantado nessa enfermaria o Projeto “Ger’art” - Arteterapia, que propõe a utilização de recursos artísticos no processo terapêutico. Então, alguns profissionais da Clínica Geronto-Geriátrica do HSPM passaram a lançar mão desses recursos em seus atendimentos, com destaque para os profissionais de Fonoaudiologia e Psicologia. A expectativa é que essa prática possa auxiliar os pacientes a lidar melhor com os sintomas da doença e os limites do envelhecimento, promovendo seu autoconhecimento e aumentando sua autoestima. Atualmente, os encontros para a prática de Arteterapia acontecem uma vez por semana, no Ambulatório da Clínica Geronto-Geriátrica do HSPM.

Buscando ainda oferecer mais qualidade no atendimento, a equipe interdisciplinar da Clínica Geronto-Geriátrica do HSPM criou, em 2007, o Ambulatório de Neuropsiquiatria, um serviço destinado ao atendimento das desordens comportamentais associadas ao envelhecimento. A proposta é possibilitar uma melhor qualidade de vida aos pacientes idosos que apresentam algum tipo de transtorno mental. A demanda é selecionada mediante triagem prévia realizada por uma equipe interprofissional.

Desde a sua fundação, o escopo da Clínica Geronto-Geriátrica e sua equipe é atender o idoso de forma integral, considerando os aspectos biopsicossociais e o desenvolvimento de ações socioeducativas para o paciente e seus familiares. A equipe também tem como objetivo proceder à organização e à operacionalização do trabalho interdisciplinar, bem como à prática de ensino, efetivando a formação e a capacitação nas áreas de Geriatria e Gerontologia. Além disso, desenvolve pesquisas relativas ao serviço, contribuindo para a produção de conhecimento científico, para a democratização de informações e para a renovação de ações na assistência ao idoso.

Pensando na capacitação dos profissionais, em 1990 foi criado o Curso de Extensão Universitária em Geronto-Geriatria “Prof. Dr. Matheus Papaléo Netto”. A atividade, que já se encontra em sua 19ª edição, está atualmente sob a orientação da Dra. Renata F. Nogueira Salles, coordenadora da Seção Técnica de Geronto-Geriatria do HSPM, e a coordenação da equipe interprofissional. O curso inclui módulos sobre avaliação geriátrica ampla, interprofissionalidade, síndromes demenciais, Mal de Parkinson, doenças osteoarticulares, quadros depressivos, alterações metabólicas, cardiovasculares e pulmonares do idoso. Além

desses temas, também são abordados aspectos como qualidade de vida na terceira idade, cuidados paliativos, estatuto do idoso, diversidade e violência contra a pessoa idosa.

1.3 SERVIÇO SOCIAL ATUANDO NA CLÍNICA GERONTO-GERIÁTRICA DO HSPM

Parte da equipe interprofissional da Clínica Geronto-Geriátrica do HSPM, o Serviço Social iniciou o seu trabalho na referida instituição assumindo o desafio de direcionar as suas ações para a compreensão das peculiaridades que envolvem a saúde do idoso e para a implementação de propostas que possibilitem a efetivação dos direitos desse usuário. O trabalho é desenvolvido com base na reflexão acerca do processo de envelhecimento e suas consequências nos âmbitos da saúde, da família e da sociedade.

As ações do assistente social são realizadas de acordo com as especificidades e exigências dos casos atendidos. Esse profissional tem como função subsidiar a equipe com informações sobre as variáveis sociais que possam interferir nos planos de tratamento propostos aos usuários atendidos nas unidades da Clínica Geronto-Geriátrica.

A atenção ao familiar do paciente idoso também constitui prioridade do Serviço Social, uma vez que a situação da doença muitas vezes exige um reordenamento do comportamento dos membros da família e uma reorganização na dinâmica familiar. Assim, se fazem necessárias reuniões entre a equipe interprofissional e os familiares do paciente. Além de oferecer esclarecimentos sobre as patologias apresentadas pelos idosos, tais reuniões criam oportunidades para que os familiares verbalizem suas dúvidas, ansiedades e dificuldades. Propiciam ainda a reflexão conjunta, a busca de mecanismos de enfrentamento das questões do cotidiano e a identificação de alternativas que possam assegurar as condições necessárias para o cuidado do idoso no domicílio.

O instrumental utilizado na prática diária do assistente social, com destaque para a avaliação social, que se estabelece a partir de objetivos definidos, possibilita identificar fatores socioeconômicos e culturais que devem ser considerados no tratamento do paciente. Essa é uma das principais tarefas do profissional, pois esse instrumental, de caráter sigiloso, não permite tão-somente o conhecimento das condições sociais do paciente; mais do que isso, permite estabelecer uma relação de confiança, cultivar um espaço de escuta e acolhimento, veicular informações e promover o reconhecimento de direitos. Nessa perspectiva, Martinelli (2007, p.23) faz importante reflexão acerca da prática dos assistentes sociais: “Trabalhamos com pessoas vulnerabilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, um sorriso, uma

palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade.”

Cotidianamente, o profissional de Serviço Social convive com o cenário vivenciado pelo idoso e seus familiares, ou seja, convive com o desemprego e o crescimento do trabalho informal, o achatamento salarial, a violência, a discriminação, a falta de habitação, a fome, a pobreza, o envelhecimento sem recursos, a corrosão dos direitos sociais, a exclusão social, entre outros aspectos relevantes que influenciam negativamente o estado de saúde da pessoa idosa.

Nos últimos três anos, no HSPM, especialmente na enfermaria da Clínica Geronto-Geriátrica e no Pronto-Socorro, vêm ganhando visibilidade os casos de pacientes idosos com suspeita de terem sofrido violência ou maus-tratos. A compreensão do fenômeno da violência, que, segundo Minayo (2003b, p.783), já ocupa a sexta posição nas causas de morte de idosos no Brasil, tem exigido uma abordagem interdisciplinar na formulação de propostas para atender a essa demanda. Há, portanto, de se enfrentar essa problemática, o que requer dos profissionais um conhecimento específico sobre o assunto.

Diante desse cenário, tornou-se imperativo viabilizar a inserção do Serviço Social do HSPM nas diversas e complexas formas de enfrentamento de maus-tratos contra a pessoa idosa. A intervenção desse profissional no contexto de ação interdisciplinar deve ser vista como elemento fundamental para dar maior visibilidade social a essas ocorrências. Nesse sentido, no HSPM o assistente social assumiu a tarefa de representar tecnicamente a equipe da Clínica Geronto-Geriátrica junto à diretoria do hospital, em um processo de interlocução para o cumprimento de vários dispositivos legais.

No que se refere a tais dispositivos, cabe notar que compete aos profissionais de saúde a responsabilidade pela notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra a pessoa idosa. Protocolos técnicos que possibilitam uma maior visibilidade e transparência dos procedimentos profissionais foram então estabelecidos no contexto do hospital em questão. É possível citar como exemplo a criação de um instrumental próprio para a notificação de pessoas sem identificação que dão entrada no serviço de emergência, inclusive para casos de idosos. Antes da formulação de tal instrumental, a comunicação com Delegacia das Pessoas Desaparecidas era estabelecida por meio de relatórios manuscritos, em textos formatados e padronizados segundo a concepção de cada profissional, sem a descrição completa e detalhada da pessoa, descrição essa essencial para a caracterização particular do indivíduo.

Foi também estabelecido um fluxo de atendimento interdisciplinar para os casos de pacientes idosos com suspeitas ou vítimas de maus-tratos. Uma vez realizado tal atendimento, cabe à diretoria do hospital a tarefa de notificar os casos desses pacientes, mediante ofício institucional à Promotoria do Idoso, fundamentado em relatório social e médico. Esse procedimento era realizado, inicialmente, pelo profissional de Serviço Social, que se comunicava diretamente com o referido órgão, sem a intermediação oficial do hospital e o respaldo da administração, o que por vezes vulnerabilizava a ação profissional.

Ainda nesse contexto, é imprescindível destacar outras conquistas que surgiram em virtude da perseverança de alguns profissionais e gestores do HSPM e que trouxeram grandes benefícios para o idoso. Entre as mais significativas estão a enfermaria da Clínica Geronto-Geriátrica, criada em 2002, e a Hospedaria de Cuidados Paliativos, inaugurada em 2004 como parte do Programa de Qualidade e Humanização, pilares da gestão administrativa do hospital.

A visão humanizada do cuidado estabelecido em todas essas ações vem ao encontro dos objetivos desta pesquisa, que consistem em fornecer subsídios à identificação de sinais de suspeita de maus-tratos contra o idoso atendido na Clínica Geronto-Geriátrica do HSPM; e buscar alternativas de ação que facilitem o processo de notificação aos órgãos competentes.

CAPÍTULO II - VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA

2.1 A INSERÇÃO DO TEMA VIOLÊNCIA NA AGENDA DA SAÚDE

Não há mais dúvida de que a violência constitui um grave problema para a saúde pública, cujos efeitos, evidentemente, transcendem as fronteiras geográficas, de raça, classe, religião e cultura. Também se sabe que é fundamental para o enfrentamento dessa questão adotar medidas que permitam a realização de ações coordenadas dos diversos órgãos, nacionais e mundiais, envolvidos no problema.

Por décadas a violência foi tratada como um problema exclusivo de segurança pública, sendo que há apenas três décadas teve reconhecimento como problema social e de saúde. Na verdade, o tema da violência começou a ser inserido na agenda da saúde pública no final dos anos 80. No entanto, foi na década de 90 que a questão atingiu maior visibilidade internacional e tornou-se tema obrigatório na agenda do setor saúde. Merece destaque a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que, em 1993, aprovou a Resolução XIX, na qual “[...] insta os governos a estabelecer políticas e planos nacionais para a prevenção e controle da violência com ênfase especial nos grupos mais vulneráveis”. No ano seguinte, em 1994, a prevenção contra atos de violência foi de fato introduzida na agenda da saúde pública, quando a OPAS organizou a Conferência Interamericana sobre Sociedade, Violência e Saúde, e pela primeira vez se propôs um “Plano de Ação Regional sobre Violência e Saúde”.

Outro grande passo foi a resolução WHA 49.25, promulgada pela Assembleia Mundial da Saúde (World Health Assembly - WHA) de 1996. Nesse encontro foi constatado que a violência gera sérias implicações para a saúde e que em todo o mundo está ocorrendo o aumento das incidências de lesões intencionais que afetam pessoas de todas as idades. Diante de tais constatações, o combate e a prevenção da violência foram definidos como prioridades da saúde pública. Com esse foco, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, no dia 03 de outubro de 2002, em Bruxelas, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, com os objetivos de descrever a magnitude e o impacto da violência no mundo e consolidar a contribuição e o compromisso do setor saúde na prevenção desse problema. Esse relatório apresenta as classificações e os fatores de risco da violência, aponta estratégias para enfrentá-la e faz recomendações para ações de prevenção nos planos local, nacional e internacional. O documento define a violência como:

Uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG et. al., 2002, p.5)

De acordo com essas recomendações, em 2005, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, em parceria com o Centro Latino-Americano de Estudos da Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/ ENSP/ Fiocruz), publicaram o livro intitulado “Impacto da violência na saúde dos brasileiros”. Essa publicação fornece suporte para a afirmação de que as consequências da violência representam um problema de saúde pública de grande proporção; portanto, exigem estratégias de prevenção e enfrentamento. Isso implica a definição e implementação de políticas específicas, bem como a organização de redes intersetoriais de atenção às vítimas de violência.

Analisando-se o avanço do tema da violência na área da saúde no Brasil, com base no artigo “A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica” (MINAYO, 2006b), é possível concluir que esse processo vem se consolidando nos últimos anos. Os avanços obtidos estão relacionados a ações e à postura prática de movimentos sociais, profissionais da saúde e acadêmicos na busca de estratégias efetivas para o enfrentamento da violência. Consequentemente, uma série de programas e iniciativas da sociedade e do Estado tem surgido na defesa dos direitos dos grupos mais vulneráveis à violência.

No âmbito da proteção a essas vítimas, cabe enfatizar as ações concretas que trazem o tema da violência como pauta e o incluem na área da saúde. Nesse sentido, podem-se citar diversas medidas, tais como:

- 1) No que concerne à proteção à infância: o Estatuto da Criança e da Adolescência (ECA), promulgado em 1990, que instituiu, em seu Art. 5º, “que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”; e o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, de 2002. Essas ações, entre outras, foram cercadas de grande expectativa, tendo em vista os vários espetáculos de violação de direitos nesse segmento.
- 2) Quanto às medidas que trazem contribuições expressivas para a melhoria da atenção à mulher, destacam-se: a) o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), promulgado em 1983; b) o lançamento, em 2005, da Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos, elaborada pelo Ministério da Saúde com parcerias, que prevê ações

voltadas ao planejamento familiar para o período de 2005 a 2007; e c) a versão atualizada e ampliada da Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, de 2005, que traz como principal mudança a não exigência da apresentação do Boletim de Ocorrência (BO) Policial pelas vítimas de estupro para o abortamento legal.

3) Por fim, no que concerne às disposições do setor saúde para combater a prática da violência contra a pessoa idosa, observa-se que os mecanismos que pretendem dar uma dimensão prática a essa questão estão voltados essencialmente à promoção, prevenção e assistência, assuntos que serão abordados no subcapítulo 2.3 - “Ações em defesa dos direitos da pessoa idosa vítima de violência e maus-tratos” deste estudo.

Portanto, no campo do setor saúde, verifica-se a existência de diversos instrumentos de proteção às vítimas de violência. Mas foi precisamente a necessidade de definição, nesse setor, de uma política para a prevenção de violências e acidentes que levou o Ministério da Saúde a promulgar, em maio de 2001, a Portaria n.º 737/GM. Essa portaria oficializa a definição da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência. O documento apresenta uma análise do problema da violência e dos acidentes, com ênfase nos segmentos populacionais mais vulneráveis, especialmente no tocante à criança, ao adolescente, à mulher e ao idoso. O texto define diretrizes para o setor saúde, identifica responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção e assistência às vítimas de acidentes e violência, define os conceitos de violência e apresenta as várias formas de expressão desse problema.

Ainda no que diz respeito à participação do setor saúde, sobretudo da atenção médica, na abordagem prática da violência e dos maus-tratos, cumpre destacar que esse fenômeno foi incluído na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) sob a denominação “Causas Externas de Mortalidade e Morbidade”. Em sua 10ª revisão, precisamente no capítulo XIX, a CID (WHO, 1993) classifica as “Causas Externas”, possibilitando codificar a natureza das lesões que o paciente apresenta (lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas), e, no seu capítulo XX, classifica ainda as ocorrências e as circunstâncias causadoras de lesões.

É importante ressaltar que a CID-10 foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para codificar e classificar doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças. No quadro apresentado a seguir, podem-

se observar os códigos que descrevem os tipos de maus-tratos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - CID-10:

Quadro 1 - Códigos dos tipos de maus-tratos - CID-10.

T74	Síndromes de maus-tratos
T74.0	Abandono
74.1	Sevícias físicas (abusos físicos)
74.2	Abuso sexual
T74.3	Abuso psicológico
T74.8	Outras síndromes especificadas de maus-tratos Formas mistas
T74.9	Síndrome não especificada de maus-tratos Efeitos de sevícias infligidas a: - adultos SOE - crianças SOE

Fonte: OMS, 1993.

No Brasil, a CID-10 passou a ser utilizada para o processamento das causas de morte reunidas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)⁵⁵ a partir de 1996. Já o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)⁶ adotou a CID-10 a partir de 1998. Esses dois sistemas fornecem informações epidemiológicas e sociodemográficas sobre óbitos e hospitalizações, além de constituírem importantes ferramentas no monitoramento das violências e no planejamento de ações de intervenção. Porém, só permitem o conhecimento sobre casos violentos cujo desfecho tenha sido o óbito ou a internação.

⁵ O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi desenvolvido e implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1975. É um sistema de vigilância epidemiológica nacional, cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos do país a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde. (BRASIL, 2001)

⁶ O Ministério da Saúde implantou o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) pela Portaria GM/MS n.º 896/90. Foi desenvolvido tendo como principal objetivo organizar o processo de remuneração das internações hospitalares financiadas pelo SUS. Possui uma grande base de dados, abrangendo todas as atividades do setor, seja da rede hospitalar pública, seja da rede privada ou filantrópica conveniada ao SUS. Seus objetivos são: proporcionar o conhecimento do custo da hospitalização, tempo de permanência e evolução; possibilitar o conhecimento dos indivíduos hospitalizados quanto aos aspectos clínicos e epidemiológicos; e servir de base para o planejamento e adoção de ações específicas voltadas à organização de serviços e controle de doenças. (LESSA et al., 2000)

Considerando essa limitação, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)⁷, que permite colher dados dos serviços de referência para vítimas de violência e das unidades de urgência e de emergência. Uma das finalidades desse sistema é identificar os registros de violência doméstica e sexual contra crianças, mulheres e idosos, que ainda permanecem “camuflados” na esfera privada. Também busca revelar o perfil das vítimas e dos prováveis autores de agressão, as circunstâncias do evento, bem como detalhar dados sobre os registros de acidentes de trânsito, trabalho e quedas.

Como pode ser visto, nos estudos epidemiológicos da área da saúde, o conceito de violência se inclui na categoria “causas externas”. No entanto, segundo Minayo (2004, p.14), as duas expressões, “causas externas” e “violência”, não se equivalem. “Causas externas” é uma categoria estabelecida pela Organização Mundial de Saúde para se referir às resultantes das agressões e dos acidentes, dos traumas e das lesões. “Violência” é uma noção referente aos processos e às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando danos físicos, mentais e morais. É possível, então, perceber características peculiares dessas duas expressões, que devem ser consideradas em conjunto para se ter clareza de seu entendimento e para serem usadas de forma adequada

2.2 CONCEITUAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Serão aqui tratadas as formas de expressão da violência, que constituem uma referência obrigatória para uma melhor compreensão do tema. Como é de conhecimento geral, a violência, também denominada abusos ou maus-tratos, não é prerrogativa brasileira. Por se tratar de um fenômeno complexo e polissêmico, há uma profusão de estudos sobre as mais diferentes formas de expressão da violência.

Alguns a classificam segundo os atores ou vítimas envolvidas (juvenil, de gênero, infantil, contra pessoas idosas), ou segundo o lugar onde se desenvolve (na rua, doméstica, trabalhista), ou segundo o âmbito a que se refira (público, privado) ou segundo as motivações

⁷ Ver mais em: BRASIL. Ministério da Saúde. **Viva** - Apresentação. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1612>.

(sociais, psicológicas, econômicas, políticas), e finalmente a auto-infligida. (OPAS/OMS, 2003, p.14)

Violência é um conceito muito amplo, intrinsecamente associado ou inerente à condição humana e que admite diversas definições. Há alguns anos, um grupo cada vez maior de cientistas sociais vem pesquisando e procurando buscar definições mais delimitadas para o termo. Os elementos de definição que podem ser indicados como consensuais entre os estudiosos dizem respeito: à noção de coerção ou força; e ao dano que se produz a indivíduo ou grupo social pertencente a determinada classe, categoria social, gênero ou etnia. Define-se então violência como o fenômeno que se manifesta nas diferentes esferas sociais, seja no espaço público, seja no espaço privado, apreendido de forma física, psíquica e simbólica (WAISELFISZ, 1998, p.145).

Cabe notar que, embora sejam inúmeras as formas de violência e maus-tratos praticadas contra pessoas ou grupos vulneráveis, neste estudo serão destacadas somente as classificações mais apontadas pelos estudiosos e pelos organismos internacionais e nacionais.

A Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-Tratos contra o Idoso (INPEA) adotou a seguinte definição, elaborada em 1995 na Inglaterra, para a violência contra o idoso: “O maltrato ao idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança.” Definição também utilizada pela Organização Mundial de Saúde.

Como parte desse esforço de facilitar e aprofundar o entendimento do conceito, Minayo (2007, p.28) amplia a definição adotada pelo INPEA e conceitua a violência contra a pessoa idosa como:

Ações ou omissões cometidas uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional das pessoas desse grupo etário e impedindo o desempenho de seu papel social. A violência acontece como uma quebra de expectativa positiva dos idosos em relação às pessoas e instituições que os cercam (filhos, cônjuge, parentes, cuidadores e sociedade em geral).

O Relatório Mundial da OMS sobre a Violência e Saúde, de 2002, propõe uma classificação em três categorias, a saber: violência autoinfligida, violência interpessoal e violência coletiva. A violência autoinfligida ou autoprovocada refere-se a condutas suicidas e autoabusos. A violência interpessoal, por sua vez, compreende a violência intrafamiliar e comunitária; a primeira ocorre entre membros da família e pessoas que possuem algum vínculo afetivo, e a segunda se manifesta, em geral, nos espaços públicos e entre pessoas sem

laços de parentesco – podendo estas se conhecerem ou não. Por fim, a violência coletiva compreende os atos causadores de danos, lesões e mortes que acontecem nos âmbitos macrosociais, políticos e econômicos, caracterizando a dominação de grupos ou do estado. No âmbito social, incluem-se os crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas e crimes contra multidões; no político estão as guerras e conflitos violentos, violência de estado e atos praticados por grandes grupos; e finalmente no âmbito econômico estão os ataques de grupos maiores que, motivados pelo lucro crescente, buscam interromper a atividade econômica, vedar o acesso aos serviços essenciais ou ainda causar a fragmentação da economia de um país ou região.

Em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, a OMS revela ainda outro tipo de violência, denominada “violência estrutural”. Essa violência se origina nas estruturas sociais, políticas e econômicas desiguais e injustas, resultando num quadro de miséria, de concentração de riqueza, de desemprego e na dificuldade de acesso aos equipamentos públicos de saúde, educação e cultura.

Entre os estudiosos brasileiros, Minayo (2004, p.15) aponta que a violência contra a pessoa idosa se manifesta de três formas: estrutural - que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação; interpessoal - refere-se às interações e relações cotidianas; e institucional - diz respeito à aplicação ou à omissão na gestão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência, maneira privilegiada de reprodução das relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo e de discriminação.

Ainda nesse contexto, Faleiros (2007, p.43) classifica a violência em três grandes dimensões: a violência sociopolítica, a violência institucional e a violência intrafamiliar. A seguir, apresenta-se cada uma dessas modalidades de violência:

a) violência sociopolítica - Diz respeito às relações sociais mais gerais que envolvem grupos e pessoas consideradas delinquentes comuns e as estruturas políticas e econômicas da desigualdade nas relações de exclusão, exploração e periferização de conglomerados humanos significativos. Encontra-se ligada às relações de poder e força, podendo atingir indivíduos em qualquer faixa etária, mas tem sua especificidade ao se aproveitar de situações de vulnerabilidade ou fragilização dos idosos para a prática de roubos, furtos, discriminação nos transportes e discriminação social.

b) violência institucional - É constituída de atos praticados nos abrigos e instituições prestadoras de serviços públicos ou privados em que não são respeitadas as ações

preconizadas pelo estatuto do idoso. Traduz-se de várias formas, como falta de acessibilidade, infantilização e hostilização, humilhação, negligência, desrespeito ao atendimento preferencial e à sua autonomia, entre outras.

c) violência intrafamiliar - É definida pelo autor como a “violência calada”; caracteriza-se por ações praticadas por filhos, netos, noras, cônjuges, irmãos, vizinhos ou conhecidos da vítima. Nesse tipo de violência se inserem as ocorrências de abuso físico, psicológico, financeiro e sexual, além da negligência e do abandono.

Finalmente, faz-se oportuno abordar as formas e naturezas dos atos de violências, destacando-se as que serão analisadas neste estudo. Serão consideradas aqui as categorias e tipologias para a definição das várias formas de violência contra a pessoa idosa descritas na cartilha produzida pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, intitulada “Violência contra Idosos - o Avesso de Respeito à Experiência e à Sabedoria” (MINAYO, 2004, p.15-6). São elas:

a) Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física - São expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.

b) Abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos - Correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.

c) Abuso sexual ou violência sexual - São termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterorrelacional envolvendo pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

d) Abandono - É uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares em relação à prestação de socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.

e) Negligência - Refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país. Manifesta-se, frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, atingindo em particular as pessoas que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.

f) Abuso financeiro e econômico - Consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou no uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.

g) Autonegligência - Diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma.

Ademais, é importante observar, ainda segundo Minayo (2004), que as categorias apresentadas foram estabelecidas internacionalmente para nomear as várias formas de violência mais praticadas contra a população idosa. Elas estão oficializadas no documento da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

2.3 AÇÕES EM DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS

Neste subcapítulo serão apresentadas algumas ações de enfrentamento à violência e maus-tratos contra a pessoa idosa, na perspectiva de dar a devida visibilidade a essa temática. A reflexão sobre essas ações pode ser determinante para otimizar a participação dos profissionais da saúde na luta contra a violência à pessoa idosa.

Para se realizar essa abordagem, é necessário conhecer a origem da discussão sobre esse tema. A questão da violência contra a pessoa idosa começou a ser debatida nos estudos científicos a partir da década de 70. Isso ocorreu, segundo os especialistas, com a publicação do artigo *Granny battered* (Espancamento de avós), na revista científica britânica *Modern Geriatrics* (BAKER, 1975).

Na década de 1980, segundo Faleiros (2007, p.22), várias conceituações sobre maus-tratos e negligência foram formuladas. Refletindo sobre os estudos acerca do tema, esse autor destaca a pesquisa epidemiológica conduzida por Pillemer e Finkellor (1988), realizada nos Estados Unidos, com o objetivo de estimar a prevalência de abusos contra idosos. Outra iniciativa significativa da época foi a criação, em 1989, de um periódico científico exclusivo para esse mote: o *Journal of Elder Abuse & Neglect*⁸ - Official Journal of the National Committee for the Prevention of Elder Abuse (NCPEA).

⁸ Cf.: INFORMA WORLD. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. Disponível em: <<http://www.informaworld.com/openurl?genre=journal&issn=0894-6566>>.

Durante a década de 90, em vários países do mundo, foram desenvolvidos diversos trabalhos e pesquisas sobre violência contra idosos. No entanto, faz-se necessário aqui o entendimento do fenômeno na realidade brasileira. No Brasil há uma quantidade expressiva de estudos e movimentos sobre o assunto. Sem demasia, cabe registrar que os estudos sobre violência contra a pessoa idosa realizados por Maria C. de S. Minayo, professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, trazem contribuições reconhecidas no enfrentamento da violência.

Suas obras oferecem um panorama atualizado sobre o impacto da violência na saúde pública e na saúde dos cidadãos. Buscam conceituar o tema em seus diferentes aspectos – filosóficos, teóricos, sociais e culturais –, promovem uma análise sobre a mortalidade e morbimortalidade por causas externas na população idosa brasileira e, ainda, consideram as diferentes formas de violência. Entre as obras dessa pesquisadora figuram “Violência e saúde” (2006), “Violência contra idosos - o avesso do respeito à experiência e à sabedoria” (2004), “Violência sob o Olhar da Saúde” (2003) e “Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências” (2007), entre outras.

Outro importante estudo sobre violência contra a pessoa idosa é a pesquisa realizada sob a coordenação do Professor Vicente de Paula Faleiros⁹. Trata-se de uma pesquisa pioneira sobre ocorrências e denúncias de violência contra a pessoa idosa nas 27 capitais brasileiras. Essa pesquisa faz parte da política do Governo Federal de combate e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, na perspectiva de garantia de direitos humanos. É uma das Ações Integrantes do Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (FALEIROS, 2007).

No que se refere às ações concretas para a proteção e o amparo às pessoas consideradas vítimas de maus-tratos no Brasil, é possível citar a Constituição Federal de 1988, na qual foi inserido o artigo 226, § 8º, que dispõe: “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.”

⁹ Possui graduação em Direito pela Faculdade de Direito de Franca (1966), graduação em Serviço Social pela Universidade de Ribeirão Preto (1966), doutorado pela Université de Montreal (1984) e pós-doutorado pela EHESS - Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais - Paris (1991) e Université de Montréal (1996). Atualmente é pesquisador associado da Universidade de Brasília e professor da Universidade Católica de Brasília. Tem experiência nas áreas de Políticas Públicas, Políticas Sociais e Serviço Social com ênfase nos seguintes temas: criança e adolescente, assistência social, saúde pública, previdência, regulação, teoria e metodologia do Serviço Social, velhice/ gerontologia e violência. O grupo de pesquisa do CNPq é Geracionalidade, Imaginário e Violência - GEVIM.

Pode-se destacar ainda a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde, instrumento orientador da atuação do setor público de saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. Essa Política tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violências mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas. Estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais. Minayo (2004, p.38), a esse respeito, emite a seguinte opinião: “O documento da Política Nacional [...] também prevê ações concretas do setor para a proteção e prevenção dos abusos contra os idosos no país.”

Uma das mais significativas ações em favor do idoso ocorreu no dia 1º de outubro de 2003, data em que o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso - Lei 10.741/2003. Além de ratificar os direitos demarcados pela Política Nacional do Idoso, tal Estatuto estabelece novos dispositivos de proteção e cria mecanismos para coibir a discriminação contra os idosos. Trouxe avanços consideráveis referentes à repressão e punição da violência cometida contra o idoso, sobretudo visando a protegê-lo em situação de vulnerabilidade social.

O Estatuto estabelece ainda punições aos crimes cometidos contra idosos, que vão de dois meses a um ano de detenção e multa em caso de maus-tratos; de um a quatro anos de reclusão se a infração resultar em lesão corporal grave; e de quatro a doze anos de reclusão em caso de morte. São considerados crimes os atos de discriminação, como impedir ou dificultar o acesso do idoso a operações bancárias ou aos meios de transporte, desdenhar, humilhar, menosprezar, abandonar o idoso em hospitais e entidades de longa permanência, apropriar ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, inclusive coagindo-o a assinar procuração, entre outros. Define o art. 4º do Estatuto que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”. Dispõe ainda que é “dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso”. Depois de sua promulgação, ações mais organizadas têm sido implementadas, com ênfase no combate à violência contra a pessoa idosa.

Uma importante conquista a ser mencionada, em particular para o município de São Paulo, conseguida graças à participação representativa dos idosos na luta pela efetivação de seus direitos, é o Projeto de Lei nº 189/02, elaborado em 2002 pelo deputado estadual Ítalo

Cardoso (PT), enquanto vereador do município. O Projeto, aprovado em 08 de setembro de 2003 pela prefeita Marta Suplicy e transformado em lei, determina que os agentes de saúde devem notificar o Conselho Municipal do Idoso de sua cidade sobre os casos de violência e maus-tratos contra idosos atendidos na rede municipal.

Nesse contexto, o profissional que observar vestígios de algum tipo de agressão nos pacientes idosos deverá incluir na notificação informações sobre: (1) a gravidade da lesão; (2) a idade do idoso e a do agressor e a relação existente entre os dois; (3) o distrito e horário em que ocorreu a violência; (4) o grau de alfabetização do idoso; (5) se era portador de alguma doença crônica ou degenerativa; e (6) outros dados sobre a condição social e de saúde do idoso. É importante salientar que a notificação deverá ser sigilosa, de acesso restrito ao denunciante, à família do idoso e às autoridades competentes.

Avanços consideráveis no sentido de inibir os maus-tratos praticados contra os idosos foram alcançados também com a criação de diversas entidades voltadas ao cuidado e à proteção dos direitos do idoso. Como exemplo, em nível internacional, é possível citar a iniciativa de especialistas da área de Gerontologia que, durante o XVI Congresso Mundial de Gerontologia, realizado em 1997, criaram a Rede Internacional de Prevenção da Violência contra Idosos (*The International Network for the Prevention of Elder Abuse* - INPEA). Essa organização foi fundada com o propósito de promover esforços, em nível mundial, no combate aos abusos e maus-tratos a idosos. Adicionalmente, em 2002, os países-membros da ONU assinaram, no Canadá, a Declaração de Toronto, documento que propõe estratégias e ações para a prevenção da violência contra a pessoa idosa.

No Brasil, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR) lançou, em dezembro de 2005, o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. O documento expressa as competências e ações dos Ministérios e a corresponsabilização dos estados e municípios no desenvolvimento de ações para o enfrentamento da violência contra idosos no território nacional.

Mais recentemente, foi apresentado o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Pessoa Idosa 2007/2010, agora envolvendo também os Ministérios do “Desenvolvimento Social e Combate à Fome”, “Ciência e Tecnologia” e “Educação e Saúde”. O Plano contém estratégias de ação para os próximos quatro anos de trabalho e contempla as demandas apresentadas na I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em 2006. Nesse aspecto, merece destaque a criação no Plano Plurianual 2008-2011 do Programa de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, que atuará, entre outras frentes, na

implementação e monitoramento do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa.

Outro exemplo de ação para enfrentar a violência contra idosos foi a criação, em junho de 2008, do Observatório Nacional da Pessoa Idosa¹⁰, uma das iniciativas da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, em parceria com o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz. Consiste em um dispositivo de observação, acompanhamento e análise das políticas e estratégias de ação de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Funciona como um espaço permanente e interativo de intercâmbio de informações entre as equipes dos Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPVI) e demais usuários. Atualmente, cerca de 16 Centros estão funcionando no país, desenvolvendo diversas atividades de atenção aos idosos em situação de violência. Esses Centros fazem parte de uma das estratégias previstas no Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (2007-2010), da Secretaria Especial de Direitos Humanos, por intermédio da Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.

É indiscutivelmente necessário destacar que o próprio idoso tem tido uma participação representativa na construção dessas ações. A I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em 2006, contou com a participação efetiva do contingente idoso, representado por 456 delegados oriundos de todos os Estados e DF, além de gestores públicos, membros do Ministério Público, de organizações da sociedade cível e especialistas no tema. Já na II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, realizada em 2009, estiveram presentes 508 delegados eleitos nas etapas estaduais e distrital, bem como 28 delegados natos, membros do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), além de convidados e observadores, totalizando 800 pessoas de todo o país.

Esses dois eventos contaram com debates acerca de temas relacionados ao enfrentamento da violência contra o idoso, atenção à saúde, previdência e assistência social, educação, cultura, esporte, lazer, entre outros. E foram coordenados pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, por representantes de entidades da sociedade civil e órgãos públicos que compõem o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso.

¹⁰ Ver mais em: BRASIL. Presidência da República. **Observatório Nacional do Idoso**. Disponível em: <<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br>>.

É importante mencionar ainda o INPEA¹¹ - *The International Network for the Prevention of Elder Abuse* (Rede Internacional de Prevenção da Violência contra Idosos), que, em parceria com a Organização das Nações Unidas, elegeu o dia 15 de Junho como o Dia Mundial de Conscientização da Violência à Pessoa Idosa (*World Elder Abuse Awareness Day*), visando a conscientizar e sensibilizar a sociedade civil quanto à necessidade do combate às diversas formas de violência praticadas contra a pessoa idosa. Essa data vem sendo comemorada desde o ano de 2006.

Como visto, diversas medidas vêm sendo tomadas no enfrentamento à violência e maus-tratos contra a pessoa idosa, incluindo um conjunto de normas legais que estabelece ao profissional da saúde a obrigatoriedade da notificação dos casos suspeitos ou confirmados.

2.4 NOTIFICAÇÃO - INSTRUMENTO NO COMBATE À VIOLÊNCIA E MAUS-TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA

A notificação significa um marco em relação ao combate da violência contra a pessoa idosa, na medida em que cria um instrumento legal capaz de contribuir para o dimensionamento epidemiológico do problema e, assim, criar mecanismos de proteção às vítimas. Oficialmente, essa proteção só tem início quando ocorre a notificação às autoridades competentes.

No Brasil já existem diversos dispositivos legais que determinam a responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência e maus-tratos contra a pessoa idosa. O arcabouço jurídico brasileiro tem buscado assegurar o cumprimento dessa determinação, por intermédio de algumas legislações. Destaca-se entre elas o Estatuto do Idoso, de 2003, no qual observam-se os seguintes artigos: Art. 19 - “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde”; e Art. 57 - “É infração administrativa: deixar o profissional de saúde, o responsável por estabelecimento de saúde e de instituição de longa permanência, de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento”.

¹¹ O INPEA foi fundado em 1997 e se dedica à disseminação global de informações como parte do seu compromisso com a prevenção da violência a idosos em todo o mundo. Reconhecendo as diferenças culturais, educacionais e de estilo de vida das diferentes populações no mundo, o INPEA busca capacitar a sociedade, por meio da colaboração internacional, a reconhecer e responder aos maus-tratos a idosos em qualquer situação que ocorram, para que os últimos anos de vida das pessoas sejam livres de maus-tratos, negligência e exploração. (SMS, 2007, p.24)

Passando-se ao nível municipal, encontra-se a Lei do Município de São Paulo nº.13.642 de 2003, regulamentada pelo Decreto nº.44.330 de 2004, que dispõe sobre a notificação dos casos de violência contra idosos. Ainda no âmbito municipal, outro instrumento legal importante é a Lei nº.13.671 de 2003, regulamentada pelo Decreto 48.421 de 2007, que cria o Programa de Informações sobre Vítimas de Violência no Município de São Paulo.

Por sua vez, a Portaria 1.328 de 2007, da Secretaria Municipal de Saúde, implanta o Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes - SIVVA¹²¹¹ no Município de São Paulo. Essa Portaria estabelece, no seu Parágrafo 1º, que:

A notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência ou acidente, detectados por profissionais de saúde será feita na “Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violências e Acidentes”, com modelo único, para ser utilizada pelos serviços hospitalares, urgência e emergência, ambulatorial da rede pública e privada e demais serviços de saúde do SUS do município de São Paulo.

E, no seu Art. 2º, dispõe que o preenchimento da referida Ficha de Notificação é obrigatório e de responsabilidade dos profissionais de saúde desses serviços.

Portanto, a notificação realizada por esse sistema, o SIVVA, constitui um instrumento fundamental para avaliar e monitorar o impacto da violência nos serviços de saúde, assim como para fornecer subsídios à formulação de políticas públicas e de recursos assistenciais que atendam às necessidades da população. É importante também no combate à violência, que tem como prioridade conhecer o perfil epidemiológico de morbimortalidade de violências e acidentes da demanda atendida pelos serviços de saúde.

Apesar de todas essas determinações legais, persiste, no Brasil, a subnotificação de maus-tratos e de violência contra a pessoa idosa. Conforme afirma Minayo (2008, p.50): “Pesquisadores chegam a estimar que 70% das lesões e traumas sofridos pelos idosos não aparecem nas estatísticas. No Brasil, há cerca de 93.000 idosos que se internam por ano por quedas (53%), violências e agressões (27%) e acidentes de trânsito (20%).” Para agravar o problema, muitos dos casos notificados não recebem a devida atenção, nem são adequadamente investigados pelos órgãos competentes. Essa dificuldade no processo de

¹² Ver mais em: SÃO PAULO (MUNICÍPIO). Secretaria Municipal da Saúde. **Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes - SIVVA**. Manual de Preenchimento - Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados. Disponível em: <www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/vigilancia_saude/dant/0009/Manual_preenchimento_SIVVA_simplificado_ago07.doc>.

notificação pode ser observada frequentemente nas unidades de saúde, sendo objeto de discussões na rotina dos profissionais da área.

Esse assunto, extremamente polêmico e complexo, também provoca discussões entre os profissionais do HSPM. Nos últimos anos, pôde-se observar que boa parte dos profissionais sente-se incomodada em atender os casos de idosos com suspeita de terem sido vítimas de maus-tratos. Tais profissionais mostram-se inseguros em notificar aos órgãos responsáveis esse tipo de ocorrência. Em geral, temem as eventuais repercussões e consequências das notificações, como, por exemplo, ter de depor juridicamente.

Pode-se perceber ainda a presença de algumas dificuldades técnicas específicas no processo de notificação. Além das dificuldades dos profissionais em reconhecer esses casos, devido às limitações diversas dos pacientes idosos, muitos familiares tentam impedir a notificação, negando informações que fundamentem as suspeitas.

Apesar desse cenário, a equipe interdisciplinar da Clínica Geronto-Geriátrica do HSPM tem reconhecido a necessidade da notificação e, assim, enfrentado essas dificuldades. Para tanto, a equipe se prende às orientações das legislações e às especificidades de cada caso.

Entretanto, alguns aspectos precisam ser considerados no processo de notificação. O atendimento destinado a essas vítimas requer uma abordagem interdisciplinar e a intervenção deve ser sempre precedida de uma avaliação social do caso. Essa avaliação contempla um conjunto de informações sobre a história de vida, composição e renda familiar, condição de moradia, dinâmica familiar e as possibilidades da rede social desse idoso vítima de maus-tratos. É fundamental nessa etapa garantir que os interessados recebam as orientações pertinentes ao processo de notificação e os esclarecimentos referentes aos direitos e garantias legais assegurados a essa vítima.

Outro aspecto a ser destacado é que a notificação deve ser sigilosa, de acesso restrito ao denunciante, à família do idoso e às autoridades competentes. Constata-se, entretanto, no cotidiano hospitalar, a ocorrência de julgamentos a partir das primeiras impressões do caso. Tais apreciações prematuras podem levar o profissional a cometer erros de avaliação e, portanto, desencadear sérias consequências às pessoas envolvidas. O desafio é não deixar que a crescente demanda, a falta de recursos e a premência da proteção dos idosos em situação de vulnerabilidade social comprometam a qualidade do atendimento prestado.

O último aspecto relevante no processo de notificação é a elaboração de relatório médico e social dos casos de idosos com suspeita de terem sido vítimas de maus-tratos. No HSPM esses relatórios são encaminhados, por meio do gabinete da Superintendência do hospital, ao Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI) do Ministério Público

do Estado. Os relatórios devem conter as seguintes informações: os dados socioeconômicos do paciente; os dados do atendimento, como a causa da internação, o tempo de permanência, o diagnóstico e a capacidade funcional do idoso; situações que levaram à suspeita de maus-tratos; evolução do caso (alta, transferência, óbito e outros); os dados sobre o agressor (suspeito) e a relação existente com a vítima; e outras informações relevantes sobre a condição social e de saúde do idoso vítima de suspeita de maus-tratos.

Todavia, impende ressaltar que, apesar de todas as determinações legais, ainda é difícil o cumprimento da notificação nas instituições de saúde. Tem-se notado que não são raros os casos em que se torna impraticável a efetivação da notificação, por diversas razões. Entre elas, pode-se notar a dificuldade dos profissionais em identificar esses casos no cotidiano de sua atuação, a falta de recursos e serviços de amparo ao idoso vítima de maus-tratos e as razões já destacadas na introdução deste trabalho. Ademais, é preciso registrar que grande parte dos casos de maus-tratos contra idosos permanece restrita ao círculo familiar e nas formas de negligência social; em geral, somente os mais graves chegam ao conhecimento das autoridades competentes.

CAPÍTULO III - ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo utiliza abordagem qualitativa e emprega alguns recursos da abordagem quantitativa. Ao longo de todo o processo de pesquisa, são seguidos os pressupostos que orientam uma pesquisa qualitativa, sem, contudo, desconsiderar os critérios quantitativos, especialmente na coleta de dados e no tratamento estatístico.

O uso do método qualitativo se mostrou indispensável, visto que este estudo objetiva não só descrever o perfil dos sujeitos, mas também conhecer a singularidade de cada caso diante do fenômeno da violência. É possível ressaltar alguns pontos importantes acerca do tipo de método escolhido para este trabalho, destacando-se entre eles aqueles que corroboram os conceitos preceituados por Turato (2003) no que tange às características dos métodos qualitativos: os sujeitos da pesquisa foram propositalmente selecionados, a escolha dos instrumentos de coleta de dados foi intencional e, para a análise e interpretação dos dados, foi essencial a experiência pessoal da pesquisadora em relação à realidade estudada.

A escolha da abordagem quanti-qualitativa se mostrou mais adequada ao desenvolvimento deste trabalho, pois permite extrair o máximo de informações sobre a realidade pesquisada, promovendo, possivelmente, conclusões mais abrangentes. Para Minayo (1994, p.22): “O conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem um ao outro, ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.”

O estudo proposto baseia-se em casos ocorridos no Hospital do Servidor Público Municipal - HSPM nos anos de 2006, 2007 e 2008, sendo que para o levantamento de dados utiliza-se a técnica de pesquisa documental, mediante a revisão de prontuários médicos e de fichas de estudo social (Anexo B) dos pacientes idosos com suspeita de terem sido vítimas de maus-tratos. Tanto os prontuários como as fichas sociais são documentos originais e de uso restrito do HSPM. As fichas sociais dos idosos atendidos nas unidades de internação do HSPM, até a presente data, não receberam tratamento analítico por nenhum pesquisador. A literatura científica é plena de autores que afirmam que a pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam nenhum tratamento analítico, sendo tais materiais matérias-primas que podem ser reelaboradas de acordo com a problemática da pesquisa (GIL, 1999; MARCONI, LAKATOS, 2007; SEVERINO, 2007).

As fichas de atendimento social analisadas foram desenvolvidas por profissionais do Serviço Social do HSPM. São utilizadas no hospital como instrumental técnico e possibilitam, mediante entrevistas semiestruturadas, um conhecimento do quadro social em que a pessoa idosa está inserida, identificando os fatores socioeconômicos e culturais que possam influenciar negativamente o seu estado de saúde. Vale lembrar que a entrevista não se resume a uma tarefa simples de coleta de dados; é considerada uma técnica fundamental para a recuperação das representações sociais nas quais o indivíduo está inserido.

Nesse sentido, na visão de Minayo (1996, p.109):

O que faz da entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações, na área de ciências sociais, é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Para finalizar o delineamento do estudo realizado, faz-se oportuno reproduzir o quadro elaborado por Turato (2003, p.156-7) sobre as principais diferenças entre as características dos métodos quantitativo e qualitativo de pesquisa, cujos dados foram essenciais para o planejamento desta pesquisa.

Quadro 2 - Principais diferenças entre as características dos métodos quantitativo e qualitativo de pesquisa.

Níveis conceituais nas metodologias	Método quantitativo/experimental	Método qualitativo/compreensivo
Paradigma	Positivismo	Fenomenologia
Grande área de estudo	Ciências na Natureza	Ciências do Homem
Atitude científica	Busca da compreensão das coisas	Busca da compreensão do Homem
Objeto de estudo	Fatos naturais descritos	Fenômenos humanos apreendidos
Autores de referência na filosofia e na ciência	Galileu, Descartes, Comte, Claude Bernard, Pavlov, Dukheim	Dilthey, Freud, Malinowski, Mead, Lévi-Strauss Balint

CONTINUAÇÃO

Disciplinas principais	Física, Química, Ciências Médicas, Psicologia Comportamental, Sociologia Positivista	Psicanálise, Antropologia, Sociologia Compreensiva, Psicologia Compreensiva
Objetivos de pesquisa	Descrição e estabelecimento de correlações matemáticas (estatísticas) e causais entre fatos	Apreensão e interpretação da relação de significações de fenômenos para indivíduos e sociedade
Desenho do projeto	Recursos preestabelecidos	Recursos abertos flexíveis
Andamento do projeto	Procedimentos prefixados	Utilização evolutiva de recursos
Força do método	Atribuída ao rigor da reprodutibilidade dos resultados	Atribuída ao rigor da validade dos dados/ achados
Abordagens específicas	Experimentos e <i>surveys</i>	Pesquisador como instrumento
Instrumentos de pesquisa	Observação dirigida, questionários fechados, escalas, classificações nosográficas, exames laboratoriais, dados aleatórios de prontuários, psicodiagnóstico	Pesquisador com seus sentidos: observação livre, entrevistas semidirigidas; recursos complementares: coleta intencional em prontuários e testes psicológicos eventuais
Amostra/ grupo para estudo	Aleatória: estatisticamente representativa de uma população	Proposital: sujeitos individualmente eleitos; tamanho pequeno
Tratamento/ análise dos dados	Técnicas estatísticas, habitualmente feitas por especialistas	Análise de conteúdo por relevância teórica e repetição
Apresentação dos resultados	Em linguagem matemática (tabelas e quadros, habitualmente em separado no relatório científico)	Tópicos redigidos, com observações do campo e citações literais
Discussão dos resultados e conclusões	Confirmação ou refutação das hipóteses previamente definidas	Interpretação simultânea à apresentação de hipóteses iniciais num crescendo
Generalização pretendida	Generalização matemática dos resultados e conclusões para populações de mesmas variáveis	Conceitos e pressupostos revistos para confrontação pelo leitor-consumidor em outros <i>settings</i>

Fonte: TURANO, 2003, p.156.

3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Como critério para a inclusão de indivíduos na amostragem do estudo foram considerados os pacientes idosos atendidos nas unidades de internação do Hospital do Servidor Público Municipal - HSPM de São Paulo no período compreendido entre janeiro de 2006 e dezembro de 2008. Adicionalmente, entre esses pacientes foram selecionados somente aqueles cujos casos constituíram notificação ao Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI) do Ministério Público do Estado. Foram cadastrados quarenta e oito (48) idosos, sendo trinta (30) do sexo feminino e dezoito (18) do sexo masculino.

O referido Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI) foi criado em 1997, pelo Ministério Público do Estado São Paulo, sendo a primeira Promotoria de Atendimento ao Idoso no país. Esse grupo é formado por Promotores de Justiça das Promotorias de Justiça Criminais e da Promotoria de Justiça da Cidadania da Comarca da Capital. O grupo atende denúncias de suspeita ou confirmação de maus-tratos de qualquer tipo.

Faz-se necessário destacar que os idosos que constituem a amostragem não são somente aqueles usuários da enfermaria de geriatria do HSPM, mas também outros que foram atendidos na enfermaria do Pronto-Socorro e nas diversas enfermarias de adultos do HSPM. Sendo assim, a amostragem é formada por idosos, com idade acima de 60 anos, que, devido a suspeita de maus-tratos, foram atendidos nas diversas enfermarias do HSPM. A idade de sessenta (60) anos está sendo considerada como um limite mínimo, correspondendo ao chamado “ponto de corte”, comumente adotado em estudos epidemiológicos. Esse critério baseia-se na legislação brasileira – Constituição Federal, Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso –, que prevê como “idoso” o indivíduo com idade superior a sessenta (60) anos.

Além disso, é importante salientar que a seleção da amostra não foi aleatória, nem se preocupou tão-somente com a sua representatividade em relação à população idosa atendida no HSPM. Foi realizada de maneira proposital e considerando a finalidade e contribuição que a conclusão desta pesquisa poderá oferecer aos profissionais de saúde do HSPM.

A análise da pesquisa foi fundamentada nos conceitos de Turato (2003, p.156-7) sobre as principais diferenças entre as características dos métodos quantitativo e qualitativo de pesquisa, apresentados em sua obra “Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa”.

3.3 COLETA DOS DADOS

3.3.1 Instrumento para Coleta de Dados

O instrumento informativo e documental utilizado neste estudo é composto por dois conjuntos de dados que foram extraídos das fichas de estudo social (cujo modelo é mostrado no anexo B desta dissertação) e dos prontuários médicos dos pacientes selecionados para a pesquisa. As fichas de estudo social foram preenchidas por um profissional do Serviço Social do HSPM, com base nas respostas fornecidas pelos idosos. Porém, em alguns casos, esse procedimento não foi realizado devido a limitações diversas dos idosos, como em casos de demência. Nessas situações, familiares, amigos, vizinhos e/ou cuidadores dos idosos foram os responsáveis pelas informações contidas nas fichas. Esse tipo de ocorrência não é desejável em pesquisas ou estudos que envolvem maus-tratos a idosos, pois nem sempre as informações coletadas comungam com a realidade.

No que se refere ao prontuário médico, cabe notar que é composto de informações importantes a respeito da evolução clínica do paciente. O Conselho Federal de Medicina define o prontuário médico como:

Um documento único constituído de um conjunto de informações, sinais de imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (Conselho Federal de Medicina, Resolução nº 1638/02)

A opção pela coleta de dados mediante a utilização das fichas de estudo social é sustentada por ser um instrumento que possui um roteiro abrangente e questões que permitem a abordagem condizente com os objetivos e pressupostos da pesquisa. Com base nas informações contidas nessas fichas, foram colhidas as variáveis sociodemográficas. Adicionam-se aqui o levantamento das situações que levaram à suspeita de maus-tratos, as dificuldades para confirmar a ocorrência de maus-tratos, os tipos de suspeita de violência, os fatores de risco, a evolução dos casos e os encaminhamentos dados às ocorrências.

Mediante a revisão dos prontuários médicos, foram coletados os dados referentes ao tempo de hospitalização, bem como a principal causa de internação, o diagnóstico clínico e o grau de dependência.

As formas de maus-tratos ou violência consideradas neste estudo foram estabelecidas conforme classificação internacional e conceituação oficializada no documento Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). São elas: violência física, psicológica, sexual, abandono, negligência, abuso financeiro e econômico e autonegligência. É importante salientar que cada idoso pode ter sido vítima de mais de um tipo de suspeita de violência. Entretanto, somente será considerada a violência que o levou à ocorrência de internação.

No decorrer desta pesquisa, adotam-se os termos maus-tratos e violência. Isso porque ambos os termos são denominações já consagradas nas legislações. Privilegiam-se as disposições constantes da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 226, § 8º – “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações” –, do Estatuto do Idoso, em seu artigo 19 – “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde [...]” –, e ainda a definição de maus-tratos proposta pela Rede Internacional de Prevenção Contra Maus-Tratos em Idosos – “[...] uma ação única ou repetida, ou ainda ausência de uma ação devida, que causa sofrimento ou angústia, e que ocorre em uma relação em que haja expectativa de confiança”. (INPEA, 1998; OMS, 2001 apud MACHADO, QUEIROZ, 2006, p.1152)

3.3.2 Procedimento para Coleta de Dados

Os dados foram obtidos a partir da análise dos quarenta e oito (48) prontuários dos pacientes e das fichas de estudo social, objetos de consulta desta pesquisa. A coleta de dados foi organizada em três etapas sequenciais. Na primeira, fez-se o levantamento das variáveis sociodemográficas: sexo, idade (utilizada como variável contínua e ordenada em sete faixas etárias), estado civil, grau de instrução, ocupação, fonte de renda e receita mensal (em salários mínimos nacionais à época do estudo), se é responsável economicamente pelo domicílio, se é beneficiário do HSPM, número de filhos vivos, com quem reside, tipo de moradia, se tem cuidador e de que tipo, situação ocupacional do cuidador, se conta com ajuda, lugar de procedência e quem foi entrevistado.

Na segunda etapa, foram analisados os dados provenientes dos prontuários referentes às internações, tais como: principal causa de internação, o diagnóstico clínico, o grau de

dependência para as AVDs¹³ e o tempo de internação hospitalar. Já a terceira e última etapa consistiu no levantamento: das situações que levaram à suspeita de maus-tratos, das dificuldades encontradas para a confirmação da ocorrência de maus-tratos, das providências da equipe interprofissional frente à suspeita de maus-tratos, dos tipos de suspeita de violência, dos fatores de risco e dos encaminhamentos dados a esses casos.

As hipóteses diagnósticas e os graus de dependência foram agrupados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10), ambos registrados no Relatório Médico encaminhado ao Ministério Público/ Promotoria do Idoso. Essa tarefa teve a colaboração de um médico, ou seja, do profissional mais qualificado para avaliar tanto a hipótese diagnóstica como o grau de dependência.

3.3.3 Análise dos dados

O segundo momento da pesquisa, após a coleta de dados, consistiu na organização e classificação das informações obtidas, mediante a elaboração de um banco de dados. Foi necessário “trabalhar os dados para transformá-los em informações, para compará-los com outros resultados, ou ainda para julgar sua adequação a alguma teoria” (BUSSAB, MORETTIN, 2003, p.1). Recursos estatísticos e de informática auxiliaram nessa tarefa, possibilitando verificar a correlação dos dados levantados. Os resultados obtidos foram ordenados em tabelas e gráficos.

Nas análises foram utilizadas tabelas de distribuição de frequências que resumem as informações contidas nos dados, ordenando seus valores e agrupando-os em classes de valores repetidos. Tabela de frequência, segundo Bussab e Morettin (2003), é uma medida que considera a proporção de cada realização em relação ao total. É a contagem de uma determinada característica presente na unidade amostral conhecida como frequência. Já para o estudo da associação entre as variáveis, foram utilizadas as tabelas de contingência. Ainda segundo Bussab e Morettin (2003), as tabelas de contingência podem ser obtidas com as frequências de ocorrência dos cruzamentos de variáveis.

¹³ As atividades de vida diária (AVDs) consistem nas tarefas ou ações básicas do cotidiano. As AVDs se baseiam no índice de Katz, instrumento construído em 1963 por Sidney Katz e colaboradores, para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso. Foi estabelecida uma lista de seis itens que são hierarquicamente relacionados e começa pelas atividades mais complexas, como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se. (Katz, 1963)

Incluiu-se neste trabalho um quadro que resume as variáveis determinantes à elaboração do estudo. Esse quadro foi elaborado após a leitura de uma série de trabalhos pertinentes à área, incluindo a tese de doutorado de Zagabria (2007). O quadro com os 48 casos foi incluído também como uma ferramenta complementar de visualização e de análise de resultados (Apêndice A).

Apresenta-se ainda o relato de dois casos de idosos atendidos no HSPM com suspeita de terem sido vítimas de maus-tratos (Apêndice B). Foi a partir de um desses casos que o debate acerca do tema teve início entre os profissionais da equipe interdisciplinar do Serviço de Geriatria e Gerontologia do HSPM. Além da promoção do debate no HSPM, houve reconhecimento por parte da equipe acerca da identificação de casos de maus-tratos e dos determinantes legais que estabelecem a obrigatoriedade da notificação.

Uma pesquisa bibliográfica sistemática foi desenvolvida paralelamente à aquisição e organização dos dados, no sentido de obter as correlações para um melhor entendimento das alterações históricas associadas a essa realidade social.

3.4 QUESTÕES DE ÉTICA

Todas as exigências do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital do Servidor Público Municipal - HSPM e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP foram cumpridas, de acordo com a resolução nº.196 do Comitê Nacional de Ensino e Pesquisa - CONEP (Anexo 1).

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação de alguns elementos sobre o perfil dos pacientes idosos atendidos no HSPM com suspeita de terem sido vítimas de maus-tratos objetiva situar os profissionais desse serviço na identificação de sinais de suspeita de maus-tratos contra esse segmento. E ainda estimular reflexões e discussões sobre o tema, na busca de alternativas de ação que facilitem o processo de notificação aos órgãos competentes.

Os aspectos estudados referem-se à incidência da ocorrência de suspeita de maus-tratos segundo as variáveis que estão dispostas nas tabelas apresentadas a seguir. O critério para a escolha das variáveis apresentadas deveu-se ao fato de estas serem frequentes na literatura e possibilitarem o surgimento de dados comprobatórios de algumas condições.

A coleta de dados foi organizada em três etapas sequenciais. Na primeira foi feito o levantamento das variáveis sociodemográficas. A segunda etapa contém dados provenientes dos prontuários referentes à internação. A terceira e última etapa consistiu no levantamento das situações que levaram à suspeita de maus-tratos.

Dos 48 pacientes da amostra, 31 (64,58%) não eram beneficiários do HSPM, como mostrado na Tabela 1. Houve prevalência do gênero feminino, 62,50%; sendo a maior ocorrência na faixa etária de 80 a 89 anos. Quando os homens são avaliados, a faixa de 70 a 79 anos apresenta a maior incidência de pacientes (Tabela 2).

Tabela 1 - Idosos beneficiários e não beneficiários do HSPM

Beneficiário do HSPM	Contagem	Porcentagem (%)
Não	31	64,58
Sim	17	35,42
Total	48	

Tabela 2 - Idade segundo Sexo

Faixa Etária	Sexo		Total	Porcentagem (%)
	Feminino	Masculino		
60 – 64	2	1	3	6,25
65 – 69	4	3	7	14,58
70 – 74	3	5	8	16,67
75 – 79	4	5	9	18,75
80 – 84	6	3	9	18,75
85 – 89	6	1	7	14,58
90 ou mais	5	0	5	10,42
Total	30	18	48	

Quanto ao estado civil, como indicado na Tabela 3, a maioria declarou ser solteira (tanto homens como mulheres), mas vale ressaltar que 35,42% da amostra era composta de viúvos(as), dos quais mais de 80% eram do sexo feminino.

Tabela 3 - Estado Civil segundo Sexo

Estado Civil	Sexo		Total	Porcentagem (%)
	Feminino	Masculino		
Casado	5	3	8	16,67
Separado	0	1	1	2,08
Solteiro	9	9	18	37,50
União Estável	0	1	1	2,08
Viúvo	14	3	17	35,42
Não informado	2	1	3	6,25
Total	30	18	48	

As Tabelas 4 e 5 exibem o grau de instrução e a ocupação dos idosos pesquisados. Analisando a escolaridade é possível encontrar apenas dois casos de analfabetismo e um com superior completo. A escolaridade foi baixa com a maioria, tendo estudado apenas até o curso primário, sendo que 22,92% concluíram o ciclo e 37,50% nem sequer o completaram. A

variável “ocupação” revela a maioria de aposentados, 60,42%, além de 27,08% que eram do lar.

Tabela 4 - Grau de Instrução

Grau de Instrução	Contagem	Porcentagem (%)
Analfabeto	2	4,17
Primário incompleto	18	37,50
Primário completo	11	22,92
Ginásio incompleto	2	4,17
Ginásio completo	3	6,25
Colegial completo	5	10,42
Superior completo	1	2,08
Não informado	6	12,50
Total	48	

Tabela 5 - Ocupação

Ocupação	Contagem	Porcentagem (%)
Aposentado	29	60,42
Desempregado	4	8,33
Do Lar	13	27,08
Não informado	2	4,17
Total	48	

A Tabela 6 descreve o rendimento mensal segundo os intervalos de classe, cuja média de renda foi de 1,04 salários mínimos e o desvio padrão de 1,21. Para 85,42% dos casos avaliados, a renda é decorrente de aposentadoria ou pensão. Os números indicam ainda que mais de dois terços dos pacientes (70,83%) ganham até dois salários mínimos por mês. Apesar da baixa renda, são ainda os responsáveis majoritários pelas despesas de sua família e pelo suprimento de suas necessidades, como é mostrado na Tabela 7.

Tabela 6 - Fonte de Renda segundo o Valor Mensal

Fonte da Renda	Rendimento Mensal					Total	(%)
	Até 1 SM	De 1 a 2 SM	De 2 a 5 SM	Mais de 5 SM	Não Informado		
Aposentadoria	12	8	3	1	5	29	60,42
Apos. cônjuge	2	0	0	0	0	2	4,17
BPC	2	0	0	0	0	2	4,17
Pensão	3	4	1	0	2	10	20,83
Sem rendimentos	3	0	0	0	0	3	6,25
Não informado	0	0	0	0	2	3	6,25
Total	22	12	4	1	9	48	

Tabela 7 - Responsabilidade Econômica pelo Domicílio

É responsável	Contagem	Porcentagem (%)
Sim	26	54,17
Não	18	37,50
Institucionalizado	1	2,08
Não informado	3	6,25
Total	48	

Dos idosos estudados, 50,00% não têm filhos vivos e 27,08% têm apenas um filho (Tabela 8), dados que apresentam consonância com os resultados da Tabela 9, a qual indica que 31,25% moram sozinhos. Quando contabilizados os idosos que moram com cônjuge, filhos, parentes e amigos, isto é, que não vivem sozinhos, a soma se torna expressiva – 56,25% dos casos.

Tabela 8 - Número de Filhos Vivos

Filhos Vivos	Contagem	Porcentagem (%)
Nenhum	24	50,00
Um	13	27,08
Dois	2	4,17
Três ou mais	5	10,42
Não informado	4	8,33
Total	48	

Tabela 9 - Com quem reside o Idoso

Com quem reside	Contagem	Porcentagem (%)
Sozinho	15	31,25
Amigos	2	4,17
Cônjuge	6	12,50
Cônjuge e filhos	3	6,25
Filhos	8	16,67
Parentes	8	16,67
Outros	5	10,42
Não informado	1	2,08
Total	48	

A Tabela 10 revela que metade da amostra reside em casa própria (50,00%), 27,09% em imóvel alugado ou cedido, 16,67% em pensão ou albergue e apenas 2,08% em Instituição de Longa Permanência.

Tabela 10 - Tipo de Moradia

Tipo de Moradia	Contagem	Porcentagem (%)
Própria	24	50,00
Alugada	5	10,42
Cedida	8	16,67
Pensão	5	10,42
ILP	1	2,08
Albergue	3	6,25
Não informado	2	4,17
Total	48	

A Tabela 11, por sua vez, mostra que 60,42% dos idosos têm cuidador de algum tipo. Os cuidadores informais representam a maior porcentagem (56,25%) e, conforme se verifica na Tabela 12, na maioria dos casos a função é exercida por algum filho (18,75%) ou pelo cônjuge (16,67%). O cuidador é aposentado em 20,83% dos casos pesquisados, mas ainda há aqueles que são do lar, 12,50%, ou trabalhadores (formais ou informais), 20,83% dos casos – Tabela 13.

Tabela 11 - Tipo de Cuidador

Cuidador	Contagem	Porcentagem (%)
Formal ¹	2	4,17
Informal ²	27	56,25
Nenhum	19	39,58
Total	48	

1. Cuidador Formal: aqueles que têm uma formação específica para os cuidados que prestam, sendo remunerados para tanto.

2. Cuidador Informal: aqueles que passam a cuidar e aprendem, na prática (tentativa e erro), a melhor forma de auxiliar o paciente, não sendo remunerado para isso. (GARRIDO, TAMAI, 2006, p.142)

Tabela 12 - Vínculo do Cuidador com o Idoso

Vínculo	Contagem	Porcentagem (%)
Cônjuge	8	16,67
Filho	9	18,75
Outros parentes	7	14,58
Amigo	3	6,25
Contratado	2	4,17
Sem cuidador	19	39,58
Total	48	

Tabela 13 - Situação Ocupacional do Cuidador

Situação	Contagem	Porcentagem (%)
Aposentado	10	20,83
Desempregado	3	6,25
Do lar	6	12,50
Trabalhador Informal ¹	4	8,33
Trabalhador Formal ²	6	12,50
Sem Cuidador	19	39,58
Total	48	

1. Trabalhador Formal: aquele em que são aplicadas todas as leis trabalhistas.

2. Trabalhador Informal: caracteriza-se pela ausência das relações contratuais.

Observa-se na Tabela 14 que grande parte dos idosos, 52,08%, não recebe nenhum tipo de ajuda; porém, entre os que recebem, a ajuda costuma ser de serviço dos familiares (16,67%) ou amigos (10,42%).

Tabela 14 - Colaborador pelo tipo de ajuda

De quem recebe ajuda	Tipo de Ajuda			Total	Porcent. (%)
	Nenhuma	Espécie ¹	Serviço ²		
Familiares	0	3	8	11	22,92
Vizinhos	0	0	2	2	4,17
Comunidade	0	0	1	1	2,08
Amigos	0	1	5	6	12,50
Inquilino	0	0	1	1	2,08
ILP	0	0	1	1	2,08
Serviços Públicos	0	0	1	1	2,08
Ninguém	25	0	0	25	52,08
Total	25	4	19	48	

1. Espécie: imóvel cedido, cesta básica, entre outros.

2. Serviço: ajuda nos cuidados de rotina, no preparo da alimentação, na higiene da casa, nas compras, na administração dos pagamentos mensais.

Quanto ao local em que os idosos se encontravam quando da ocorrência que levou à internação no HSPM – variável “lugar de procedência” –, a Tabela 15 demonstra que 70,83% dos idosos estavam em seu domicílio, 25,00% estavam na rua, em pensão ou em outros serviços públicos e foram encaminhados pelo SAMU ao hospital e apenas 4,16% estavam na casa de parentes ou amigos.

Tabela 15 - Lugar de Procedência

Lugar de Procedência	Contagem	Porcentagem (%)
Domicílio	34	70,83
Casa de parentes	1	2,08
Casa de amigos	1	2,08
Serviços públicos	6	12,50
Pensão	3	6,25
Rua	3	6,25
Total	48	

As causas de internação, como se pode observar na Tabela 16, foram as mais diversas, sendo a broncopneumonia a mais frequente, aparecendo em 18,75% dos casos, seguida por “queda e fratura”, em 14,58% dos casos, e confusão mental e agitação, em 12,50%. Observa-se frequência semelhante, 10,42% das causas, nos diagnósticos de Acidente Vascular cerebral isquêmico e infecção do trato urinário.

Tabela 16 - Causa de Internação

Causa	Contagem	Porcentagem (%)
Úlcera por pressão	4	8,33
Broncopneumonia	9	18,75
Desidratação	3	6,25
Acidente vascular cerebral isquêmico	5	10,42
Queda, fratura	7	14,58
Confusão mental e agitação	6	12,50
Infecção do trato urinário	5	10,42
Outros	9	18,75
Total	48	

Observa-se na Tabela 17 que síndrome demencial¹⁴ constitui o diagnóstico mais frequente entre os idosos pesquisados, aparecendo em dois terços da amostra. Diagnóstico que favorece a dependência do idoso, como mostra a Tabela 18, a qual indica que apenas um idoso não apresentou um quadro de dependência. Esses indicativos parecem estar associados à variável da Tabela 19, já que em 47,92% dos casos a entrevista foi respondida por algum familiar, e somente em 12,50%, pelo próprio idoso.

¹⁴ Demência é uma síndrome clínica caracterizada por declínio cognitivo, com caráter permanente e progressivo ou transitório, causada por múltiplas etiologias, acarretando repercussões sociais e ocupacionais ao paciente. A demência geralmente se manifesta por déficit de memória e de outras funções cognitivas, como linguagem, orientação parcial ou temporal, julgamento e pensamento abstrato (PAPALÉO, KLEIN, 2007, p.326)

Tabela 17 - Diagnóstico Clínico

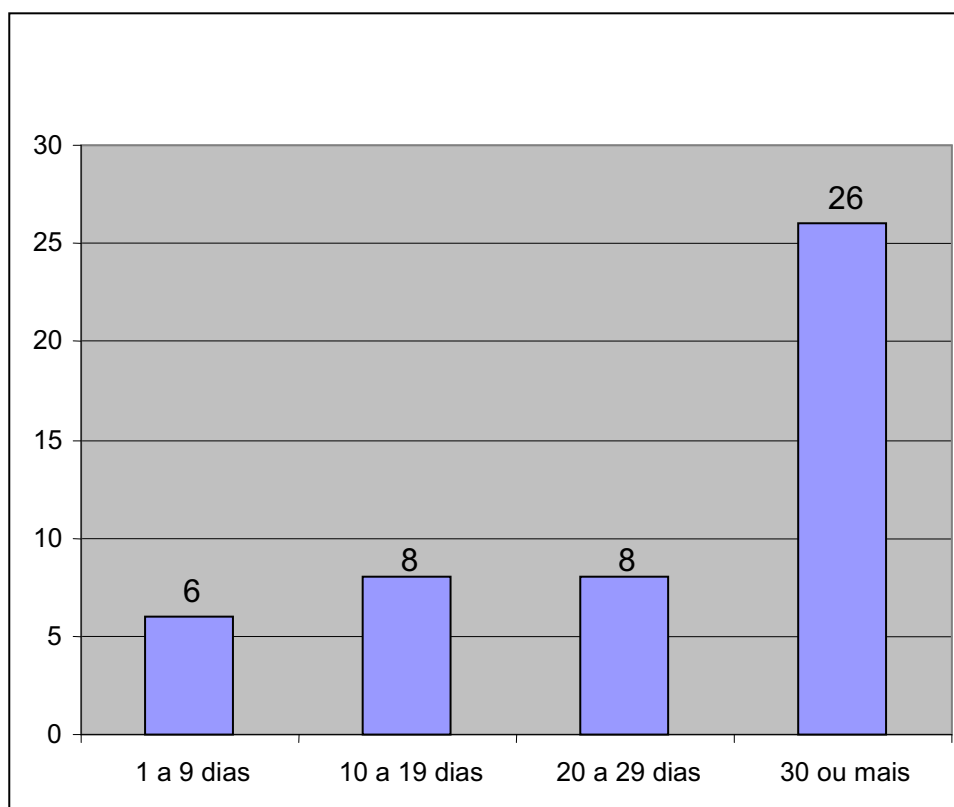
Diagnóstico	Contagem	Porcentagem (%)
Distúrbio psiquiátrico	5	10,42
Síndrome Demencial	32	66,67
HIV	1	2,08
Depressão	2	4,17
Insuficiência renal	2	4,17
Outros	6	12,50
Total	48	

Tabela 18 - Grau de Dependência para as AVDs

Dependência	Contagem	Porcentagem (%)
Independente	1	2,08
Dependência Parcial	14	29,17
Dependência Total	33	68,75
Total	48	

Tabela 19 - Quem foi entrevistado

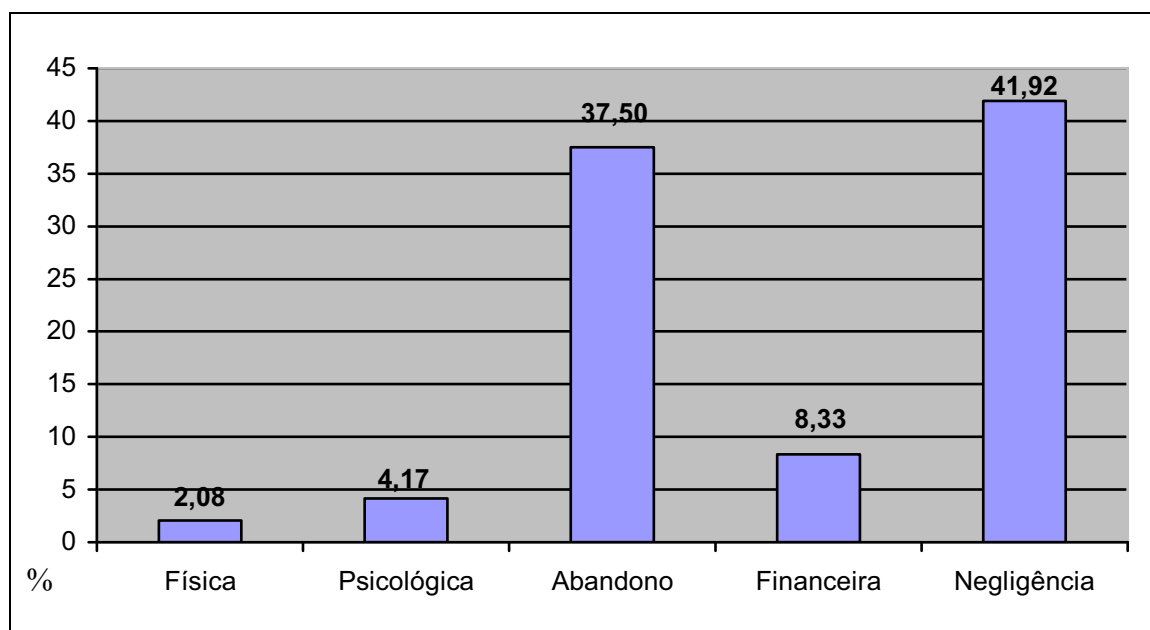
Entrevistado	Contagem	Porcentagem (%)
O próprio idoso	6	12,50
Familiar	23	47,92
Cuidador	1	2,08
Amigos	6	12,50
Outros	12	25,00
Total	48	

Gráfico 1 - Tempo de Internação Hospitalar

Os dados sobre o tempo de internação no hospital encontrados neste estudo indicam que os idosos permaneceram, em média, mais de 30 dias internados (Gráfico 1). Durante esse intervalo de tempo, a confirmação da ocorrência de maus-tratos foi dificultada majoritariamente – em 85,42% dos casos – pelo declínio cognitivo dos pacientes, afirmação ilustrada na Tabela 20.

Tabela 20 - Motivo da dificuldade para confirmar a ocorrência de maus-tratos

Motivo	Contagem	Porcentagem (%)
Idoso com declínio cognitivo	41	85,42
Idoso sente-se na obrigação de proteger seu familiar da punição legal	1	2,08
Comportamento agressivo	2	4,17
Piora do quadro clínico	4	8,33
Total	48	

Gráfico 2 - Tipo de Suspeita de Violência (%)

O Gráfico 2 apresenta a situação dos idosos pesquisados em relação à prevalência das diferentes formas de violência. De modo geral, a prevalência de duas modalidades de violência foi expressiva: a suspeita de negligência foi verificada em 41,92% casos, seguida da suspeita de violência por abandono, que apareceu em 37,50% dos casos.

A Tabela 21 permite inferir que a principal providência tomada pela equipe interprofissional do HSPM foi o pedido de transferência para hospital de retaguarda, em 52,08% dos casos. Nota-se assim, na Tabela 22, que os casos, em sua maioria, evoluíram para transferência a outras instituições capacitadas em cuidar de idosos, mas em 20,83% deles ocorreu óbito durante a internação.

Tabela 21 - Providência tomada

Providência	Contagem	Porcentagem (%)
Sugerido cuidador contratado	9	18,75
Sugerida institucionalização	14	29,17
Solicitada vaga em hospital de retaguarda	25	52,08
Solicitada vaga na hospedaria do HSPM	11	22,92

Tabela 22 - Evolução do Caso

Evolução do Caso	Contagem	Porcentagem (%)
Alta para o domicílio de origem	8	16,67
Alta para o domicílio de amigos	1	2,08
Institucionalização/ ILP	7	14,58
Transferência hospedaria/ HSPM	4	8,33
Transferência hospital de retaguarda	16	33,33
Transferência hospital psiquiátrico	1	2,08
Transferência para outro hospital	1	2,08
Óbito durante internação	10	20,83
Total	48	

Já a Tabela 23 apresenta os fatores de risco avaliados neste estudo. A dependência para as AVDs é considerada como um dos maiores indicadores da gravidade do evento, tendo sido percebida em 97,92% dos casos, seguida pelo isolamento social (45,83%) e pela pobreza (41,67%).

Tabela 23 - Fatores de Risco

	Contagem	Porcentagem (%)
Dependente nas AVDs	47	97,92
Desestruturação das relações familiares	13	27,08
Isolamento social	22	45,83
Ausência de familiares para prestar os cuidados	17	35,47
Único Cuidador (idoso e com problemas de saúde)	08	16,67
Familiar dependente químico	05	10,42
Nível de assistência incompatível com a renda do idoso	03	6,25
Familiar resistente à desospitalização	11	22,92
Pobreza	20	41,67
Outros motivos	04	8,33

4.2 DISCUSSÃO

O HSPM é um hospital geral de referência exclusiva aos servidores da prefeitura de São Paulo; entretanto, o seu pronto-socorro é aberto à comunidade, ou seja, ao munícipe. Sua localização (encontra-se localizado estrategicamente na região central da cidade) e os serviços complexos disponíveis (exames, cirurgias de emergências, leitos de UTI e outros) transformam-no também em importante referência para o serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU e a população em geral. Essa demanda, que não se constitui apenas de beneficiários diretos, contribui significativamente para a modificação do perfil social da população atendida pelo hospital e exige uma revisão e readequação da abordagem da equipe interdisciplinar, inclusive no que diz respeito ao segmento de pessoas alvo deste estudo, visto que 64% dos idosos atendidos no HSPM tratam-se de munícipes, em geral moradores dos bairros próximos ao hospital.

Segundo o Datasus, em 2007 viviam no município de São Paulo 1.180.630 idosos, número que em 2009 aumentou para 1.242.211, um crescimento de cerca de 5%. Os distritos localizados na zona central do município são aqueles que concentram o maior número de idosos. Nesse cenário, surge uma parcela da população de idosos vivendo em situação de rua, albergues, pensões ou em domicílios unipessoais. Essa população revela um aspecto grave da exclusão social e, portanto, encontra-se vulnerável a diversos fatores de risco, inclusive para a sua saúde.

É muito provável que esse panorama possa ser utilizado para justificar o número de idosos munícipes atendidos no serviço de emergência do HSPM. Apenas para citar um exemplo confirmando a afirmação, no ano de 2009, o pronto-socorro adulto registrou 123.547 atendimentos, sendo 58.567 a munícipes e 64.980 a servidores e seus dependentes (HSPM, Setor de Estatística).

Antes de se iniciar propriamente a discussão dos dados obtidos, é necessário registrar que os resultados da pesquisa coordenada pelo Professor Vicente de Paula Faleiros, realizada na Universidade Católica de Brasília, serão usados amplamente em termos de comparação. Trata-se de um levantamento de dados, em diferentes fontes, sobre ocorrências e denúncias de violência contra a pessoa idosa nas 27 capitais brasileiras. Os dados da pesquisa do Prof. Faleiros, que abarcou cerca de 16000 ocorrências de violência intrafamiliar no ano de 2005, foram úteis durante toda a evolução deste estudo. Evidentemente, o tamanho da amostra deste estudo, com 48 pessoas, não permite relacionar as estimativas com tanta precisão. Por outro lado, o que se pretende aqui é analisar suas representações referentes ao tema da violência,

confrontando dados coletados com algumas características coincidentes da pesquisa desenvolvida pelo Prof. Faleiros.

Para se iniciar a discussão, cabe apresentar alguns elementos determinantes sobre o perfil dos idosos atendidos no HSPM com suspeita de terem sido vítimas de maus-tratos. Pretende-se aqui situar esse grupo, social e economicamente, no intuito de reunir, detalhar e lançar à discussão os pontos mais significativos.

Constatou-se que 62,50% das ocorrências de suspeita de maus-tratos registradas envolvem mulheres. A explicação para esse resultado pode estar associada ao fato de existir maior mortalidade de homens que de mulheres. Em outras palavras, as mulheres vivem mais tempo: em média 76,8 anos, contra os 69,3 anos vividos pelos homens (IBGE, 2008).

Na região paulistana, por exemplo, a população feminina na faixa de 60 anos ou mais é cerca de 48% maior que a masculina (IBGE, 2007). Portanto, não é difícil explicar os resultados da pesquisa aqui apresentada, em que ocorre a predominância do sexo feminino nos casos de suspeita de maus-tratos atendidos no HSPM. Gênero que também predomina na pesquisa realizada sob a coordenação do Professor Vicente de Paula Faleiros (2007, p.364), na qual se registrou uma proporção de 60% de mulheres vítimas de violência, com dados coletados em 17 capitais brasileiras.

Apesar de a média de idade da população estudada ter sido de 77,7 anos, não há destaque para nenhuma faixa de idade quando a amostra como um todo é avaliada. Esse comportamento é diferente quando o *gênero é avaliado, ou seja*, duas faixas etárias são claramente observadas. Nota-se que a faixa etária dominante entre os homens é a de 70 a 79 anos, com 20,83%, enquanto na faixa de 80 a 89 anos estão 25,00% das mulheres. Esse resultado é consonante com aquele observado em algumas capitais brasileiras.

Faleiros (2007, p.249, 260) observou na Delegacia do Idoso de São Paulo que 69,91% das vítimas de violência entre pessoas idosas são mulheres e, em sua maioria (41,80%), têm idade entre 60 e 69 anos. Por outro lado, os dados referentes ao sexo masculino apresentam predominância na faixa etária de 70 a 79 anos, correspondendo a 43,80% das ocorrências. Fato similar também foi observado na cidade do Rio de Janeiro, onde as mulheres são maioria (71,18%) entre as vítimas, conforme dados da Promotoria, encontrando-se predominantemente (47,62%) na faixa de 80 anos ou mais. Entre os homens, nessa mesma pesquisa carioca, predomina a faixa de 70 a 79 anos, com ocorrência de 44,44%.

Quanto ao estado civil, os solteiros, representando 37,50% da amostra, são os que se destacam entre os idosos pesquisados no presente estudo. Cumpre ressaltar o número expressivo de mulheres viúvas – 29,17% da amostra. Esse resultado indica outra realidade

percebida nesta investigação: grande parcela dos idosos é responsável economicamente pelos domicílios. É possível inferir também que tais domicílios são ocupados por idosos que vivem sozinhos e, em geral, são solteiros ou viúvos. Mas há ainda aqueles que vivem com familiares, sendo que em muitos casos são os próprios idosos os responsáveis pela subsistência do seu núcleo familiar e manutenção financeira dos domicílios. Essa asserção é ratificada por dados e estimativas feitas pelo IBGE no ano de 2000. Naquela época as pesquisas já indicavam a elevada proporção de mulheres idosas que moravam sós no país, cerca de 67%, e de idosos responsáveis pelos domicílios brasileiros, 62,4%.

A escolaridade da amostra se mostrou baixa, uma vez que 60,42% dos idosos afirmaram ter estudado apenas até o ciclo primário, sendo que muitos nem sequer o completaram. Nesse sentido, cabe observar o que dispõe o IBGE (2002):

O nível educacional é um dos indicadores na caracterização do perfil socioeconômico da população. No caso da população idosa, o indicador de alfabetização é considerado um termômetro das políticas educacionais brasileiras do passado. Uma explicação para esse fato é que entre os anos de 1930 e 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos. Nessa medida, o baixo saldo da escolaridade média da população idosa é um reflexo desse acesso desigual. (IBGE, 2002)

No censo demográfico de 2000, pode-se notar que o contingente de idosos analfabetos era expressivo, representando cerca de 5,1 milhões de pessoas.

A baixa escolaridade é determinante para a falta de qualificação profissional e, portanto, muitas vezes responsável pelos baixos salários recebidos por esse segmento. Esse argumento pode ser utilizado para tentar explicar o baixo rendimento mensal dos idosos estudados, haja vista que 45,83% afirmaram receber até um salário mínimo, renda decorrente de aposentadoria ou pensão, e apenas 2,08% referiram receber mais de cinco salários mínimos.

Apesar do baixo rendimento mensal desses idosos, em sua maioria aposentados, em 54,17% dos casos são eles os responsáveis pelo seu próprio sustento. Esses resultados são muito similares àqueles obtidos na pesquisa de Faleiros (2007, p.369), em que 62% das vítimas envolvidas eram idosos com renda de até um salário mínimo e apenas 6% com renda acima de cinco salários mínimos. Uma outra pesquisa que corrobora os dados obtidos aqui é o Censo de 2000 (IBGE, 2002, apud FALEIROS, 2007, p.335). Nele se observou que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais responsáveis pelos domicílios brasileiros era de

65% entre os que ganhavam até um salário mínimo, e de apenas 4,3% entre os que ganhavam mais de cinco salários mínimos.

Os idosos participantes da presente pesquisa, em sua maioria, estavam em seus domicílios quando tiveram de ser levados ao hospital. Os motivos que os levaram à internação e seus diagnósticos diferem entre os idosos. “Broncopneumonia”, “queda e fratura” e “confusão mental e agitação”, nessa ordem, constituíram as causas mais frequentes de internação. Síndrome demencial constituiu o diagnóstico principal apresentado durante a internação – doença progressiva e degenerativa, que possivelmente favoreceu a dependência e a perda de autonomia dos idosos estudados. Deve-se observar, então, que idosos portadores de síndrome demencial são, na grande maioria, dependentes para as atividades básicas de vida diária e, conseqüentemente, têm maior risco de desenvolver broncopneumonia e de sofrer quedas e fraturas.

Tendo em vista que, neste estudo, a queda está entre as principais causas de internação, é fundamental correlacioná-la com dados mais gerais. Uma análise do Sistema de Informações Hospitalares do SUS revela que as quedas são a primeira causa externa específica de internação de idosos. Ainda, Faleiros (2007, p.347) assinala que, em dezesseis capitais brasileiras, as quedas foram responsáveis por mais de 50% das internações de mulheres idosas. Adicionalmente, Minayo (2004, p.23) observa que as quedas também constituem a segunda grande causa de morte violenta entre os idosos, tendo correspondido a 8,9% das mortes no ano de 2000. As mulheres são as principais vítimas de queda e ficam sempre em desvantagem com o passar da idade: no ano de 2000, 33,6% das mortes de mulheres com 80 anos ou mais foram motivadas por queda.

Síndrome demencial, principal diagnóstico entre os casos estudados, traz também como consequência a necessidade de assistência e cuidados permanentes, o que pode implicar uma sobrecarga física e emocional para os familiares e cuidadores. Pode ainda suscitar uma situação potencialmente conflituosa e impulsionadora de tensões constantes, sendo inclusive fator propulsor da ocorrência de maus-tratos e violência. Machado e Queiroz (2006, p.1158) sugerem que um dos principais fatores de risco para violência em idosos é o comprometimento físico e mental e a conseqüente dependência que essa situação acarreta.

No que diz respeito à rede de suporte ao idoso dependente, pode-se observar a coexistência de alguns fatores que comprometem ainda mais os cuidados de rotina. Apesar de mais da metade dos idosos pesquisados possuir algum tipo de cuidador, este é, na maioria das vezes, informal, sendo a tarefa de cuidar geralmente exercida por um integrante da família aposentado, idoso e com problemas de saúde. Agrava ainda mais o quadro o fato de grande

parte dos idosos, 52,08%, não receber nenhum tipo de ajuda. Nesse aspecto, pode-se constatar que, à medida que se envelhece, ocorre uma redução dramática da rede social.

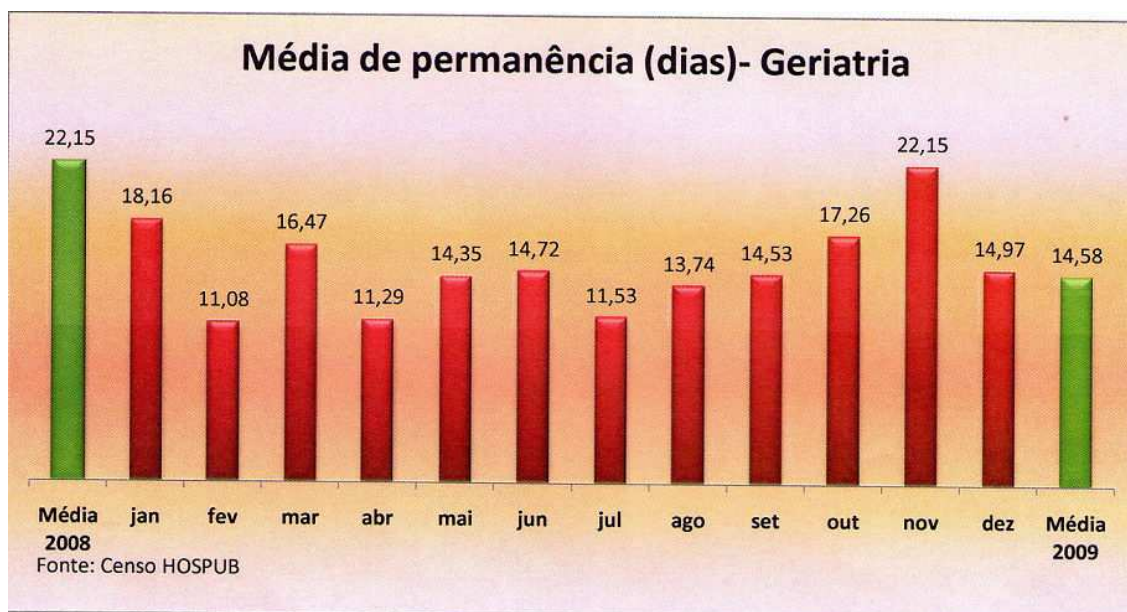
A rede social pessoal sofre mais perdas ao mesmo tempo que as oportunidades de substituição para essas perdas se reduz drasticamente: as pessoas do grupo de referência dessa idade tendem a morrer mais frequentemente e, ao mesmo tempo, os velhos têm menos ocasiões sociais para fazer novos amigos, e menos idosos estão acessíveis ou dispostos ao esforço de acomodação necessário para iniciar novas relações. (SLUZKI, 1997, p.115)

Conclui-se, então, que há duas classes de idosos na amostra deste estudo. A primeira delas constitui-se de idosos dependentes para as atividades de vida diária que vivem sozinhos, em condição de pobreza, sem vínculos familiares, sem estabelecer contato com amigos ou vizinhos, com pouca ou nenhuma atividade social, ou seja, vivem isolados de toda a rede social. A segunda classe constitui-se também de idosos dependentes, mas que vivem com familiares, porém, com sérios problemas socioeconômicos e de saúde. Os idosos dessa classe também apresentam problemas familiares, em que os conflitos e o uso de álcool e drogas são constantes.

Todos esses fatores de risco, aliados à falta de estabelecimentos sociais e de saúde que possam assegurar a integralidade da assistência a esse segmento, favorecem a ocorrência de maus-tratos. Essa combinação de fatores faz também com que o primeiro atendimento, devido à suspeita de maus-tratos, ocorra no hospital e, na maioria das vezes, com permanência mais prolongada, por períodos superiores a 30 dias. Essa longa permanência hospitalar pode afetar negativamente o estado de saúde desses idosos, aumentando o risco de infecções, complicações e, possivelmente, a mortalidade.

Quando avaliado, neste estudo, o tempo de permanência no hospital, verifica-se que os idosos com suspeita de terem sofrido maus-tratos permanecem mais dias na unidade hospitalar que aqueles que estão internados por outras causas. Isso pode ser confirmado pela distribuição da média de dias de hospitalização na enfermaria da Clínica Geronto-Geriátrica do HSPM, apresentada no gráfico abaixo: no ano de 2008 essa média foi de 22,15, e no de 2009, de 14,58 dias. Esses dados estão em consonância com estudos anteriores. Por exemplo, segundo Minayo (2004, p.28), o idoso apresenta tempo médio de internação por causas relacionadas a acidentes e violência maior que o tempo médio da população geral.

**Gráfico 3 - Média de permanência (dias) na enfermaria
da Clínica Geronto-Geriátrica - HSPM**



No grupo estudado, possivelmente, as suspeitas de maus-tratos encontram-se, em grande parte, correlacionadas à impossibilidade econômica, social e de saúde do idoso de prover, por si só ou com a ajuda da família, as necessidades materiais e de cuidados essenciais à sua sobrevivência. Isso o torna alvo fácil para todos os tipos de violência, sendo que se observou maior incidência de suspeita de negligência – 23 casos (41,92%) –, seguida de suspeita de violência por abandono – 18 casos (37,50%).

É importante citar aqui alguns dados mencionados na pesquisa sobre violência contra a pessoa idosa realizada por Faleiros (2007, p.249, 259).. Pode-se observar – sem, no entanto, considerar os registros de todas as fontes – que no Rio de Janeiro, de acordo com dados da Promotoria, predominam as ocorrências de negligência (25,44%), enquanto os dados do Ligue Idoso mostram uma maior incidência de abandono (26,41%).

Em São Paulo, segundo dados do Ministério Público, prevalecem as ocorrências de abandono, verificado em 31,90% dos casos. Se, entretanto, forem considerados os dados de todas as capitais, ainda segundo o mesmo autor (FALEIROS, 2007, p.359, 361-2), os resultados indicam que estão presentes nas 27 capitais todos os tipos de violência exceto a violência sexual, que aparece em seis capitais, com porcentagens de 0,55% (em Salvador) a 2,10% (em Vitória). A violência por negligência tem ocorrência acima de 25% em oito capitais, com maior expressão em Natal e Rio Branco. A violência por abandono não tem

registro acima de 20% em nenhuma capital, com dados entre 10% e 19% em dez capitais, sendo mais expressiva em Vitória, Boa Vista, Cuiabá, Salvador e Goiânia.

Considerando a prevalência de suspeita de violência por negligência e abandono, o estudo permite apontar algumas evidências percebidas pela equipe interprofissional do HSPM ao longo dos últimos anos. É possível observar no quadro das principais variáveis que os idosos atendidos no HSPM, em sua maioria, são abandonados ou negligenciados devido às condições de vulnerabilidade social a que estão sujeitos. As pessoas que fornecem os cuidados vivem, via de regra, em um ambiente de carência absoluta e privadas de meios mínimos para obtenção dos bens e serviços necessários à subsistência e ao bem-estar de sua família. Estão, em sua maioria, em condições iguais ou piores que a do idoso; portanto, em condições abaixo do necessário para a realização eficiente dos cuidados.

De acordo com Zimmerman (2000, p39):

Em princípio os maus tratos em relação ao velho praticado pela família e pelos cuidadores são causados mais pela falta de preparo do que por má vontade. Existem casos de famílias pobres que maltratam os velhos física ou moralmente devido as condições de carência econômica. Muitos velhos demenciados, por exemplo, ficam presos em casa, por vezes amarrados, pois, os filhos e netos precisam sair para trabalhar e não podem deixá-los soltos, sozinhos.

Evidentemente, não é correto afirmar que carência e pobreza são causas seguras de maus-tratos e violência, visto que inúmeras famílias vivendo em situação de privação econômica não vivenciam casos de abandono e negligência a idosos. Já há outras com melhores condições financeiras que expõem seu familiar idoso a situações de maus-tratos. Portanto, “As melhores condições financeiras não livram os velhos dos maus tratos” (ZIMMERMAN, 2000, p.39). O Distrito Federal, por exemplo, apresenta um índice de baixa exclusão social, o que, no entanto, não exclui por si mesmo nem a violência intrafamiliar nem a violência sociopolítica na região (FALEIROS, 2007, p.330).

Na realidade, segundo Deslandes (1994, p.180),

[...] as famílias de maior poder aquisitivo geralmente estão muito menos à mercê de serem notificadas, pois, ao utilizarem serviços privados de atendimento médico “pagam” também pela discricção. As famílias mais pobres, ao contrário, convivem com constantes e variadas intervenções nas suas vidas privadas (do poder público, dos poderes locais, dos poderes paralelos).

É importante ressaltar a dificuldade da equipe em identificar a ocorrência de violência ou maus-tratos. Entre os idosos estudados, a grande maioria apresenta déficit cognitivo e, portanto, não tem condições de responder, na ocasião da internação, a entrevista. Outra importante dificuldade está associada ao reconhecimento de uma situação de violência por suspeita de negligência ou abandono, já que esta muitas vezes se confunde com dificuldades socioeconômicas. Deslandes (1994, p183) chama a atenção:

[...] para a dificuldade de um julgamento mais preciso nos caso de negligência, por esta forma de violência, ao que tudo indica, estar associada a situações limítrofes entre pobreza e maus-tratos. Isto é, entre a impossibilidade de prover os cuidados e a prática abusiva.

Essas questões supracitadas foram determinantes para a opção de não se considerar nesta pesquisa o perfil dos possíveis causadores de maus-tratos, já que a grande maioria dos cuidadores constitui um segmento particularmente vulnerável, uma vez que se encontra associado às piores condições sociais e econômicas. Essas informações indicam a necessidade de que o “cuidador seja cuidado, a fim de que não sucumba aos desgastes inevitáveis, mesmo quando a relação entre ele e a pessoa a quem se dedica seja muito amorosa” (CALDAS, 2002 apud MINAYO, 2004, p.37). Essa análise alerta para a urgente necessidade de estratégias de suporte social, psicológico, material, institucional e comunitário aos cuidadores de idosos.

Outra questão avaliada diz respeito às providências tomadas pela equipe interprofissional diante da programação da alta hospitalar. Percebe-se, segundo os registros, que o pedido de vaga em leito de retaguarda do município de São Paulo tem sido o procedimento mais frequente da equipe do HSPM. Os leitos de retaguarda são gerenciados pela central de vagas do Sistema Único de Saúde (SUS); tratam-se de estruturas hospitalares para serem utilizadas por pacientes com impossibilidade de alta, mas que apresentam um quadro clínico estável e sem risco iminente de morte. Uma Instituição de Longa Permanência (ILP), segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, consiste em:

[...] um estabelecimento para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas com 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Estas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato – devem proporcionar serviços nas áreas: social, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades deste segmento etário. (SBGG, 2003, p.3)

Destarte, é essencial destacar que a intervenção da equipe para a proteção desses idosos sempre teve como premissa privilegiar o retorno destes ao domicílio de origem, isto é, à convivência familiar e social. A institucionalização só é considerada depois de esgotadas todas as alternativas, quando a capacidade da família para o cuidado já está comprometida e quando da total inexistência de uma rede de suporte social.

Esses casos, em sua maioria, são encaminhados para o Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II, que faz parte do complexo hospitalar da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Esse hospital foi inaugurado no Jaçanã em 1911 e é uma referência para o resguardo de idosos encaminhados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Conta com uma equipe de médicos especialistas em Geriatria e Gerontologia, que atende todo tipo de doença relacionada ao idoso, além de uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e demais funcionários administrativos.

É importante destacar, finalmente, que no conjunto das múltiplas variáveis estudadas, chama a atenção os 20,83% dos casos que evoluíram para óbito. Sobre esse aspecto, é possível levantar a hipótese de que os riscos de mortalidade dessas pessoas idosas, por serem negligenciadas ou abandonadas, podem estar diretamente associados às condições sociais e estruturais da vida cotidiana. Nesse sentido, Faleiros (2010, p.178) assevera que os riscos de mortalidade das pessoas por causas externas estão articulados tanto às condições estruturais da vida cotidiana como às exposições involuntárias a elas. Isto é, a vida moderna impõe condições vinculadas a situações sociais incontrolláveis, algumas passíveis de precaução, mas outras determinadas pela estruturação econômica e de poder.

Ainda segundo Faleiros (2010, p.180, 197), é na discussão das causas externas de mortalidade que se pode observar a mais significativa interação entre a saúde e a sociedade ou mesmo entre a morte e as condições sociais mais diretas. No ano de 2006, segundo o Datasus, houve 17.909 óbitos por causas externas entre as pessoas com mais de 60 anos, que ocorreram, na sua maioria, em hospitais. Triste constatação, pois, embora tenha crescido a expectativa de vida, a mortalidade por causas externas vem tirando precocemente a vida de milhões de idosos brasileiros.

4.3 CONCLUSÕES

Esta dissertação reflete um trabalho de levantamento sobre o perfil dos pacientes idosos atendidos nas unidades de internação do HSPM com suspeita de terem sido vítimas de

maus-tratos e cujos casos foram notificados ao Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI) do Ministério Público. A intenção aqui foi oferecer aos profissionais do HSPM um panorama geral do seguimento estudado, apontando características importantes no sentido de o Grupo atuar de forma efetiva na identificação desse tipo de ocorrência.

Os sujeitos da amostra do estudo, constituída de quarenta e oito pacientes, foram primeiramente avaliados com o intuito de se saber se são beneficiários ou não dos serviços do HSPM. Assim, verificou-se que 31 (64,58%) idosos não são beneficiários do HSPM. Os resultados apontam também que há maior ocorrência do gênero feminino (62,50%) em relação ao masculino (37,50%). Entre as mulheres, o maior número de notificação ocorreu na faixa etária de 80 e 89 anos, faixa essa ligeiramente inferior, entre 70 e 79 anos, no caso dos homens.

A amostra foi predominantemente composta por idosos solteiros (37,50%), seguidos dos viúvos (35,42%). Entre os solteiros, a ocorrência é a mesma tanto para homens como para mulheres (18,75% do total da amostra), fato que não ocorre entre os viúvos, em que há predominância do sexo feminino (82,35% do total dos viúvos). Metade dos idosos não tinha filhos vivos; 27,08% tinham apenas um e 10,42%, três ou mais.

Quanto ao grau de instrução, constatou-se que apenas dois (4,17%) idosos são analfabetos, com a maioria (60,42%) tendo estudado apenas até o curso primário, dos quais 22,92% concluíram o ciclo e a grande maioria (37,50%) nem sequer o completou.

Na análise das variáveis “ocupação” e “renda”, observou-se um elevado percentual de idosos aposentados (60,42%), além de 27,08% que são do lar. A fonte de renda desses idosos é decorrente, para a maioria (85,42%), de aposentadoria ou pensão. Os rendimentos de aposentadoria representam o principal componente de renda (64,59%), enquanto o rendimento de pensão responde por apenas 20,83%. Avaliando-se de forma ampliada os resultados relativos aos rendimentos, observa-se que mais de dois terços dos pacientes (70,83%) ganham até dois salários mínimos por mês e apenas um idoso, 2,08%, recebe mais de cinco salários mínimos. Uma informação adicional relevante é que mais da metade dos idosos (54,17%) é responsável economicamente pelo domicílio em que reside.

O estudo revelou também que 50,00% dos idosos residem em casa própria, 27,09% em imóvel alugado ou cedido, 16,67% em pensão ou albergue e apenas 2,08% em alguma Instituição de Longa Permanência. Ainda no que se refere à situação de moradia, 31,25% declararam morar sozinhos, 52,08% com algum familiar e 4,17%, ou seja, 2 idosos, com algum amigo.

Há maior porcentagem de idosos (60,42%) que contam com a presença de algum cuidador. Os cuidadores informais representam o maior número de casos (56,25%), sendo que predominam na realização dessa função os filhos (18,75%) ou cônjuge (16,67%). Esses cuidadores são, em 20,83% dos casos, indivíduos aposentados; há ainda aqueles que são do lar (12,50%) ou trabalhadores (formais ou informais) – em 20,83% dos casos. Além disso, 52,08% dos idosos não recebem nenhum tipo de ajuda, porém, entre os que recebem, costuma ser de serviço dos familiares (16,67%) ou amigos (10,42%).

O estudo também indicou que 70,83% dos idosos estavam em seu domicílio quando da ocorrência que levou à internação no HSPM, enquanto 25,00% estavam na rua, em pensão ou em outros serviços públicos e foram encaminhados pelo SAMU ao hospital, e apenas 4,16% estavam na casa de parentes ou amigos. Os motivos da internação foram os mais diversos, sendo o diagnóstico de broncopneumonia o mais frequente (18,75%), seguido de queda e fratura (14,58%) e de confusão mental e agitação (12,50%). Observa-se frequência semelhante, 10,42% das causas, quando considerados os diagnósticos de acidente vascular cerebral isquêmico e infecção do trato urinário.

Os idosos permaneceram, em média, mais de 30 dias internados. Durante esse período, foi confirmado o diagnóstico de síndrome demencial em 66,67% dos casos. Quase que a totalidade dos idosos (97,92%) apresentava quadro de dependência para as atividades de vida diária: 68,75% apresentavam dependência total e 29,17%, parcial. Esse resultado é significativo, pois justifica o fato de grande parcela das entrevistas ter sido feita com os responsáveis (62,50%), e não diretamente com o idoso (12,50%) vítima de suspeita de maus-tratos.

A predominância de duas modalidades de violência foi expressiva: (1) a suspeita de negligência, indicada em 41,92% dos casos; e (2) a suspeita de violência por abandono (37,50%). Outras suspeitas também foram observadas, como a de violência financeira, verificada em 8,33% dos casos; seguida da violência psicológica, 4,17%; e da violência física, 2,08%. A confirmação das duas modalidades mais frequentes foi dificultada devido ao declínio cognitivo do idoso em 85,42% dos casos.

Entre as providências tomadas pela equipe interprofissional do HSPM, a solicitação de vaga em leito de retaguarda ocorreu em 52,08% dos casos; seguida de sugestão para institucionalização, 29,17%; solicitação de vaga na Hospedaria do HSPM, 22,92%; e sugestão para contratar um cuidador formal, 18,75%. Nota-se, no entanto, que 33,33% evoluíram para transferência a Hospital de Retaguarda, mas em 20,83% deles ocorreu óbito durante a

internação. A alta para o domicílio de origem foi verificada em 16,67% dos casos, e a institucionalização, em 14,58%.

Finalmente, a análise apresenta os fatores de risco para a violência e maus-tratos. A dependência para as AVDs, observada em 97,92% dos casos, deve ser considerada como o fator mais relevante, seguida pelo isolamento social (45,83%), pobreza (41,67%), ausência de familiares para prestar os cuidados (35,47%), desestruturação das relações familiares (27,08%), familiar resistente à desospitalização (22,92%), único cuidador (16,67%), familiar dependente químico (10,42%) e nível de assistência incompatível com a renda do idoso (6,25%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitem concluir que a maior incidência de suspeita de maus-tratos por negligência e abandono entre os idosos estudados encontra-se relacionada às suas condições econômicas, sociais e de saúde.

A família, que era considerada o mais efetivo sistema de suporte e apoio aos idosos, cada vez mais se mostra incapaz de proporcionar a eles condições satisfatórias de proteção e cuidados. A ausência de uma pessoa da família desempenhando o papel de cuidador, a dificuldade de reorganizar a família para integrar o idoso que sofre de várias perdas funcionais, as relações de conflitos e as dificuldades sociais e econômicas induzem muitas famílias a negligenciar o seu familiar idoso.

Dessa maneira, pode-se dizer que as pessoas que fornecem os cuidados constituem um segmento particularmente vulnerável. Vivem, via de regra, em um ambiente de carência absoluta, privados de meios mínimos para obtenção dos bens e serviços necessários à subsistência e ao bem-estar de sua família. Na verdade, a combinação dessas situações indica a fragilidade e a insuficiência familiar na prestação de assistência necessária a seus idosos. Não se trata, portanto, de rejeição, mas uma efetiva incapacidade para a realização eficiente dos cuidados.

Por consequência, com base nesses pressupostos, é imprescindível alertar todos os profissionais para o cuidado no julgamento de casos de maus-tratos por negligência ou abandono. Essas ocorrências, muitas vezes, podem ser confundidas com dificuldades socioeconômicas. É necessária uma investigação mais precisa, particularizando cada caso dentro do contexto social em que está inserido.

Constata-se no cotidiano hospitalar a ocorrência de julgamentos a partir das primeiras impressões do caso. Tais apreciações prematuras podem levar o profissional a cometer erros de avaliação e, portanto, desencadear sérias consequências às pessoas envolvidas. O desafio é, então, não deixar que a crescente demanda, a falta de recursos e a premência da proteção dos idosos em situação de vulnerabilidade social comprometam a qualidade do atendimento prestado e o processo de notificação.

Nesse sentido, é necessário diferenciar a negligência involuntária e a negligência sob a forma de maus-tratos:

A negligência voluntária, na qual a carência de cuidados se dá como meio de agressão ou de punição do paciente, e a negligência involuntária, na qual existe uma real incapacidade do cuidador de prestar sua atenção, seja por carência de recursos sociais, por ignorância ou por verdadeira incapacidade física, como ocorre, por exemplo, na síndrome do filho único. (Leme, 2007, p.222)

Ainda segundo Leme, a “síndrome do filho único” se dá quando um idoso doente, ou com alto grau de dependência em suas atividades diárias (AVD), depende de um(a) só filho(a), que, necessitando trabalhar, não pode dar a atenção integral que o caso exige. Portanto, é imprescindível que os profissionais saibam discernir a prática abusiva da ignorância e da miséria.

No que diz respeito às formas de intervir nessa problemática, destaque deve ser dado às medidas de prevenção. Os serviços de saúde podem atuar como um importante aliado na prevenção primária das violências ou maus-tratos contra idosos. Em muitos casos, é durante o processo de internação hospitalar que essa ocorrência é declarada. A suspeita é o primeiro aspecto que deve ser considerado pelo profissional de saúde. O grau de suspeita pode variar desde um leve sinal de que possa ter havido violência até um relato declarado do idoso ou do responsável. Destarte, o profissional de saúde deve estar atento a todo e qualquer vestígio de violência ou maus-tratos nos pacientes idosos.

Assim, as ações de prevenção à violência devem incluir a capacitação dos profissionais da saúde para a identificação, avaliação e acompanhamento dos casos de maus-tratos. A formação dos profissionais deve contar com conhecimentos básicos sobre a temática, o conhecimento dos direitos dos idosos, dos recursos sociais disponíveis e dos aspectos jurídicos da notificação. Além disso, é necessário que se estabeleça uma rotina de atendimento por meio de protocolos técnicos, atribuindo responsabilidade e ações para os diferentes profissionais da equipe.

Outro aspecto de extrema importância é a responsabilidade da instituição diante dessas ocorrências – vale ressaltar uma vez mais que o HSPM tem estabelecido um fluxo de atendimento interdisciplinar para os casos de pacientes idosos vítimas de suspeita de maus-tratos. Cabe então à diretoria do HSPM a tarefa de notificar os casos desses pacientes, mediante ofício institucional à Promotoria do Idoso, fundamentado em relatório social e médico. Esse procedimento era realizado, inicialmente, pelo profissional do Serviço Social, que se comunicava diretamente com os referidos órgãos sem a intermediação oficial do hospital e o respaldo da administração, vulnerabilizando por vezes a ação profissional.

Isso não significa necessariamente que todos os casos devem ser notificados ao Poder Judiciário. O procedimento usual consiste em procurar soluções mediante a atuação da equipe interdisciplinar junto aos cuidadores e responsáveis, num esforço de preservação dos vínculos familiares. A atenção deve estar voltada aos casos de maior gravidade, isto é, àqueles que implicam grave risco para os idosos, sejam eles suspeitos ou confirmados. O Estatuto do Idoso, em seu artigo 19, determina que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde aos órgãos competentes. Caberá, então, a esses órgãos definir os mecanismos de proteção das vítimas, incluindo o julgamento de culpabilidade ou a apuração de responsabilidade.

Embora esse estatuto legal possa constituir um instrumento para a garantia da notificação e da proteção a essas vítimas, a simples existência da lei não se traduz em garantias de sua efetivação. Isso é confirmado na realidade cotidiana, na qual ainda persiste a subnotificação de maus-tratos e de violência contra a pessoa idosa. Outra ocorrência muito comum é que a rede de proteção social destinada ao atendimento desse segmento ainda é precária e, infelizmente, não se constitui em prioridade social.

Além do aspecto legal, faz-se necessário que o Ministério Público, já atuante na área da pessoa idosa, invista em recursos e pessoal para o atendimento efetivo das ocorrências de violência. As Delegacias do idoso são pontos primordiais nessa problemática. A criação de Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ou de outros Centros de Prevenção e atendimento a idosos será de grande importância no enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Vale ressaltar também que os Conselhos de Direito da Pessoa Idosa são essenciais para a defesa dos direitos previstos no Estatuto do idoso. (Faleiros, 2007, p.377)

Portanto, conclui-se, tendo por base as premissas supracitadas e ainda os ensinamentos de Faleiros (2007, p.378), que um sistema de defesa de direitos da pessoa idosa vítima de violência deva ser operacionalizado para funcionar em sistema tipo rede. Nessa rede devem existir várias alternativas para as pessoas obterem proteção, com serviços adequados, inclusive aqueles de caráter residencial, centros de referência, centros-dia, instituições de longa permanência (ILP), atendimento domiciliar, conforme prevê a portaria 2529/2006 do Ministério da Saúde.

A relevância deste estudo reside nas contribuições que trará aos profissionais do HSPM e de outras unidades de saúde que lidem com casos de idosos com suspeita de terem sido vítimas de algum tipo de maus-tratos. O estudo pode e deve ser visto como um ponto de

partida para o aprimoramento do conhecimento acerca dessa realidade e aperfeiçoamento da atuação de profissionais da área.

Inúmeras outras possibilidades e questionamentos surgem a partir deste estudo. A primeira delas é que a amostragem poderia ser ampliada. Por outro lado, mesmo a amostra sendo considerada pequena, diversos aspectos discutidos ao longo da dissertação indicaram resultados similares aos de pesquisas com amostras maiores. Outra recomendação de interesse seria comparar os idosos com suspeita de maus-tratos com aqueles idosos internados por outros motivos e verificar, então, quais características são alteradas de um grupo para o outro e quais permanecem iguais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAKER, A. A. "Granny-battered". **Modern Geriatrics**. Vol.5. 1975. p.20-4.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Plano de Ação de Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 1983.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 896**, de 29 de junho de 1990. Determinou que o INAMPS implantasse o Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS. Brasília, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 02/07/1990, seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. **Resolução nº 227**, de 27 de julho de 1990. Regulamenta a implantação do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS. Brasília, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 01/08/1990, seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 737**, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade**: Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.842 de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Projeto vigilância de acidentes e violências** - rede serviço sentinela de acidentes e violências. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília, 2009.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano plurianual 2008-2011: Projeto de lei e Anexos**. Brasília, 2007.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal 8069 de 13 de julho de 1990. Brasília, Diário Oficial da União, 1990.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. 25ªed. São Paulo: Saraiva, 2000.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Brasília, Diário Oficial da União, edição nº 192 de 3/10/2003.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI. **Plano Nacional de Implementação das Deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**. Brasília, 2007.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI. **II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: “Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios”**. Brasília, 2009.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística Básica**. 5ªed. São Paulo: Saraiva, 2003.

CALDAS, C. P. “O idoso em processo de demência: o impacto na família”. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. (Orgs.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.51-72.

CHIZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2ªed. São Paulo: Cortez, 1995.

CONCONE, M. H. V. B. “Medo de envelhecer ou de perecer”. **Revista Kairós**. Vol.10. São Paulo, 2007. p.19-44.

DESLANDES, S. F. “Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço”. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.10. Supl. 1. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.177-87.

FALEIROS, V. P. **Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores**. Brasília: Universa, 2007.

_____. “Riscos de óbito em pessoas idosas por causas externas”. In: BERZINS, M. V.; MALAGUTTI, M. (Org.). **Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice**. São Paulo: Martinari, 2010. p.175-98.

GARRIDO, R.; TAMAI, S. “O impacto da demência nos cuidadores e familiares: Relevância clínica e escalas de avaliação”. In: BOTTINO, C. M. C.; LAKS, J.; BLAY, S. L. (Orgs.). **Demência e transtornos cognitivos em idosos**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006. p.141-50.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ªed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, S. R. (Org.). **Cartilha do idoso: mitos e verdades sobre a velhice, guia de serviços**. São Paulo: Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS, 2006.

JARDIM, S. E. G. “Aspectos socioeconômicos do envelhecimento”. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Tratado de Gerontologia**. 2ªed. Vol.1. São Paulo: Ateneu, 2007. p.185-97.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. et. al. "Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function". **JAMA**. Vol.185. n.12. Washington, 1963. p.914-9.

KRUG, E. G. (Org.). **World report on violence and health** (Relatório Mundial de Violência e Saúde). Geneva: World Health Organization, 2002.

LEME, L. E. G. "O Idoso e a família". In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Tratado de Gerontologia**. 2ªed. Vol.1. São Paulo: Atheneu, 2007. p.217-24.

LESSA, F. J. D.; MENDES, A. C. G.; FARIAS, S. F.; SÁ, D. A.; DUARTE, P. O.; MELO FILHO, D. A. "Novas Metodologias para Vigilância Epidemiológica: o Uso do Sistema de Informações Hospitalares". **Informe Epidemiológico do SUS**. Vol.9. n. Suplemento. Brasília, 2000. p.3-27.

LESSING, D. **O diário de uma boa vizinha**. Rio de Janeiro: Record, 1984.

LOPES, R. G. C. **Saúde na velhice**. As interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento. 1ªed. Vol.1. São Paulo: EDUC, 2000.

_____. "Século XXI: os velhos ainda precisam ser 'indignos'?" In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elisabeth Frohlich; ARCURI, Irene Gaeta (Orgs.). **Velhice – Envelhecimento - Complexidade**. Vol.1. São Paulo: Vetor, 2005. p.83-92.

_____; CALDERONI, S. Z. "O idoso na família: Expansão de possibilidades ou retração?" In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Tratado de Gerontologia**. 2ªed. Vol.1. São Paulo: Atheneu, 2006. p.225-32.

_____. "Diversidades na velhice: reflexões". In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et. al. **Velhice - reflexões contemporâneas**. Vol.1. São Paulo: PUC-SP; SESC, 2006. p.87-99.

MACHADO, L.; QUEIRÓZ, Z. V. "Negligência e maus-tratos". In: FREITAS, E. V. et. al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1152-9.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5ªed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINELLI, M. L. “O exercício profissional do Assistente Social na área da saúde: algumas reflexões éticas”. **Serviço Social & Saúde**. Ano VI. n.6. Campinas - São Paulo, maio 2007. p.21-34.

MERCADANTE, E. F. **A construção da identidade e da subjetividade do idoso**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1997.

_____. “Algumas reflexões sobre o lugar social da velhice e do velho”. **Caderno de Violência Contra a Pessoa Idosa**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo, SMS, 2007. p.16-7.

MINAYO, M. C. S. “Ciência, Técnica e Arte: o Desafio da Pesquisa Social”. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p.9-29.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ªed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1996.

_____; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Violência sobre o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003a.

_____. “Violência contra idosos: relevância para o velho problema”. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.19. n.3. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003b.

_____. **Violência contra idosos: o Avesso do Respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2004.

_____. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006a.

_____. “A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica”. **Ciênc. saúde coletiva**. Vol.11, supl. S.1., 2006b.

MINAYO, M. C. S. Apud: **Caderno de violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007.

_____.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. “Violência contra idosos”. **Diário da Assembléia**. nº10.472. Órgão do Poder Legislativo do Estado de Goiás. Goiânia, 8 de abril de 2008. p.49-54.

OLIVEIRA, R. A. (Org.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10^a revisão**. Vol.1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português/ Edusp, 1993.

_____. **Prevención de la violencia: una prioridad en salud pública**. Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud - WHA 49.25. Ginebra, 1996.

_____. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde - Prevenção**. Genebra, 2002.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. **Resolución XIX: Violencia y Salud**. Washington, DC: Opas, 1993.

_____. **Salud y Violencia: Plan de Acción Regional**. Washington, DC: Opas, 1994 (mimeo).

_____.; OMS - Organização Mundial da Saúde. **Sessão do Comitê Executivo**. Tema 4.14 da agenda provisória - CE132/22 (Port.), 5 maio 2003. Washington, DC, 23-27 de junho de 2003.

PAPALÉO, N. M. “Metodologia Científica em Gerontologia”. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Tratado de Gerontologia**. 2^aed. Vol.1. São Paulo: Ateneu, 2007. p.881-900.

PAPALÉO, N. M.; KLEIN, E. L. “Demência I: epidemiologia, tipos e manifestações clínicas”. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). **Tratado de Gerontologia**. 2ªed. Vol.1. São Paulo: Ateneu, 2007. p.323-38.

PILLEMER, K.; FINKELLOR, D. “The prevalence of elder abuse: a random sample survey”. **The gerontologist**. Vol.28. n.1. 1988. p.51-7.

SAMPEDRO, J. L. **O Sorriso Etrusco**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SÃO PAULO. Ministério Público do Estado de São Paulo. **Ato Normativo nº126/97** - PGJ. (PT. nº 28961/95 - PGJ). Institui na comarca da Capital o Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI). São Paulo, 02 de outubro de 1997.

_____. Ministério Público do Estado de São Paulo. **Ato Normativo nº524/2007** - CPJ. (PT. nº 94.086/07). Altera o Ato Normativo nº. 126 - PGJ, de 2 de outubro de 1997, e dá outras providências. São Paulo, 30 de outubro de 2007.

_____. Ministério Público do Estado de São Paulo. **Ato Normativo nº593/2009** – PGJ. (PT. nº 49.144/09). Cria a Promotoria de Justiça de Direitos Humanos e a Promotoria de Justiça de Repressão à Sonegação Fiscal e dá outras providências. São Paulo, 5 de junho de 2009.

_____. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. **Idoso e Assistência Social** - Mitos e Verdades sobre a Velhice e um Guia de Serviços e Benefícios Sociais. Coordenação de Sandra Regina Gomes. São Paulo, 2006.

SBGG - SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Instituição de longa permanência para idosos**: manual de funcionamento. São Paulo: Imprensa Oficial, 2003.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metologia do trabalho científico**. 23ªed. São Paulo: Cortez, 2007.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. M.; REIS, A. C. “Mortalidade por causas externas em idosos do Brasil, Estados e Regiões Metropolitanas”. **Boletim CLAVES/CENEPI**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2ªed. Petrópolis -RJ: Vozes, 2003.

VERA, R. P. **País jovem com cabelos brancos**. A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

WASELFISZ, J. **Juventude, Violência e Cidadania**: os Jovens de Brasília. Brasília: Unesco e Cortez, 1998.

ZAGABRIA, D. B. **Maus-Tratos contra Idosos**: A constatação da realidade social em Londrina - 2004. Tese (Doutorado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

ZIMERMAN, G. **Velhice**: Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artemed, 2000.

CONSULTA ELETRÔNICA

BRASIL. Ministério da Saúde. VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1612>. Acesso em: dez./ jan. 2010.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Banco de dados na internet. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Viva** - Apresentação. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1612>. Acesso em: jan. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos Humanos. Observatório Nacional do Idoso. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.gov.br/observatorioidoso>>. Acesso em: jan. 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censos Demográficos 2007**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: jan. 2010.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: fev. 2010.

INFORMAWORLD. **Journal of Elder Abuse & Neglect**. Disponível em: <<http://www.informaworld.com/openurl?genre=journal&issn=0894-6566>>. Acesso em: out. 2009.

INPEA. **Rede Internacional de Maus-Tratos contra o Idoso**. Disponível em: <www.inpea.net>. Acesso em: out. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: dezembro de 2009.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletins CEInfo ISA-Capital**. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www2.prefeitura.sp.gov.br/secretaria/saude/publicacoes/0004/#ceinfo>>. Acesso em: fev. 2010.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes - SIVVA**. Manual de Preenchimento - Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados. Disponível em: <www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/vigilancia_saude/dant/0009/Manual_preenchimento_SIVVA_simplificado_ago07.doc>. Acesso em: nov. 2010.

WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre. **Psicopatologia**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Psicopatologia>>. Acesso em: jan. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Principais variáveis estudadas

Caso	É beneficiário do HSPM?	Tipo de Violência/Suspeita	Idade, Sexo, Estado conjugal, Fonte de renda	Tipo de moradia, com quem reside, n°. de filhos vivos	Cuidador	Principal causa de internação, principal diagnóstico clínico, grau de dependência para as AVDs, tempo de internação	Eventos que levaram à suspeita de maus-tratos e determinaram a notificação	Dificuldade para confirmar a ocorrência de maus-tratos - Idoso apresenta	Providências da equipe interprofissional frente à suspeita de maus-tratos	Situação de risco em que vive o idoso	Evolução dos casos
1	Não	Negligência	87 anos Feminino Viúva Pensão	Alugada Filha 7 filhos	Filha	Broncopneumonia Síndrome demencial Dependência total 42 dias	Sérios conflitos familiares. Registro de BO feito por uma das filhas denunciando que a paciente não vinha sendo devidamente assistida pelos demais irmãos.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Desestruturação das relações familiares + Pobreza	Transferência Hospital de Retaguarda
2	Sim	Negligência	66 anos Feminino Viúva Pensão	Própria Filha 2 filhos	Filha	Queimaduras de 2ª e 3ª graus Síndrome demencial Dependência total 15 dias	Vive com filha com importante comprometimento cognitivo. Registro que no passado a paciente apresentava problemas de distúrbios mentais, negligenciando os cuidados com os filhos. Admitida no HSPM com múltiplas lesões (queimaduras de 2º e 3º graus).	Déficit cognitivo	Intervenção social, solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda e transferência HSPE / Serviço de Queimados	Dependente nas AVDs + Desestruturação das relações familiares + Pobreza	Transferência para divisão de queimados do HSPE
3	Não	Negligência	75 anos Masculino Viúvo Aposentadoria	Cedida Filha 1 filha	Filha	Úlcera por pressão Síndrome demencial Dependência total 23 dias	Vive com filha num porão em situação de pobreza absoluta e isolamento social. Relato feito pela sobrinha que o paciente sofria maus-tratos por parte da filha. História de sucessivas internações no HSPM.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Desestruturação das relações familiares + Isolamento social + Pobreza	Transferência Hospital de Retaguarda
4	Não	Abandono	85 anos Masculino Solteiro Aposentadoria	Alugada Sozinho 0 filho	Sem Cuidador	Úlcera por pressão Síndrome demencial Dependência total 27 dias	Vive sozinho, sem suporte familiar, em situação de pobreza e isolamento social. Admitido no HSPM com quadro de desidratação e más condições de higiene.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Isolamento social + Pobreza	Transferência Hospital de Retaguarda
5	Sim	Negligência	76 anos Feminino Solteira Aposentadoria	Alugada Irmã 0 filho	Irmã	Acidente vascular encefálico Síndrome demencial Dependência total 20 dias	Vive com irmã idosa, com problemas de saúde e sem condições para assegurar os cuidados da paciente após a alta hospitalar.	Déficit cognitivo	Intervenção social e seguimento no ambulatório do HSPM após alta hospitalar.	Dependente nas AVDs + Cuidadora idosa e com problemas de saúde	Alta para o domicílio de origem
6	Sim	Abandono	67 anos Masculino Solteiro Aposentadoria	Própria Sozinho 0 filho	Sem cuidador	Neoplasia de esôfago Neoplasia de esôfago Dependência parcial 39 dias	Vive sozinho, sem suporte familiar, em situação de isolamento social.	Piora do quadro clínico	Intervenção social e solicitação de vaga na Hospedaria do HSPM	Dependente parcial nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Isolamento social	Óbito durante a internação

7	Não	Negligência	92 anos Feminino Solteira Aposentadoria	Cedida Sobrinho 0 filho	Sobrinho	Infecção trato urinário Neoplasia de bexiga Dependência total 40 dias	Vive com sobrinho idoso, sem condições de saúde e recursos materiais para assegurar os cuidados da paciente após a alta hospitalar.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Cuidador idoso e com problemas de saúde	Óbito durante a internação
8	Não	Negligência	93 anos Feminino Solteira Aposentadoria	Própria Irmã 0 filhos	Irmã	Broncopneumonia Síndrome demencial Dependência total 32 dias	Vive com irmã idosa, sem condições de saúde e recursos materiais para assegurar os cuidados da paciente após a alta hospitalar.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Cuidadora idosa e com problemas de saúde	Transferência Hospital de Retaguarda
9	Não	Abandono	90 anos Feminino Solteira Aposentadoria	Pensão Sozinho 0 filhos	Sem cuidador	Queda da própria altura Depressão Dependência parcial 9 dias	Vive sozinha, sem suporte familiar, em situação de pobreza e isolamento social.	Piora do quadro clínico	Intervenção social e cadastro no Programa de Saúde da Família	Dependente parcial nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Pobreza + Isolamento social	Alta para o domicílio de origem
10	Não	Negligência	78 anos Masculino Casado Aposentadoria	Própria Esposa 1 filho	Esposa	Confusão mental e agitação Síndrome demencial Dependência total 60 dias	Vive com esposa idosa, sem condições de saúde e recursos materiais para assegurar os cuidados do paciente após a alta hospitalar. Único filho, desempregado e dependente químico.	Déficit cognitivo	Intervenção social, solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda e orientação sobre ILP	Dependente nas AVDs + Cuidadora idosa e com problemas de saúde + Filho dependente químico	Institucionalização / ILP
11	Não	Abandono	70 anos Masculino Separado Desempregado	Albergue ---- 0 filho	Sem cuidador	Fratura de fêmur Distúrbio psiquiátrico Dependência parcial 61 dias	Vive em albergue, sem suporte familiar, em situação de pobreza absoluta e isolamento social.	Comportamento agressivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente parcial nas AVDs + Sem residência fixa + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Pobreza + Isolamento social	Transferência Hospital de Retaguarda
12	Não	Negligência	83 anos Masculino Casado Aposentadoria	Própria Esposa e filho 4 filhos	Esposa	Acidente vascular encefálico Síndrome demencial Dependência total 33 dias	Vive com esposa idosa e filho aposentado. Família resistente à desospitalização.	Déficit cognitivo	Intervenção social e orientação sobre cuidador formal	Dependente nas AVDs + Família resistente à desospitalização do paciente	Alta para o domicílio de origem
13	Sim	Financeira	87 anos Feminino Viúva Aposentadoria	Própria Sozinha 0 filho	Cuidador Formal	Queda da própria altura Síndrome demencial Dependência total 18 dias	Vive sozinha, os cuidados de rotina são fornecidos por cuidadora contratada. Suspeita que o responsável (Curador) está desviando os recursos financeiros destinados ao cuidado da idosa.	Déficit cognitivo	Intervenção social e orientação sobre ILP	Dependente nas AVDs + Responsável resistente à desospitalização + Nível de assistência incompatível com a renda e os bens do idoso	Institucionalização / ILP
14	Sim	Abandono	64 anos Feminino Viúva Pensão	Própria Sozinha 0 filho	Sem cuidador	Quadro de diarreia HIV Dependência total 71 dias	Vive sozinha, sem suporte familiar, em situação de isolamento social.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga na Hospedaria do HSPM	Dependente nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Isolamento social	Transferência Hospedaria do HSPM
15	Não	Abandono	80 anos Masculino Solteiro Aposentadoria	Cedida Sozinho 0 filho	Sem cuidador	Broncopneumonia Diabetes Mellitus Dependência total 16 dias	Vive sozinho, sem suporte familiar, em situação de pobreza e isolamento social.	Piora do quadro clínico	Intervenção social e pesquisa de instituições sociais para abrigamento do paciente após possível alta hospitalar	Dependente nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Pobreza + Isolamento social	Óbito durante a internação

16	Não	Abandono	65 anos Feminino Viúva Pensão	Pensão Sozinha 0 filho	Sem cuidador	Confusão mental e agitação Síndrome demencial Dependência total 60 dias	Vive sozinha, sem suporte familiar, em situação de pobreza e isolamento social.	Déficit cognitivo	Intervenção social, orientação sobre ILP e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente parcial nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Pobreza + Isolamento social	Institucionalização / ILP
17	Sim	Negligência	80 anos Feminino Viúva Pensão	ILP --- 1 filho	Cuidador Formal	Infecção trato urinário Síndrome demencial Dependência total 28 dias	Vive em ILP. Família resistente à desospitalização. História que paciente já passou por várias ILPs.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Família resistente à desospitalização + Passou por diversas ILP.	Transferência Hospital de Retaguarda
18	Não	Negligência	78 anos Feminino Viúva BPC	Própria Sozinha 1 filho	Sem cuidador	Acidente vascular encefálico Síndrome demencial Dependência total 46 dias	Vive sozinha. Filho resistente à desospitalização. Encontrada caída no domicílio e relato de vizinhos que a paciente não vinha sendo devidamente assistida pelo filho.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Isolamento social + Família resistente à desospitalização	Transferência Hospital de Retaguarda
19	Não	Abandono	86 anos Feminino Casada Apos. do esposo	Própria Esposo 0 filho	Esposo	Fratura de Ombro Síndrome demencial Dependência total 21 dias	Vive com esposo idoso, com problemas de saúde. Casal sem suporte familiar. Registro de BO feito por vizinhos denunciando que o casal vivia em situação de abandono.	Déficit cognitivo	Intervenção social, contato Consulado Italiano e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas ABVs + Cuidador idoso e com problemas de saúde + Isolamento social	Transferência Hospital de Retaguarda
20	Não	Abandono	81 anos Feminino Viúva Aposentadoria	Própria Sozinha 0 filho	Sem cuidador	Confusão mental e agitação Síndrome demencial Dependência total 11 dias	Vive sozinha, sem suporte familiar, em situação de pobreza e isolamento social.	Déficit cognitivo	Intervenção social, contato Consulado Australiano e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Pobreza + Isolamento social	Transferência Hospital de Retaguarda
21	Sim	Negligência	81 anos Feminina Solteira Aposentadoria	Própria Filha e neto 1 filha	Filha	Infecção trato urinário Síndrome demencial Dependência total 29 dias	Vive com filha e o neto, que é dependente químico. Admitida no HSPM com quadro de desnutrição, desidratação e más condições de higiene.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga na Hospedaria do HSPM	Dependente nas AVDs + Desestruturação das relações familiares + Neto dependente químico	Transferência Hospedaria do HSPM
22	Não	Financeira	86 anos Feminino Solteira Aposentadoria	Própria Inquilina 0 filho	Inquilina	Broncopneumonia Síndrome demencial Dependência parcial 11 dias	Vive com inquilina (pessoa que aluga um quarto em sua residência), sem suporte familiar. Na ocasião, a inquilina declarou que deixou de pagar aluguel e passou a cuidar da paciente e a administrar o domicílio. Relatos contraditórios e ambivalentes acerca da relação da paciente com a responsável.	Déficit cognitivo	Intervenção social e orientação sobre cuidador formal	Dependente nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Informações ambivalentes	Alta para o domicílio de origem

23	Não	Abandono	66 anos Feminino Não informado Não informado	Não informado Não informado Não informado	Sem cuidador	Hipotermia Parada cardiorespiratória Dependência total 1 hora	Vive sozinha, em situação de pobreza absoluta e isolamento social. Socorrida pelo SAMU, admitida no HSPM em péssimas condições de higiene - pediculose, escabiose generalizada, roupas enfiadas de larvas. Óbito após 1 hora de hospitalização.	Piora do quadro clínico	Intervenção social na tentativa de localizar familiares e/ou conhecidos	Dependente nas AVDs + Pobreza + Isolamento social	Óbito durante a internação
24	Sim	Negligência	91 anos Feminino Viúva Pensão	Própria Filho 1 filho	Filho	Acidente vascular encefálico Síndrome demencial Dependência total 293 dias	Vive com filho, em situação de pobreza e isolamento social. Vizinhos registram BO denunciando que a paciente não vinha sendo devidamente assistida pelo filho.	Déficit cognitivo	Intervenção social, solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda e na Hospedaria do HSPM	Dependente nas AVDs + Desestruturação das relações familiares + Pobreza	Óbito durante a internação
25	Não	Negligência	67 anos Masculino Casado Aposentadoria	Própria Esposa 0 filho	Esposa	Acidente vascular encefálico Síndrome demencial Dependência total 137 dias	Vive com esposa mais jovem, a qual apresentou resistência à desospitalização. Alta efetivada por esta após longo período de internação.	Déficit cognitivo	Intervenção social, solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda e orientação sobre ILP	Dependente nas AVDs + Família resistente à desospitalização do paciente	Institucionalização / ILP
26	Não	Abandono	67 anos Feminino Viúva Pensão	Própria Sozinha 1 filho	Sem cuidador	Infecção trato urinário Síndrome demencial Dependência total 34 dias	Vive sozinha, sem contato com o filho há muitos anos e em situação de pobreza e isolamento social. Encontrada por vizinhos caída no domicílio, em péssimas condições de higiene, desorientada, com escoriações e hematomas.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Pobreza + Isolamento social	Transferência Hospital de Retaguarda
27	Sim	Negligência	63 anos Feminino Casada Apos. do esposo	Própria Esposo e filha 5 filhos	Filha	Insuficiência renal Insuficiência renal Dependência Parcial 21 dias	Vive com esposo idoso e filha. Sérios conflitos familiares. Registro de BO feito por familiares denunciando que paciente não vinha sendo devidamente assistida pelos filhos.	Déficit cognitivo	Intervenção social, orientação sobre cuidador formal e seguimento no ambulatório do HSPM após alta hospitalar	Dependente parcial nas AVDs + Desestruturação das relações familiares	Alta para o domicílio de origem
28	Não	Negligência	91 anos Feminino Solteira Aposentadoria	Cedida 2 irmãs 0 filho	Irmã	Broncopneumonia Síndrome demencial Dependência total 224 dias	Vive com irmãs idosas. Demais familiares resistentes à desospitalização. Alta efetivada após longo período de internação.	Déficit cognitivo	Intervenção social, orientação sobre ILP e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Família resistente à desospitalização da idosa	Institucionalização / ILP
29	Não	Abandono	80 anos Masculino Solteiro Desempregado	Albergue ---- Não informado	Sem cuidador	Confusão mental e agitação Síndrome demencial Dependência total 41 dias	Vive em albergue, sem suporte familiar, em situação de pobreza absoluta e isolamento social.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Pobreza + Isolamento social	Transferência Hospital de Retaguarda
30	Sim	Psicológica	82 anos Feminino Viúva Pensão	Própria Irmã e irmão 0 filho	Sem cuidador	Queda da própria altura Distúrbio psiquiátrico Dependência parcial 8 dias	Vive com irmãos idosos, um deles é dependente químico com distúrbio de comportamento. Sérios conflitos familiares. História de sucessivas internações no PS do HSPM. Observados durante hospitalização episódios de agressões verbais entre paciente e irmãos.	Comportamento agressivo	Intervenção social, orientação sobre cuidador formal e seguimento no ambulatório do HSPM após alta hospitalar	Dependente parcial nas AVDs + Desestruturação das relações familiares + Irmão dependente químico	Alta para o domicílio de origem

31	Não	Financeira	74 anos Feminino Viúva Aposentadoria	Própria Sozinha 0 filho	Sem cuidador	Confusão mental e agitação Esquizofrenia Dependência parcial 17 dias	Vive sozinha, sem suporte familiar. Registro de BO denunciando que paciente assinou procuração para pessoa desconhecida que desvia os recursos destinados ao cuidado da mesma.	Déficit cognitivo	Intervenção social, contato Consulado da Grécia e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente parcial nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Isolamento social + Desvio dos recursos da idosa	Transferência Hospital de Retaguarda
32	Sim	Psicológica	77 anos Feminino Viúva Pensão	Cedida Amiga 1 filho	Amiga	Diarréia crônica Síndrome demencial Dependência parcial 37 dias	Vive com amiga, sem contato com o filho há mais de 20 anos. Durante período de internação paciente referiu dificuldade no relacionamento com a amiga cuidadora.	Déficit cognitivo	Intervenção social e seguimento no ambulatório do HSPM após alta hospitalar	Dependente parcial nas AVDs + Conflitos no relacionamento entre cuidadora e idosa	Alta para o domicílio de amigos
33	Não	Abandono	65 anos Masculino Solteiro Desempregado	Própria (imóvel irá a leilão por dívida de pagamento de condomínio) Sozinho 0 filho	Sem cuidador	Desidratação Esquizofrenia Dependência parcial 65 dias	Vive sozinho, sem suporte familiar, em situação de pobreza absoluta e isolamento social. Encontrado caído na rua, desorientado e em péssimas condições de higiene.	Déficit cognitivo	Intervenção social. Solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda, em Hosp. Psiquiátrico e em outros serviços de abrigo da cidade de São Paulo	Dependente parcial nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Pobreza + Isolamento social	Transferência Hospital Psiquiátrico
34	Não	Abandono	73 anos Feminino Não informado Não informado	Não informado Sozinha Não informado	Sem cuidador	Obstipação intestinal grave Obstipação intestinal crônica Dependência total 31 dias	Vive sozinha, sem suporte familiar, em situação de pobreza e isolamento social.	Déficit cognitivo	Intervenção social e pesquisa de instituições sociais para abrigamento do paciente após possível alta hospitalar	Dependente nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Pobreza + Isolamento social	Óbito durante a internação
35	Não	Negligência	74 anos Feminino Solteira Aposentadoria	Alugada Irmã 0 filho	Irmã	Broncopneumonia Insuficiência renal Dependência total 68 dias	Vive com irmã idosa. Demais familiares resistentes à desospitalização. Durante período de internação paciente referiu estar se sentindo rejeitada e abandonada pela família.	Déficit cognitivo	Intervenção social, orientação sobre cuidador formal e ILP	Dependente nas AVDs + Família resistente à desospitalização da idosa	Óbito durante a internação
36	Não	Abandono	75 anos Masculino Solteiro Aposentadoria	Própria Sozinho 0 filho	Sem cuidador	Broncopneumonia Síndrome demencial Dependência total 13 dias	Vive sozinho, sem suporte familiar, em situação de pobreza e isolamento social.	Déficit cognitivo	Intervenção social e pesquisa de instituições sociais para abrigamento do paciente após possível alta hospitalar	Dependente nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Pobreza + Isolamento social	Óbito durante a internação
37	Sim	Negligência	62 anos Masculino Solteiro Aposentado	Cedida Cunhada 0 filho	Cunhada	Confusão mental e agitação Síndrome Parkinsoniana Dependência parcial 80 dias	Vive com cunhada idosa. Demais familiares resistentes à desospitalização.	Déficit cognitivo	Intervenção social, orientação sobre cuidador formal e ILP, e solicitação de vaga na Hospedaria do HSPM	Dependente parcial nas AVDs - Família resistente à desospitalização do idoso	Transferência Hospedaria do HSPM

38	Sim	Negligência	84 anos Feminino Viúva Pensão	Própria Filha e neta 4 filhos	Filha	Broncopneumonia Síndrome demencial Dependência total 1 dia	Vive com filha e neta. Admitida no HSPM em péssimas condições de higiene (crostas de sujeira na pele, unhas compridas e sujas, aparelho genital com secreção fétida) e com sonda nasointestinal em péssimo estado de conservação. Óbito após 24 horas de hospitalização.	Déficit cognitivo	Intervenção social	Dependente nas AVDs + Família mostrou-se resistente às orientações da equipe, reagindo de forma defensiva	Óbito durante a internação
39	Sim	Financeira	73 anos Masculino Solteiro Aposentadoria	Pensão Amigo 0 filho	Amigo	Úlcera por pressão em MI Síndrome demencial Dependência parcial 19 dias	Vive com amigo cuidador em quarto de pensão, o qual apresentou resistência à desospitalização. Suspeita de desvio dos recursos do idoso por parte do amigo.	Déficit cognitivo	Intervenção social, pesquisa de ILP e instituições sociais para abrigamento do paciente após alta hospitalar	Dependente parcial nas AVDs + Responsável resistente à desospitalização + Nível de assistência incompatível com a renda do idoso	Institucionalização / ILP
40	Não	Negligência	76 anos Feminino Casada Aposentadoria	Cedida Esposo 1 filha	Esposo	Úlcera por pressão em região sacral Síndrome demencial Dependência total 59 dias	Vive com esposo idoso. Admitida no HSPM em péssimas condições de higiene, com ferida em tornozelo, úlcera por pressão em região sacral, emagrecida e desidratada.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Desestruturação das relações familiares + Pobreza + Isolamento social	Transferência Hospital de Retaguarda
41	Não	Física	84 anos Feminino Solteira Aposentadoria	Alugada Filha 1 filha	Filha	Contusão ombro e Depressão Independente 1 dia	Vive com filha dependente química. Admitida no HSPM com história de ter sido agredida pela filha.	Sente-se na obrigação de proteger seu familiar da punição legal	Intervenção social e orientação sobre cuidador formal	Desestruturação das relações familiares + Filha dependente química	Alta para o domicílio de origem
42	Sim	Negligência	89 anos Feminino Casada Aposentadoria	Própria Esposo e filha 1 filha	Esposo	Broncopneumonia Síndrome demencial Dependência total 58 dias	Vive com esposo idoso seriamente adoentado e filha portadora de transtorno mental, em situação de pobreza.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Cuidador idoso e com problemas de saúde + Filha portadora de transtorno mental	Transferência Hospital de Retaguarda
43	Não	Negligência	76 anos Masculino União Estável Aposentadoria	Pensão Companheira 0 filho	Esposa	Infecção trato urinário Síndrome demencial Dependência total 48 dias	Vive em quarto de pensão com companheira idosa, a qual não apresenta condições de saúde e recursos materiais para assegurar os cuidados do paciente após a alta hospitalar. Paciente sem vínculos com os filhos.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Cuidadora idosa e com problemas de saúde + Desestruturação das relações familiares + Pobreza	Óbito durante a internação
44	Não	Abandono	74 anos Masculino Solteiro Aposentadoria	Pensão Sozinho 0 filho	Sem cuidador	Trauma de bacia Síndrome demencial Dependência parcial 21 dias	Vive sozinho, sem suporte familiar, em situação de isolamento social.	Déficit cognitivo	Intervenção social. Pesquisa de ILP e instituições sociais para abrigamento do paciente após alta hospitalar	Dependente nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Isolamento social	Institucionalização / ILP
45	Não	Abandono	70 anos Masculino Não informado Desempregado	Albergue --- Não informado	Sem cuidador	Crise convulsiva Síndrome demencial Dependência total 214 dias	Vive em albergue, sem suporte familiar, em situação de pobreza e isolamento social.	Déficit cognitivo	Intervenção social e solicitação de vaga em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Ausência de familiares para prestar os cuidados + Pobreza + Isolamento social	Transferência Hospital de Retaguarda

46	Não	Negligência	86 anos Feminino Casada Aposentadoria	Própria Esposo 1 filha	Esposo	Desidratação Síndrome demencial Dependência parcial 2 dias	Vive com esposo idoso, sem condições de saúde e recursos materiais para assegurar os cuidados da paciente após a alta hospitalar. Admitida no HSPM em más condições de higiene. Casal sem contato com a filha há muitos anos.	Déficit cognitivo	Intervenção social e orientação sobre cuidador formal	Dependente parcial nas AVDs + Cuidador idoso e com problemas de saúde + Desestruturação das relações familiares	Alta para o domicílio de origem
47	Sim	Negligência	77 anos Masculino Viúvo Aposentadoria	Própria Filha 2 filhos	Filha	Obstipação intestinal grave Síndrome demencial Dependência total 95 dias	Vive com filha. Filhos apresentam resistência à desospitalização. Durante a hospitalização foi instaurado, pelo Ministério Público do Estado de São Paulo, inquérito policial para apuração da conduta dos filhos.	Déficit cognitivo	Intervenção social, orientação sobre cuidador formal e ILP, e solicitação de vaga na Hospedaria do HSPM	Dependente nas AVDs + Desestruturação das relações familiares + Família resistente à desospitalização	Transferência Hospedaria do HSPM
48	Sim	Abandono	70 anos Masculino Viúvo Aposentadoria	Cedida Neto 1 filha	Neto	Desidratação Síndrome demencial Dependência total 311 dias	Vive num barraco com neto que está cumprindo medida socioeducativa de LA. Única filha internada em instituição para dependentes químicos. Admitido no HSPM em péssimas condições de higiene com história de ter sido encontrado abandonado no domicílio.	Déficit cognitivo	Intervenção social, solicitação de vaga na Hospedaria do HSPM e em Hosp. de Retaguarda	Dependente nas AVDs + Pobreza + Isolamento social + Desestruturação das relações familiares + Filha e neto dependentes químicos	Transferência Hospital de Retaguarda

APÊNDICE B - Relato de casos

Como contribuição ao debate da temática da violência e maus-tratos no setor saúde, foi imprescindível incluir neste trabalho a apresentação de dois casos que ilustrassem a participação efetiva da equipe interprofissional. Um dos pressupostos importantes da equipe com a resolutividade dos casos foi a percepção de que *“o alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas”* (Martinelli, 2007, p.2).

CASO 1: A opção por este caso deve-se ao fato de caracterizar-se, para a equipe interdisciplinar do HSPM, como o pioneiro na discussão do processo de notificação dos casos de idosos com suspeita de terem sido vítimas de maus-tratos. No contexto de ação interdisciplinar, este caso deve ser destacado como âncora para que, a partir de sua complexidade, o processo de notificação fosse reconhecido no HSPM. Norteou também este caso a elaboração de estratégias e parâmetros de atuação profissional para as situações de suspeita de violência e maus-tratos.

Identificação: Paciente do sexo feminino, 83 anos, branca, natural de país europeu, solteira, sem filhos e sem familiares, escolaridade superior completo, aposentada, renda mensal de R\$ 609,20 (referente aposentadoria e pensão deixada pelo pai) e procedente de casa de repouso particular.

Histórico Clínico: Admitida no HSPM em 30/09/2002, proveniente de uma casa de repouso, com quadro de hipertensão arterial sistêmica (HAS), desnutrição, insuficiência cardíaca e transtorno de personalidade. Com antecedente de osteossíntese¹⁵ de quadril e tornozelo direito e prótese intramedular em pé direito, portanto, necessitando de auxílio para as atividades de vida diária. Recebeu alta em 03/10/2002.

Foi reinternada em 11/11/2002 devido a quadro de leucorreia (ou corrimento vaginal) por corpo estranho encontrado na região vaginal. Transferida para Clínica de Repouso conveniado com o HSPM em 21/11/02.

¹⁵ Osteossíntese: Intervenção cirúrgica que tem por finalidade reunir mecanicamente os fragmentos ósseos de uma fratura, por intermédio de uma peça metálica, que permite a consolidação pela formação do calo.

Em 05/11/2003 registrou nova entrada no Pronto socorro do HSPM, procedente da Casa de Repouso. Apresentou-se estável e sem intercorrências clínicas, porém com sinais e sintomas da síndrome demencial. Transferida, em 17/06/2004, para o Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II.

Hipótese diagnóstica da última internação: Síndrome Demencial.

Histórico Social: Foi trazida ao pronto socorro do HSPM, em 30/09/2002, acompanhada de uma funcionária da casa de repouso. Na ocasião, a paciente relatou que sempre residiu sozinha e contava com suporte de duas amigas. Que há aproximadamente 30 dias estava institucionalizada em uma casa de repouso particular e estava insatisfeita com o serviço oferecido neste local.

As duas amigas foram então localizadas e confirmaram a procedência da paciente. Informaram que a mesma tem histórico de várias institucionalizações (aproximadamente 9 casas de repouso) tendo dificuldades sucessivas de adaptações. Também morou, revezando, na casa das amigas e apresentou problemas no relacionamento e dificuldades de adaptação em ambas as casas. Na impossibilidade de realizar as atividades de vida diária foi novamente institucionalizada.

Na alta efetivada em 03/10/2002 a paciente demonstrou insegurança em retornar para a instituição de origem. Três dias após a alta, foi realizado pela equipe interdisciplinar uma visita à instituição. A paciente foi encontrada acamada, deprimida e com odor fétido. Parecia receosa de que algo relatado por ela pudesse ser revelado aos proprietários do local. Como medida preventiva e também diante da condição clínica da paciente, em 11/11/2002, a paciente foi resgatada na casa de repouso pelo serviço de ambulância do HSPM para consulta nos ambulatorios de geriatria e ginecologia do HSPM. Nesta data foi reinternada para investigação de infecção por corpo estranho na região vaginal. Na entrevista com a equipe, a paciente relatou que provocou a infecção propositadamente na intenção de retornar ao hospital em busca de proteção. Manifestação esta, interpretada pela equipe, como um explícito pedido de socorro.

Diante do fato, apoiada pela equipe, a paciente decidiu que não mais retornaria aquela casa de repouso após a alta hospitalar. A partir de então foi traçado um plano de ação, onde diversas medidas foram tomadas:

1. Caso notificado ao Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI) do Ministério Público, cuja resposta oficialmente protocolada foi de que, *a paciente não se trata de pessoa incapaz e nem muito menos totalmente carente, podendo portanto, expressar sua vontade como, aliás já o vem fazendo, de sorte que cabe a ela, ao receber alta médica fazer sua opção de vida.*
2. Contato com amigas na perspectiva de resgatar vínculos. Estas referiram impossibilidade de assumir os cuidados diretos com a paciente ou qualquer outro compromisso e responsabilidade.
3. Pesquisa e solicitação de vaga em diversas Instituições de Longa Permanência públicas e privadas. Dificuldade de inserção em todas as instituições pesquisadas, uma vez que estas exigem um responsável legal e a paciente não contava com nenhuma referência efetiva. O aspecto econômico também constituiu-se em um entrave, visto que a renda da paciente era insuficiente para cobrir os custos de uma instituição particular.
4. Solicitação de vaga em Clínica de Repouso conveniada na época com o HSPM. A medida, em caráter provisório, visou a retirada da paciente do ambiente hospitalar, para a prevenção dos riscos decorrentes de uma longa internação. Vaga cedida, em 21/11/02, até que a equipe tomasse as providências necessárias.
5. Contato com Consulado do país de origem da paciente na perspectiva de conseguir suporte na condução do caso. Em maio de 2003 foi cedida vaga para paciente em Casa de Repouso mantida pela comunidade de seu país de origem, onde permaneceu até novembro do mesmo ano. Nesta instituição, apresentou sérios problemas de adaptação e intensos conflitos nos relacionamentos. Fato que ocasionou sua saída da instituição referida no dia 05/11/2003 e, nesta mesma data seu retorno ao serviço de geriatria do HSPM e consequentemente sua reinternação. Medida esta justificada pela total ausência de responsáveis e alternativas imediatas de moradia.
6. Caso reincaminhado ao Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI) do Ministério Público solicitando nova avaliação e intervenção, devido ao caráter recorrente desse comportamento da paciente
7. Pedido de vaga em Hospital de Retaguarda através da Secretaria Municipal de Saúde – Central de Regulação de Leitos.
8. Transferência da paciente, em 17/06/2004, para o Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II, gerenciado pela Santa Casa de São Paulo, após vaga cedida pela Secretaria Municipal de Saúde. A partir de então, o caso passou a ser acompanhado pelo Serviço Social deste Hospital.

CASO 2: O presente relato de caso demonstra as dificuldades na elaboração e realização de uma intervenção. Demonstra ainda a necessidade de se ajustar condutas para que possam ser efetivas na diminuição dos riscos, e reafirma a imprescindibilidade de articular uma rede de apoio para o atendimento do núcleo familiar em que vive o idoso, vítima de suspeita de maus-tratos.

Identificação: Paciente do sexo masculino, 71 anos, negro, natural de São Paulo, viúvo, escolaridade até a 4ª série, servidor público municipal aposentado (renda mensal de R\$ 600,00), tem uma filha e um neto. Reside em um barraco com o neto de 20 anos, que está cumprindo medida sócioeducativa de Liberdade Assistida. A única filha, de 40 anos, está internada em instituição para dependentes químicos e, segundo informações, todos os outros familiares do paciente já são falecidos.

Histórico Clínico: Admitido no HSPM em 04/06/2008, com história de ter sido encontrado no domicílio em situação de abandono. Chegou com quadro de mal estado geral, desidratado, febril, confuso, afásico, hemiplegia completa à esquerda, com úlceras de decúbito e de calcâneo. Em agosto de 2008 o paciente apresentava-se estável e em condições de receber alta hospitalar. Porém, a alta não foi efetivada considerando o grau de dependência do paciente e o fato da família não dispor de condições para assegurar os cuidados no domicílio. Foi então encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde – Central de Regulação de Leitos, pedido de vaga em Hospital de Retaguarda. Vaga cedida em abril de 2009, quando a alta foi efetivada.

Hipótese diagnóstica: Hipertensão arterial sistêmica (HAS), demência por seqüela de AVCI, infecção urinária e desnutrição.

Histórico Social: Foi trazido ao serviço de emergência do HSPM, acompanhado por profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) e do Núcleo de proteção Especial de referência do bairro onde reside. Estes informaram que o paciente foi encontrado em seu domicílio em condições de abandono e em péssimas condições de higiene. Informaram ainda que a única filha do paciente estava internada em instituição para recuperação de álcool e droga e o neto cumprindo medida sócioeducativa de Liberdade Assistida. Acrescentaram que no mês de abril de 2008 o paciente esteve internado em um outro serviço hospitalar em virtude de um Acidente Vascular Cerebral (AVC), recebeu alta deste serviço com

dependência total para as atividades de vida diária (AVD) - na época a filha do paciente já se encontrava em tratamento para recuperação de álcool e drogas, portanto, os cuidados deste foram direcionados ao neto, que não dispunha de recursos, experiência, preparo e conhecimento suficientes para assumir tal responsabilidade. Foi destacado por estes profissionais que o neto apresentava uma limitação intelectual, que esteve durante vários anos em sistema de regime fechado e estava em fase de readaptação. Além disso, foi evidenciado que apesar de todas as dificuldades apresentadas, a família demonstrava afeto e compromisso um com o outro.

Considerando a condição de vulnerabilidade em que o paciente se encontrava, o caso foi notificado ao Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI) do Ministério Público. E em agosto de 2008 foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde – Central de Regulação de Leitos, pedido de vaga em Hospital de Retaguarda.

Na entrevista social o neto relatou várias dificuldades que o impediam de assegurar os cuidados do avô no domicílio. Dentre estas, impossibilidade de retornar ao domicílio, considerando as ameaças sofridas por traficantes; dificuldade de conseguir trabalho, já que não era totalmente alfabetizado - tinha cursado as 1ª e 2ª séries do primário quando ainda estava em regime fechado e, ainda não contava com nenhum recurso financeiro, pois a aposentadoria do avô estava bloqueada por falta de um responsável legal. Apesar desta problemática, o neto declarou o desejo de acompanhar o avô durante o processo de internação.

Tendo em vista as dificuldades apontadas, para a real efetivação do direito deste neto ficar como acompanhante do avô, já que não dispunha de residência fixa, recursos financeiros para alimentação e transporte, algumas providências se impuseram para que fossem criadas as condições estruturais apropriadas para sua permanência como acompanhante. Tais providências constam do plano de ação a seguir:

1. viabilizado, junto à administração do HSPM, o fornecimento das refeições diárias para o neto;
2. encaminhado para o serviço de expedição da 2ª via da Carteira de Identidade (RG);
3. encaminhado, após contato prévio, com a Junta de Serviço Militar, para a regularização de sua situação militar,
4. encaminhado para uma vaga fixa em Albergue da cidade de São Paulo;
5. encaminhado para cursar o supletivo, em horário noturno e próximo do albergue;

6. encaminhado para tratamento odontológico e com especialistas em serviços públicos de saúde;
7. e o caso foi encaminhado a um programa assistencial do município de São Paulo - Projeto Ação Jovem da prefeitura de São Paulo¹⁶.

A partir de então o neto passou a acompanhar diariamente o processo de internação do avô. Sua presença tornou-se fundamental no processo de recuperação do paciente. Foi observado pela equipe interprofissional que este apresentava comportamento adequado e colaborativo com o paciente e com a equipe da enfermaria. Ainda, foi reconhecido pela equipe a necessidade de afeto e aproximação que o paciente manifestava na relação com o neto.

Durante sua passagem na enfermaria o paciente manifestou, com grande dificuldade, o desejo de rever sua filha. Através de contato com os responsáveis pela clínica onde a mesma estava internada, foi possível viabilizar a visita desta ao pai. Várias visitas ocorreram a partir de então e, nestas ocasiões, foi observado que, de fato, a família havia preservado o vínculo afetivo um com o outro. No decorrer destas visitas, filha e neto do paciente foram orientados acerca dos procedimentos para dar entrada ao processo de interdição¹⁷ do paciente.

Em julho de 2008 a filha informou que entrou com a ação de interdição na Procuradoria de Assistência Judiciária do Estado de São Paulo¹⁸. No entanto, a petição inicial foi indeferida, tendo em vista a inexistência de estrutura familiar (filha e neto), bem como a inexistência de parentes que o possam fazer. Em janeiro de 2009, esta relatou que havia protocolado novo processo de interdição, anexando agora além de novo laudo médico, cópia do processo que revoga, em outubro de 2008, a medida sócioeducativa imposta ao neto. Ainda segundo a filha, até abril de 2009, não houve, nenhuma decisão sobre o processo.

¹⁶ Projeto Ação Jovem: é uma parceria com a Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social (SEADS) do estado de São Paulo com o Governo do Estado. O projeto é direcionado a jovens de 15 a 24 anos que se encontram em situação de vulnerabilidade social. Tem como objetivo propiciar retorno e permanência do jovem na escola, para possibilitar a sua inserção no mercado de trabalho. É fornecido uma bolsa-auxílio no valor de R\$ 60,00 (Sessenta Reais) mensais, no período de um ano, podendo ser prorrogado uma única vez, por igual período, mediante frequência mínima e avaliação de resultados.

¹⁷ Interdição - É uma medida judicial pelo qual se declara a incapacidade de determinada pessoa natural, maior, de praticar certos atos da vida civil. Decretada a interdição será nomeado o curador responsável pela proteção à pessoa declarada incapaz para cuidar de si e de seus bens. Estão sujeitos à curatela “aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil”. Todas estas medidas estão regulamentadas nos artigos 1.767 a 1.778 do Novo Código Civil (Lei nº 10.406/02).

¹⁸ A Procuradoria de Assistência Judiciária do Estado de São Paulo é órgão integrante da Procuradoria Geral do Estado, por força do disposto na Lei Complementar 478/86. De acordo com o artigo 10 das Disposições Transitórias da Constituição do Estado de São Paulo, e nos termos da Lei Complementar 988/06, incumbe-lhe, em conjunto com a Defensoria Pública do Estado, prestar assistência judiciária gratuita àqueles que não podem pagar advogado sem prejuízo do sustento próprio ou de sua família. (ver mais nos sites: <www.pge.sp.gov.br/institucional/assistencia.htm> ou <www.defensoria.sp.gov.br>).

Enquanto não ocorria a conclusão do caso, o neto permanecia como acompanhante do avô e filha realizava visitas esporádicas. Neste período houve relatos de que a filha havia interrompido o tratamento e voltado ao consumo excessivo de álcool. Este fato dificultou, sobremaneira, o trabalho que vinha sendo desenvolvido pela equipe de buscar o restabelecimento da estrutura desta família. Consequentemente, a perspectiva de planejar o retorno do paciente e de seu neto ao domicílio de origem e ao convívio social foi seriamente depreciada.

Faz-se necessário esclarecer que, regularmente, eram encaminhados, ao Grupo de Atuação Especial de Proteção ao Idoso (GAEPI) do Ministério Público e à Secretaria Municipal de Saúde – Central de Regulação de Leitos, relatórios complementares sobre as condições atuais do paciente e de seus familiares. Era também constantemente reforçado sobre os riscos significativos de uma internação prolongada e solicitado urgência na orientação e conduta do caso.

Em abril de 2009 o paciente foi transferido para o Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II, gerenciado pela Santa Casa de São Paulo, após vaga cedida pela Secretaria Municipal de Saúde. A partir de então, o caso passou a ser acompanhado pelo Serviço Social deste Hospital.

ANEXOS

ANEXO A - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HSPM

São Paulo, 20 de Janeiro de 2009.

Ref: Respostas ao parecer nº 02/ 2008 - CEP

Ilma. Sra. Sueli Erasma Gaspar Jardim
Serviço de Assistência Social

Registro CEP: 127/2008

PROJETO DE PESQUISA: "Caracterização dos idosos com suspeita de maus tratos atendidos no HSPM e levantamento de causas".

Unidade e Instituições envolvidas:

HSPM – Serviço de Assistência Social e Ambulatório de Geriatria do HSPM.

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO (PUC)

Pesquisador orientador responsável da PUC:

Profa. Dra. Ruth Gelehter da Costa Lopes

Pesquisador Executante do HSPM:

Sueli Erasma Gaspar Jardim (Assistente Social da Clínica de Geriatria e Gerontologia)

Ao proceder à análise do documento em referência considerou-se que as informações enviadas atendem aos aspectos fundamentais da Resolução CNS 196/96 e suas complementares sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.



Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto. Ainda, informamos que de acordo com a legislação vigente, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP, os relatórios parciais e finais do estudo (Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c"), bem como uma cópia impressa do trabalho publicado.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO APROVADO

Maria Stella Moreira

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital do Servidor Público Municipal

ANEXO B - Ficha de Estudo Social

						SERVIÇO SOCIAL					
						FICHA DE ESTUDO SOCIAL					
DATA											
☐ FUNCIONÁRIO ☐ MUNÍCIPE											
Procedência : ☐ Espontânea ☐ Internado ☐ Ambulatorio ☐ S.M.C.U.											
Clínica/Serviço:						Andar:		Quarto:		Leito:	
I - IDENTIFICAÇÃO				R.F:				R.H:			
Nome:											
Idade:		Data Nasc.: / /		Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.		Raça: ☐ B ☐ N ☐ A					
Naturalidade:				Estado Civil:		Religião:					
Cônjuge:						Idade:					
Filiação :											
Ocupação:						Escolaridade:					
Endereço :						nº		Compl.:			
Bairro :			Cidade:		Est.:		CEP:		Telefone:		
Ponto de referência:						Telefone:					
II - RESPONSÁVEL		Nome:				Parentesco:					
Unidade de trabalho:						Função:					
Salário:		Tempo de serviço:				Categoria:					
Endereço:						nº		Compl.:			
Bairro:			Cidade:				Estado:				
Telefone:											
III - COMPOSIÇÃO FAMILIAR											
NOME			PARENT.	ID.	ESCOLARID.	OCUPAÇÃO ATUAL			VENCIMENTOS		
Nº de pessoas que trabalham : Renda familiar: s.m.											
IV - CONDIÇÕES DE HABIATAÇÃO											
Propriedade: ☐ Cedida ☐ Alugada ☐ Financiada ☐ Própria ☐ Outros											
Tipo de moradia: ☐ Casa ☐ Apto ☐ Barraco ☐ Cortiço ☐ Albergue ☐ Pensão ☐ Outros											
Saneamento básico: ☐ Água ☐ Esgoto ☐ Luz ☐ Lixo											