

Maus-tratos a idosos: relato de casos e comentários sobre as intervenções médicas

Elderly mistreatment: case reports and commentaries about medical approaches

RESUMO

Os maus-tratos a idosos representam um grave problema. Com o envelhecimento populacional, a tendência será um aumento no número de novos casos. Além das dificuldades relacionadas à identificação dos maus-tratos contra idosos, observa-se que, muitas vezes, o manejo dos pacientes associado a uma intervenção efetiva para modificar essa situação não tem sido corretamente implementado.

Aqui, são relatados três casos de maus-tratos a idosos vivenciados em nosso serviço. É descrita a necessidade de individualização das condutas terapêuticas para cada caso.

UNITERMOS: Violência, Abuso, Idosos.

ABSTRACT

Elderly mistreatment is a serious dilemma. With the populational aging, the tendency will be an increasing in the number of new cases. Besides the difficulties related to the identification of elderly mistreatment, it has frequently been observed that the patient's management associated to an effective intervention has not correctly been performed in order to change this situation.

Here, are reported three cases of elderly mistreatment that we experienced in our institution. It is described the necessity to individualize the therapeutic approach for each single case.

KEY WORDS: *Violence, Abuse, Elderly.*

ADRIANE MONSERRAT RAMOS – Médica Residente do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

SATHIE KAMIZONO – Médica Residente do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

MARÍLIA SILVA LOBO FERNANDES – Médica Residente do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

FLAVIO XAVIER – Doutor em Psiquiatria pela Unifesp (Escola Paulista de Medicina).

Hospital São Lucas da PUCRS e Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre.

✉ Endereço para correspondência:

Adriane Monserrat Ramos

Riachuelo 1247 apto 403

90010-271 – Porto Alegre, RS – Brasil

Tel: (51) 3225-3050 / FAX: (51) 3233-3200

✉ adriane.ramos@terra.com.br

levar a reflexões éticas sobre quebra de sigilo, informação à polícia, justiça e sobre o compromisso do médico com o paciente idoso.

CASO 1

Paciente de 72 anos, masculino, portador de demência leve de Alzheimer, consultou no ambulatório de Neuropsiquiatria Geriátrica do Serviço de Geriatria do Hospital São Lucas da PUCRS acompanhado por sua companheira. Casados há 20 anos, e a companheira sempre foi a responsável por seus cuidados. Durante a consulta, a esposa-cuidadora queixou-se de cansaço dos cuidados oferecidos a ele, de sustentá-lo financeiramente e de ser agredida verbalmente. Além disso, solicitou um documento que comprovasse a impossibilidade do paciente de gerenciar suas finanças, devido à demência. O paciente foi entrevistado separadamente e negou tudo isso, queixando-se de não estar recebendo auxílio para tomar seus medicamentos. A impressão foi de que a permanência da cuidadora ao lado do doente estivesse mais relacionada a um mau uso do pa-

INTRODUÇÃO

Os maus-tratos a idosos possuem uma elevada prevalência e incidência, sendo responsáveis por 500.000 a 1,2 milhões de casos nos Estados Unidos anualmente (1,2). Na América Latina, incluindo o Brasil, ainda não existem dados que relatem a verdadeira incidência e prevalência desse problema (3).

Entende-se por maus-tratos a idosos o abuso físico e psicológico, a negligência, a exploração financeira e a violação de direitos (4,5,6).

O baixo índice de suspeição, a atribuição de sintomas ou sinais físicos de maus-tratos a patologias de base da vítima e o simples fato do problema se apresentar através de descompensações

repetidas de doenças crônicas do idoso podem comprometer a sua identificação (3). Além dessas dificuldades inerentes ao diagnóstico dos maus-tratos aos idosos, observamos em nossa prática uma grande dificuldade no manejo e na intervenção concreta com o objetivo de uma resolução adequada dos casos (7).

O presente conjunto de relato de casos demonstra as dificuldades na elaboração e realização de uma intervenção, assim como a necessidade de se ajustar condutas para que possam ser efetivas na diminuição de risco ou de agressão.

Devido à falta de padronização, a criação de práticas e condutas é por um lado necessária e por outro eticamente discutível. Essas intervenções podem

trimônio dele do que de a um vínculo afetivo. Então, diante dessas questões de conflitos patrimoniais e, principalmente, pelos riscos à segurança desse paciente, foi decidido contactar os filhos do paciente. Foi identificado um deles, residente em outro estado, que parecia ser o mais indicado para cuidar do pai. A equipe médica, através de contato telefônico, informou a esse filho os riscos de seu pai continuar sendo cuidado pela companheira, sugerindo a ele, caso não houvesse condições de assumir os cuidados do pai, que contratasse outra pessoa para a execução dessa tarefa ou optasse pela institucionalização do mesmo. O filho decidiu assumir os cuidados, trazendo o pai para sua residência. Os médicos envolvidos nesse atendimento julgaram de fundamental importância a garantia da manutenção da segurança desse indivíduo e para isso tanto a sua institucionalização quanto a substituição de seu cuidador foram procedimentos considerados como adequados.

CASO 2

Paciente de 85 anos, feminina, com demência vascular leve, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), depressão e osteoporose. Residia com uma família vizinha, pois não possuía filhos e, segundo as informações que tínhamos, não havia nenhum familiar seu vivo. Essa família trouxe a paciente para sua casa logo após ela ter sido submetida a uma cirurgia protética por fratura de colo do fêmur, com a justificativa de que a senhora não poderia permanecer mais morando sozinha. A sua principal cuidadora (filha da dona da casa) solicitou a realização de uma visita domiciliar médica para orientá-la sobre como deveria proceder na reabilitação da paciente. As orientações foram fornecidas e quinzenalmente um médico que, atualmente, é Residente do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) realizava visitas domiciliares para revisão da

paciente. Durante seu acompanhamento, foi constatado que ela não estava realizando fisioterapia motora, conforme orientado e, conseqüentemente, não vinha apresentando uma evolução favorável em sua reabilitação. Além disso, foi conduzida diversas vezes à emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre por episódios de descompensação da ICC. Parecia também estar mais deprimida e com piora do seu déficit cognitivo, sendo questionada até a possibilidade de novos eventos vasculares, já que ela persistia com níveis pressóricos constantemente elevados. Durante as visitas, a cuidadora sempre esteve presente, dificultando o exame clínico e não permitindo a privacidade da paciente. Este também foi um fator para a suspeição de maus-tratos, além da evidência de negligência e interesses no patrimônio da vítima. Por isso, foi acionado o serviço social do Hospital Nossa Senhora da Conceição que localizou alguns parentes da paciente residentes em outro estado e contactou eles, convocando-os para uma reunião. Eles compareceram a reunião e se disponibilizaram a cuidá-la. Desta forma, a paciente foi afastada dos agressores e o caso foi comunicado à Delegacia do Idoso, conforme preconizado pelo Estatuto do Idoso que, mesmo em casos onde a vítima é afastada da situação de maus-tratos, o fato tem que ser levado ao conhecimento da Delegacia do Idoso.

CASO 3

A esposa de um doente acamado por demência avançada que consulta no ambulatório de Neuropsiquiatria do Hospital São Lucas da PUCRS informou que estava medicando o esposo com doses superiores às prescritas. Também administrava, sem orientação médica, psicofármacos sedativos, além dos prescritos pela equipe. O paciente, sempre que comparecia às consultas nesse ambulatório, encontrava-se sonolento, o que possivelmente ocorria pelo uso abusivo de psicofarma-

cos. Devido ao caráter recorrente desse comportamento, a equipe do ambulatório indagou os motivos pelos quais a cuidadora agia dessa maneira. Ela relatou que estava exausta e que os médicos não tinham conhecimento da agitação do doente no dia-a-dia. Foram realizadas várias reuniões com a esposa para explicar o quadro do paciente e orientar quanto às indicações, riscos e efeitos colaterais das doses excessivas dos psicofármacos. Porém, ela não se mostrou em nenhum momento disposta a seguir essas orientações e continuou mantendo o mesmo comportamento. A equipe médica então, preocupada com os maus-tratos a que esse idoso estava sendo submetido, solicitou a intervenção do serviço social no caso. Inicialmente, a assistente social convocou os filhos do casal para uma reunião. Os filhos não compareceram em nenhuma das reuniões convocadas. E durante esse período, o paciente foi revisado através de contato telefônico por um médico da equipe que obtinha informações com a esposa sobre o quadro clínico e manejo do paciente. Então, evidenciando-se a presença de maus-tratos, caracterizada pela administração por parte da cuidadora desse paciente de doses de medicações psicotrópicas acima das prescritas pelos médicos, o serviço social denunciou o caso à Delegacia do Idoso. Após essa denúncia, foi instalado um processo contra a cuidadora que, por sua vez, sentiu-se ameaçada. O envolvimento da polícia foi mal compreendido por ela, que não compareceu mais ao ambulatório de Neuropsiquiatria, levando à ruptura da relação médico-paciente.

DISCUSSÃO

Dentre as variáveis da vítima-idosa associadas a um maior risco de maus-tratos, encontram-se descritas na literatura a demência, o controle financeiro e o estresse do cuidador (primeiro caso); a demência, a depressão e a limitação física (segundo caso), e a demência e o estresse do cuidador (ter-

ceiro caso). A depressão da vítima, além de fator de risco para agressão, pode ser também uma consequência desta. Nos casos descritos, a impossibilidade da vítima de informar (por demência, ou simplesmente por negativa do acompanhante em deixar o idoso sozinho na consulta) foi um indício para se considerar a possibilidade de maus-tratos.

Quanto ao tipo de intervenção, não existe uma padronização e dependerá de vários fatores como a própria apresentação do caso (7,8,9). No entanto, existem alguns pontos que são consensos: a necessidade dos profissionais estarem sempre cientes da possibilidade desse fato, a importância da abordagem interdisciplinar tendo como equipe mínima o médico e o assistente social, o agir de forma cuidadosa evitando expor o indivíduo a um maior risco, e a exploração de todos os recursos disponíveis visando à proteção do idoso. É importante ainda fornecer orientações aos familiares, dividindo as responsabilidades com eles e a comunicação às entidades cabíveis (3,6,10).

Pelo estatuto do idoso, o artigo 19 exige que todos os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos devam ser comunicados pelos profissionais da saúde a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso ou Conselho Nacional do Idoso.

Contudo, restringir a intervenção apenas à comunicação dos fatos à polícia pode ser contraproducente. Ainda que legalmente não seja adequado sonegar a informação às autoridades, a equipe multidisciplinar também inclui profissionais de saúde, e o papel

desta é tratar todo grupo, inclusive o agressor. Diagnosticar a psicopatologia eventual do agressor, medicá-la, identificar os fatores estressores, mantendo o contato com o grupo sem rupturas de confiança é tão desejável quanto difícil de ser executado, como ilustra o terceiro relato de caso. E as mesmas dificuldades anteriormente descritas apresentadas pela equipe no manejo do terceiro caso provavelmente favoreceram o afastamento da cuidadora com a indesejável ruptura da relação médico-paciente.

São inquestionáveis os papéis do profissional da saúde na prevenção, identificação e tratamento dos casos de maus-tratos contra idosos, já que muitas vezes os serviços de saúde em geral constituem uma das suas principais portas de entrada. Para uma adequada abordagem, a equipe de saúde deve estar habilitada. Outros pontos importantes a serem implementados são a padronização de um protocolo para orientar a identificação e a conduta nessas situações, criação de redes de apoio às vítimas e aos cuidadores, além da divulgação ampla dos recursos disponíveis na comunidade para o encaminhamento desses casos (3,7,8,10).

De fato os maus-tratos a idosos, por possuírem uma faceta jurídica e outra moral, exigem uma reflexão sobre qual de fato é o papel do profissional de saúde e do médico nesses casos. Desta forma, enquanto a maior parte dos serviços em nosso meio não dispuser de rotinas para esses casos e também de uma adequada equipe multidisciplinar, o improvisado e o compromisso com o doente, associado ao bom senso clínico, continuarão orientando o profissional de saúde tanto a não se restringir à busca de justiça quanto a não abandonar o idoso aos maus-tratos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FULMER T. Elder Mistreatment. *Annu Rev Nurs Res* 2002; 20:369-95.
2. FULMER T, GUADAGNO L, BOLTON MM. Elder mistreatment in women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004; 33(5):657-63.
3. VIANA EF, PYL, NERIAL, et al. – Tratado de Geriatria e Gerontologia 2002.
4. LACHS MS, WILLIAMS C, O'BRIEN S, et al. Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year observational cohort study. *Gerontologist* 1997; 37(4):469-74.
5. PARIS BE, MEIER DE, GOLDESTEN T. Elder abuse and neglect: how to recognize warning signs and intervene. *Geriatrics* 1995; 50(4): 47-51; quiz 52-3.
6. SWAGERTY DLJR, TAKAHASHI PY, EVANS JM. Elder Mistreatment. *Am Fam Physician* 1999; 15-59(10):2804-8.
7. JONES JS, VEENSTRA TR, SEAMON JP, et al. Elder mistreatment: national survey of emergency physicians. *Ann Emerg Med* 1997; 30(4):473-9.
8. FULMER T, GUADAGNO L, BITONDO DYER C, et al. Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(2):297-304.
9. ROSENBLATT DE, CHO KH, DURANCE PW. Reporting mistreatment of older adults: the role of physicians. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44(1):65-70.
10. HAZZARD WR, BLASS JP, HALTER JB, et al. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* 2003.
11. COMIJS HC, POT AM, SMIT JH, et al. Elder abuse in the community: prevalence and consequences. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(7):885-8.
12. MARSHALL CE, BENTON D, BRAZIER JM. Elder abuse. Using clinical tools to identify clues of mistreatment. *Geriatrics* 2000; 55(2):42-4,47-50,53.
13. MOSQUEDA L, BURNIGHT K, LIAO S, et al. Advancing the field of elder mistreatment: a new model for integration of social and medical services. *Gerontologist* 2004; 44(5):703-8.