

Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)

Perceptions of managers and health professionals about health care to elderly victims of violence in the city of Rio de Janeiro (RJ, Brazil)

Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti¹
Edinilsa Ramos de Souza²

Abstract *This article presents the vision of managers and health professionals about the care of elderly victims of violence in Rio de Janeiro, showing the specificities of this attention in pre-hospital, hospital and rehabilitation areas, including mental health services. Based on a qualitative methodology, 20 semi-structured interviews with managers and health professionals were produced. The analysis considered the perceptions about violence against elderly, and the specificities of attention provided by SUS services to elderly victims. The State, the family and the social support organizations emerged as structuring categories of the network of care for elderly victims of violence. All attention areas presented insufficient care services or specific programs for the elderly victims of accidents and violence. Also there was a precarious network of social support for care of dependent elderly. With few exceptions elderly are treated as anyone else in public health services, without the priority set by the Statute of the Elderly. The family is called to participate in the care for the elderly in all areas of care. Abandonment, neglect, physical and psychological abuse against seniors cases were reported.*

Key words *Violence, Aging health, Health services, Elderly*

Resumo *Este artigo expõe a visão de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro, evidenciando as especificidades dessa atenção nas esferas pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação, e abrangendo também os serviços de saúde mental. Com base na metodologia qualitativa, foram realizadas vinte entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais de saúde. A análise considerou as percepções da violência contra idosos e as especificidades da atenção fornecida pelos serviços da rede SUS aos idosos vitimizados. O Estado, a família e as organizações de apoio social emergiram como categorias estruturantes da rede de atenção aos idosos em situação de violência. Em todas as esferas de atenção constatou-se a insuficiência de serviços ou programas específicos para atendimento a esses idosos, bem como a precariedade da rede de apoio social para cuidado da pessoa idosa dependente. Com poucas exceções, o idoso é atendido como mais um nos serviços públicos de saúde, sem a prioridade determinada pelo Estatuto do Idoso. A família é chamada a participar da atenção aos idosos em todas as esferas de atenção. Foram relatadas histórias de abandono, negligência, abusos físicos e psicológicos contra idosos.*

Palavras-chave *Violência, Saúde do idoso, Serviços de Saúde*

¹Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Praça Jorge Machado Moreira, Cidade Universitária, Ilha do Fundão. 21941-598 Rio de Janeiro RJ. lourdes@iesc.ufrj.br

²Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

Este artigo apresenta especificidades da atenção a idosos vítimas de violências na visão de profissionais e gestores de serviços de saúde do município do Rio de Janeiro. Constitui parte de uma pesquisa interinstitucional, desenvolvida entre 2006 e 2008 em cinco capitais, dentre as quais o Rio de Janeiro, tendo como objeto de estudo o atendimento ao idoso vítima de acidentes e violências nos serviços da rede SUS¹.

Desde o final da década de 1980 a violência passou a ser considerada um problema de saúde pública no Brasil, em decorrência da magnitude da mortalidade em razão de causas externas, que passou à segunda posição entre as causas de morte no Brasil e no estado do Rio de Janeiro². Entre os idosos, nos anos de 1980 a 1998, as causas externas foram a sexta causa de morte, sobressaindo os óbitos por acidentes de trânsito e transporte, as quedas e os homicídios³. Ao longo da década de 1990, outras dimensões da violência – e suas repercussões sobre a saúde – se tornaram objeto de intervenção e preocupação de pesquisadores e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse período, a violência interpessoal, especialmente a violência doméstica ou familiar contra crianças e adolescentes, e a violência contra a mulher adquiriram maior visibilidade na sociedade. Mais recente e ainda incipiente no Brasil é a percepção da violência contra idosos. A partir do final dos anos 90, alguns estudos evidenciaram a ocorrência de violência contra esse grupo, inclusive de maus-tratos na esfera da família^{3,4}. Estatísticas internacionais acerca desse fenômeno ressaltam a subestimação dos dados, num quadro agravado pelo envelhecimento da população³. Nos Estados Unidos, estimativas referem que 1,5 milhão de idosos sofrem maus-tratos anualmente; e no Canadá, 125 mil idosos, ou seja, 4% da população, são vítimas de abusos e negligência⁴.

O envelhecimento da população amplia a magnitude da violência contra os idosos e torna premente a necessidade de adequação dos serviços públicos para a atenção à saúde desse grupo populacional, de modo a agregar dignidade e qualidade de vida aos anos a mais vividos^{1,3,4}. Desse modo, constituiu-se o Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, para o período 2007-2010, fruto de um esforço conjunto do governo federal, do Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos (CNDI) e dos movimentos sociais. Seu principal objetivo é promover ações que levem ao cumprimento do Es-

tatuto do Idoso e do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU/2002), que trata do enfrentamento da exclusão social e de todas as formas de violência contra esse grupo social. O Plano pretende estabelecer estratégias de ação de prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa, planejadas, organizadas, acompanhadas e avaliadas em todas as etapas da sua execução.

Segundo esse plano, violência, maus-tratos, abusos contra os idosos são noções que dizem respeito a processos e a relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou ainda institucionais, que causem danos físicos, mentais e morais à pessoa. De acordo com a Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-Tratos 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”⁵.

No Brasil, desde 1994, a Política Nacional do Idoso⁶ instituiu a obrigatoriedade da denúncia de “qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso”, e posteriormente o Estatuto do Idoso⁷, no Art. 59, definiu a multa como forma de punição ao profissional de saúde que deixar “de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento”. O Estatuto do Idoso estabelece ainda, no Art. 4º, 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”⁷. Não obstante o avanço da legislação, ainda há escassez de informações disponíveis e confiáveis que permitam estimar o fenômeno em território nacional^{3,8}. Além de abusos físicos, psicológicos, das negligências e do abandono, uma especificidade da violência contra os idosos é a exploração financeira, traduzida nas situações de apropriação indevida de seus bens, aposentadoria, pensão ou outras fontes de renda da pessoa idosa⁸.

Na perspectiva da saúde coletiva a violência não é inata, constitui um fenômeno social complexo passível de prevenção, e sua abordagem requer um enfoque sistêmico-ecológico, abrangendo as esferas individual, familiar, da comunidade e da sociedade como um todo, com políticas públicas e estratégias de enfrentamento específicas para cada nível de abordagem. Este é o referencial teórico adotado neste trabalho para investigar a violência.

Nesse sentido, cabe ao setor saúde atuar na prevenção, na identificação e no cuidado às vítimas de violências. Todavia, os profissionais en-

frentam diversas dificuldades, tanto por desconhecimento quanto por não disporem dos meios necessários para a resolução do problema, o que frequentemente reduz as intervenções a ações paliativas e circunstanciais^{8,9}.

Este trabalho tem como propósito apresentar a visão de gestores e profissionais de saúde a respeito da atenção aos idosos que sofrem violências e são assistidos pelo SUS, no Rio de Janeiro, evidenciando as especificidades dessa atenção nas esferas pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação, e abrangendo também a atenção aos idosos que apresentam distúrbio mental e são vítimas de violência.

Metodologia

O estudo original, de cunho transversal exploratório, incluiu abordagens qualitativas e quantitativas da metodologia de pesquisa em saúde. No entanto, este artigo abrange, exclusivamente, a análise das informações qualitativas obtidas por meio de vinte entrevistas realizadas com gestores e profissionais de saúde da cidade do Rio de Janeiro. Na fase exploratória, de mapeamento dos serviços e programas que atendem idosos em situação de violências, foram realizadas cinco entrevistas com gestores do nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os instrumentos de pesquisa foram elaborados pela equipe do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) com base em documentos norteadores da atenção aos idosos, às vítimas de acidentes e violências, e de atenção em saúde mental (Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências⁸, Estatuto do Idoso⁷, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹⁰ e Política Nacional de Saúde Mental¹¹). No segundo momento, de aprofundamento das informações referentes à atenção aos idosos em situação de violência no Rio de Janeiro, foram elaborados roteiros de entrevista dirigidos a profissionais das seguintes categorias: coordenador, médico e socorrista do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e do Grupamento de Socorro de Emergência (GSE); gestor responsável por hospital de emergência e médico ortopedista ou urgentista; coordenador do serviço de reabilitação e fisioterapeuta; coordenador de hospital psiquiátrico, psiquiatra e assistente social; coordenador de centro de referência no atendimento ao idoso e gerontólogo; coordenador e psicólogo do Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

As questões norteadoras dos roteiros de entrevista abordaram o atendimento e o fluxo de atendimento aos idosos vítimas de violências na cidade do Rio de Janeiro; as especificidades da atenção aos idosos e dos idosos em situação de violência; se o fato de o paciente ser idoso interfere na assistência e de que modo; a interação com a família na atenção aos idosos; a avaliação e as sugestões dos entrevistados acerca da atenção aos idosos vítimas de violência no município. Os serviços, coordenadores e profissionais entrevistados foram definidos com base na indicação dos gestores do nível central da Secretaria Municipal de Saúde. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na apresentação dos resultados, os depoimentos foram categorizados como de gestores ou profissionais de saúde, das esferas de atenção pré-hospitalar, hospitalar ou de reabilitação.

As entrevistas foram transcritas, organizadas e analisadas tendo como referencial a análise temática e considerando-se dois eixos nucleadores de sentido: (1) as percepções da violência contra idosos nos serviços de saúde, abrangendo as ações efetuadas ante essas violências e a notificação ou denúncia das situações identificadas; e (2) as especificidades da atenção a esses idosos vitimizados, abrangendo a interação com a família e as sugestões dos profissionais acerca da atenção prestada a esses casos no município do Rio de Janeiro. A leitura temática das entrevistas transcritas orientou a análise qualitativa, buscando-se levar em conta as estruturas de relevância atribuídas pelos profissionais e gestores às especificidades da atenção aos idosos em situação de violência no município. O Estado, a família e as organizações de apoio social emergiram como categorias recorrentes e estruturantes da rede de atenção aos idosos vitimizados por violências.

Apresentação e discussão dos resultados

Violência velada: as percepções, os relatos e as intervenções ante as violências contra idosos nos serviços de saúde

Alguns profissionais distinguem maus-tratos de violência, por desconhecimento ou, talvez, receio em reconhecer determinada condição como violência.

Eu nunca peguei paciente vítima de violência. Já peguei idoso em maus-tratos, mas por violência não. (Profissional de saúde/pré-hospitalar)

Entre as situações de violência vivenciadas por idosos e constatadas pelos profissionais de saúde, os gestores ressaltaram como mais comum o isolamento e a falta de apoio social àqueles que necessitam de auxílio para desempenharem as atividades da vida diária. No nível central, um gestor da atenção básica referiu a preocupação dos agentes comunitários de saúde com idosos que moram sozinhos e não têm quem cuide deles. Aludiu-se à falta de estrutura das famílias para cuidarem dos idosos como o principal fator deflagrador de violência, e o abandono como a situação mais frequente. Souza¹² realizou pesquisa com idosos em uma comunidade pobre do Rio de Janeiro e discute os determinantes do isolamento. Mais do que morar sozinho, o isolamento resulta da ausência de redes formais e informais de relações, que promovem o apoio social à pessoa idosa. Essas redes, por sua vez, dependem de uma série de fatores, dentre eles o tempo de moradia na localidade, com quem e com quantas pessoas reside e como é o seu relacionamento com essas pessoas, para quem faz e de quem recebe visitas.

Na esfera hospitalar o abandono foi apontado como preponderante, em virtude de as famílias não poderem ou não saberem como cuidar devidamente do idoso. Esta questão se torna ainda mais grave quando se trata de idosos dependentes acometidos por transtornos mentais, demência e outros problemas de saúde debilitantes, por ser ainda mais difícil cuidar desses pacientes, as famílias não dispõem de recursos para pagar cuidadores, e inexistirem instituições asilares suficientes e de boa qualidade.

No hospital de emergência, uma conversa com a assistente social ou o chefe de equipe costuma ser suficiente para superar a relutância dos familiares e convencê-los da necessidade de desocupar o leito e levar o idoso de alta para casa. No hospital psiquiátrico, essas situações são encaminhadas para o Ministério Público.

Em relação à saúde mental, queixas de abusos constituem relato corriqueiro entre pacientes psiquiátricos, podendo fazer parte da sintomatologia. A comprovação é complicada, pois a família costuma negar e atribuir as queixas a fantasias do doente. Quando os relatos são manifestação de transtorno mental, o tratamento adequado contribui para amenizar o quadro, aplacar os conflitos e viabilizar a convivência com os familiares. O profissional de um Centro de Aten-

ção Psicossocial (Caps) referiu a identificação de casos de violência psicológica contra os idosos, como agressões verbais, ou negligências, como deixá-los sem comida. Em tais situações, a conduta é chamar a família para conversar juntamente com o paciente. Essa estratégia tem se mostrado eficaz, sem que a equipe precise contatar a rede de suporte e proteção social aos idosos.

No centro de referência de atenção a idosos, as histórias de maus-tratos abrangem situações de negligência, abandono e cinco casos de idosas vítimas de violência física e psicológica perpetradas pelos filhos. No hospital psiquiátrico, outras situações relatadas dizem respeito à apropriação indébita de recursos financeiros do familiar idoso.

Percebe-se um velamento da violência contra o idoso, pois se por um lado os entrevistados declararam inexistirem essas situações nos serviços em que atuam ou pelos quais são responsáveis, por outro todos relataram casos de idosos submetidos à violência, vivenciados no cotidiano dos serviços de saúde. Desse modo, esses sujeitos fazem distinção entre o que consideram incluso na categorização violência contra idosos e as circunstâncias com que lidam diariamente, por mais que a atividade profissional seja permeada por situações de violências psicológicas, físicas, financeiras ou negligências contra idosos.

Um fator que pode contribuir para encobrir o reconhecimento da violência contra os idosos é a dificuldade dos profissionais – e mesmo gestores – em intervir nessas circunstâncias. Na visão dos entrevistados, o que fazer ante as situações de idosos vitimizados constitui um desafio que transcende o setor saúde, e diante do qual os profissionais e gestores se sentem institucionalmente desamparados.

A Gerência de Saúde do Idoso dirige suas ações para a sensibilização e a capacitação dos profissionais da rede, a fim de viabilizar a identificação e a notificação dos abusos contra idosos. Para efetivar a obrigatoriedade da notificação é preciso oferecer um suporte para a intervenção nas situações de maus-tratos contra idosos, e segundo os técnicos esse processo se encontra em construção, em fase de planejamento.

Os profissionais do centro de referência também mencionaram a ausência de estrutura e a falta de capacitação dos profissionais, inclusive para a identificação dos casos, e a dificuldade para agir nas situações de maus-tratos. O que fazer nas situações de violência intrafamiliar contra idosos é uma preocupação recorrente dos profissionais de saúde. A abordagem nessas situações demanda uma intervenção imediata em

um contexto desfavorável e sem contar com instituições de apoio. Assim, uma questão crucial ao se discutir a violência contra idosos na família é: o que fazer. No período da investigação, o município contava apenas com a Delegacia do Idoso para receber idosos vitimizados; no entanto, encontra-se em fase de implantação, no bojo da implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), os Centros de Referência Especializada em Assistência Social (Creas), para os quais deverão ser encaminhados esses casos¹³.

Na esfera pré-hospitalar móvel, acompanham as narrativas dos profissionais de nível médio ressalvas a respeito da falta de autonomia para assumir uma atitude mais pró-ativa, notificar e orientar, dentre outras ações.

A gente não faz nada; só relata no nosso prontuário, passa pro médico plantonista e chama a assistente social do hospital pra ela tomar as providências. A gente não faz nada. Só faz a orientação da família pra cuidar melhor do idoso. Não temos autonomia nem direito de fazer nada. Isso não faz parte do nosso protocolo. (Profissional de saúde/pré-hospitalar)

No centro de referência, ao detectar idosos vítimas de violência, a equipe realiza uma abordagem multiprofissional, envolvendo a família. Fatores como o uso de álcool e drogas pelo idoso, pelo cuidador e por familiares são frequentes e tornam a abordagem ainda mais complexa. Neste serviço, que atende apenas idosos, apesar da descrição de um panorama desalentador, há experiências positivas de instrução dos familiares para lidar com pacientes acamados, demenciados e com alto grau de dependência. É possível prevenir a violência ao ***educar essa família para a doença, para como cuidar da pessoa dentro de casa, estabelecer algum tipo de suporte com essa família do que fazer, como fazer. Ela consegue cuidar com muito menos sofrimento. Você reduz muito a chance da violência*** (gestor/pré-hospitalar).

Os gestores e o gerontólogo expuseram as apreensões quanto aos desdobramentos necessariamente decorrentes das notificações de maus-tratos contra idosos: que fazer nessas situações? Qual encaminhamento a ser dado? Que solução oferecer? Aludiram a algumas condições para o enfrentamento da violência que extrapolam o setor saúde. A principal delas é a ausência de uma rede efetiva de proteção social ao idoso com a participação do Estado e da sociedade civil. Citaram como complicador o fato de existir uma única Vara da Infância, Adolescência e Idoso. Além da diversidade das demandas e das questões, a tendência é priorizar as crianças e os adolescentes,

em detrimento dos idosos. Mencionaram ainda a inexistência do Conselho Municipal do Idoso, apesar de previsto em lei⁶ desde 1994, e a importância de se buscar o apoio das instâncias de participação e controle social como aliados na construção dessa rede de atenção à saúde e suporte nas situações de violência contra os idosos.

A ausência do Estado e de uma rede de apoio social aos idosos, com casas de apoio, abrigos, asilos e leitos de retaguarda em hospitais, faz com que a responsabilidade pelo cuidado da pessoa idosa recaia exclusivamente sobre a família, favorecendo a emergência da violência familiar.

Apesar da lei dizer que é um problema da família, do Estado e da comunidade, o Estado se afasta muito dessa história. Então ele deixa a pessoa com a família, e um dos grandes motivos de você ter essa situação de esgarçamento da relação, de violência, de agressividade pra com a pessoa, normalmente é uma falta, você tem um ambiente inadequado, pequeno demais, várias gerações, problema econômico, vários problemas ao mesmo tempo sem que você tenha um mínimo suporte. (Gestor/pré-hospitalar)

Além do mais, foi ressaltada a limitação da psiquiatria para lidar com situações de violência, o que redundava em iatrogenia pela medicalização e rotulação como portadores de desordem mental, de pessoas submetidas ao estresse da violência cotidiana, seja nas comunidades em que vivem, seja na família ou no trabalho.

Nesse sentido a psiquiatria fica sempre inoperante, não só para o idoso, mas também com adultos que a gente atende aqui e você não dá conta... medicalização da loucura ou da violência, do sofrimento psíquico, não dá conta desse problema que envolve as condições sociais dessa população que vive em comunidades... e são privadas de uma série de outros serviços de saúde. A psiquiatria fica enxugando gelo. Até que ela oferece algum tipo de substância química que alivia o sofrimento psíquico, mas não promove mudança nas condições de vida da pessoa. (Gestor/hospitalar)

Tem pessoas que ficam em pânico porque moram no meio de tiroteio, porque não podem sair de suas casas e chegam aqui a gente vai dizer que é síndrome do pânico, mas poxa... É complicado porque tem consequências, as pessoas começam a ter taquicardia, crise de angústia, e são normais. Aí a pessoa passa a frequentar nosso ambulatório, tem um cartãozinho, é paciente psiquiátrico, tem uma doença com um nome e aí vira uma categoria e isso não dá conta. (Gestor/hospitalar)

Outra questão diz respeito às implicações da notificação e da denúncia de maus-tratos a idosos. Como a notificação de maus-tratos contra

idosos não foi implantada na SMS, as situações que chegam ao conhecimento da Gerência de Saúde do Idoso provêm do Ministério Público, que recebe as denúncias e solicita a investigação à SMS.

No centro de referência de atenção à saúde de idosos, a conduta é sempre apoiar a família; mas ao se esgotarem as possibilidades de interação e solução no âmbito familiar, é realizada a denúncia ao Ministério Público ou à Delegacia do Idoso. Os especialistas salientaram que a denúncia depende da concordância do idoso. Mas, comumente, o vínculo de parentesco, afeto ou consideração entre a vítima e o agressor constitui um obstáculo.

Às vezes é um neto que é drogado, ele não quer denunciar, ele não vai expor o neto a isso, ele prefere apanhar a que isso aconteça, ele prefere ficar sem o dinheiro dele a que isso aconteça. (Profissional de saúde/pré-hospitalar)

Não há uma articulação formal entre serviços de saúde e os órgãos de defesa dos direitos e proteção das pessoas idosas. Uma denúncia realizada sem o conhecimento do idoso e do serviço de saúde resultou em uma intervenção desastrosa da Delegacia do Idoso, expressando as consequências danosas dessa desarticulação: [...] ***a gente sabia que o paciente apanhava, estávamos tentando conversar com a família, até que um vizinho desse senhor denunciou. A Delegacia do Idoso foi lá na casa dele. Na outra consulta ele chegou com as costelas quebradas. Porque não adianta, ele ficou lá, foi pior. Ele disse: “Não faz nada, pelo amor de Deus, só vai piorar”.*** (Profissional de saúde/pré-hospitalar)

No centro de referência, é preciso tentar várias vezes até conseguir contato por telefone com o Ministério Público e com a Delegacia do Idoso. A demora, inclusive o tempo de espera para atendimento na delegacia, suscita críticas, pois é necessário agilidade ao lidar com idosos vitimados por violência. O Ministério Público foi acionado para intervir no caso de uma senhora idosa, demenciada e desorientada, abandonada pelo sobrinho. Morava sozinha sem nenhum cuidado ou higiene, sem tomar banho, comendo comida estragada, quase botando fogo na casa, enfim, correndo risco de vida. Mas, antes da intervenção do Ministério Público, a equipe do centro de referência encontrou outro parente que a levou para morar com ele e resolveu o problema. Em outra história, apesar da lentidão, o Ministério Público obteve êxito ao retirar, após um ano, o filho agressor da residência de uma idosa e cessar a violência.

O Ministério Público demorou, mas demorou muito, nesse caso que o filho saiu de casa. Esperou

um ano, um ano é muito tempo, pro filho que era superameaçador, ele podia ter matado essa mãe. (Profissional de saúde/pré-hospitalar)

Especificidades da atenção aos idosos nos serviços de saúde

A atenção aos idosos vítimas de acidentes e violências, no Rio de Janeiro, reflete a organização do sistema público de saúde. Quando o foco incide sobre a população idosa, crescem as limitações da assistência prestada no SUS. Portanto, a avaliação da rede de atenção aos casos de violências envolvendo idosos remete aos problemas crônicos elencados pelos entrevistados: a superlotação hospitalar, especialmente nas emergências, com pacientes que deveriam ser atendidos na esfera de atenção básica, historicamente precária; a insuficiência de leitos de retaguarda e a ausência de uma rede de suporte social.

Entre as peculiaridades a serem consideradas na atenção aos idosos, os técnicos destacaram: a presença de doenças crônicas, de comorbidades, o uso de vários medicamentos, desorientação, maior dificuldade para obter informação, menor limiar para suportar a dor, maior dificuldade para punção venosa, suscetibilidade à infecção, longa permanência hospitalar, dentre outras. Com frequência, os idosos apresentam algum grau de restrição locomotora e, devido à perda de mobilidade, permanecem mais tempo em casa, às vezes presos ao leito, o que reduz a autonomia, aumenta a dependência, o risco de acidentes e a ocorrência de maus-tratos.

Apesar das singularidades requeridas pelo atendimento aos idosos que sofrem violências, são exíguos os serviços que oferecem essa atenção qualificada à população idosa nas esferas pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação. O quadro se repete com relação à saúde mental, nos transtornos agudos dos idosos. Apesar de existirem geriatras e gerontólogos na rede, eles não atuam como tal, pois havia apenas dois geriatras e nenhum gerontólogo no quadro funcional da SMS na época da pesquisa.

Os gestores e profissionais foram contundentes nas avaliações sobre o SUS no Rio de Janeiro e salientaram a violência praticada no dia a dia dos serviços de saúde, ao não se assistir a população plenamente e de forma digna.

[...] nós, sistema de saúde, cometemos violência para com os nossos usuários não só idosos, mas todos eles, todos os dias quando a gente manda chegar três horas da manhã, quando eles não conseguem vaga, não têm transporte, não têm remédio. Então,

o sistema é tão violento e agressivo por não ter pernas pra dar suporte. (Gestor/pré-hospitalar)

A autocrítica concernente aos serviços de saúde poderia esvaziar a autoridade dos técnicos no enfrentamento da violência. No entanto, o reconhecimento das fraquezas intrínsecas ao sistema de saúde exprime uma atitude franca viabilizando ao estabelecimento de um diálogo consistente na busca de superação da violência, seja familiar, seja institucional.

Foi exposta a precariedade da atenção aos idosos que procuram os serviços de saúde, independentemente da ocorrência de situações de acidentes ou violências. Segundo os entrevistados, o sistema não tem estrutura suficiente nem organização adequada, com implantação de protocolos para oferecer ao idoso a prioridade merecida, e esse contexto se repete nas esferas pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação.

Contudo, os idosos necessitam de assistência e acorrem aos serviços de saúde disponíveis na rede, isto é, os mesmos utilizados pela população usuária do SUS na cidade. Como acontece nas outras faixas etárias, grande parte dos idosos que se acidentam ou sofrem violência procura emergências hospitalares, referência para o atendimento ao trauma, geralmente associado à violência. E apesar de todas as limitações, ressaltou-se que a rede vem crescendo e atende aos idosos vítimas de acidentes, atropelados, politraumatizados. Apesar de o Estatuto do Idoso estabelecer atendimento prioritário aos idosos, não há fluxo diferenciado para os que são vítimas de acidentes e violências; eles são atendidos como mais um entre tantos pacientes adultos que recorrem ao SUS.

Na esfera pré-hospitalar móvel, os atendimentos às vítimas de acidentes e violências são protocolados e o fluxo é o mesmo independentemente da idade; o paciente traumatizado vai para o local em que houver vaga. Portanto, não há prioridade de atendimento aos idosos. Além disso, a maioria dos socorros a idosos é feita pela ambulância básica, sem médico na equipe. Essa situação é recorrente nos atendimentos aos idosos com transtornos mentais, usualmente não realizados por médicos.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj)¹⁴ recomenda o limite máximo de 12 horas de permanência nas emergências hospitalares, mas, nos hospitais públicos do Rio de Janeiro, 40% dos pacientes crônicos são mantidos na emergência por mais de 15 dias¹⁴. A estadia prolongada ocorre por questões logísticas, e a espera por um leito hospitalar acar-

reta complicações e iatrogenias em razão das condições impróprias nesses locais. As acomodações inadequadas e a dificuldade para se conseguirem vagas para internação, principalmente em CTI e UI, ou no centro cirúrgico, afetam não só os idosos, mas toda a população. Entretanto, por sua fragilidade, os idosos são mais sensíveis aos efeitos danosos do ambiente das emergências.

Na esfera hospitalar, o fundamental, na visão do gestor, é a constatação de quão hostis são os hospitais públicos municipais aos pacientes idosos. O fato de o sistema de saúde não estar preparado para receber e acolher o idoso, respeitando as características inerentes a esta fase da vida, certamente contribui para o efeito iatrogênico do ambiente hospitalar sobre a sua saúde. Um gestor chamou a atenção para a necessidade de se restringirem ao mínimo as internações de idosos, pois, ao serem repentinamente afastados dos que lhes são próximos, impedidos de realizar suas atividades habituais e inseridos em um ambiente estranho, com desconhecidos, a tendência é a piora do quadro orgânico, pela incapacidade de adaptação.

A importância de se priorizar a atenção aos idosos foi demonstrada em um hospital de emergência, ao se investigar a sucessão de óbitos entre idosos com patologias ortopédicas, à espera de intervenções cirúrgicas. Observou-se, sistematicamente, a piora progressiva do quadro clínico levando à postergação da cirurgia e culminando na morte dos idosos. A direção, então, implantou um fluxo prioritário para cirurgias ortopédicas em idosos, e reduziu seu tempo de internação e a mortalidade hospitalar. O fluxo diferenciado constitui uma especificidade na atenção aos idosos, ainda que restrita a uma unidade hospitalar.

Na esfera da reabilitação, os profissionais referem que os atendimentos a idosos estão relacionados à ocorrência de acidentes vasculares cerebrais. O comprometimento motor nesses pacientes aumenta a incidência de quedas e acidentes. Apesar das críticas ao tratamento dado aos idosos de um modo geral, em especial nos serviços de saúde, foi ressaltado que no serviço de reabilitação os idosos são bem atendidos, inclusive há um trabalho de prevenção às quedas e acidentes. Porém, o número reduzido de serviços torna a falta de acesso o maior problema da reabilitação no município, não só para os idosos, mas em todas as faixas etárias.

Os idosos com transtornos mentais têm como características a polifarmacoterapia, que dificulta a avaliação e o tratamento, e o isolamento social. Ao isolamento pelo distúrbio psiquiátrico soma-

se o isolamento decorrente do envelhecimento. Em algumas situações o transtorno psíquico, como um quadro depressivo, pode ser secundário ao isolamento advindo na velhice. Outra dificuldade é a obtenção de atendimento clínico para pacientes psiquiátricos, problemático em qualquer idade, mas agravado para os idosos. A qualidade precária do atendimento clínico nos estabelecimentos psiquiátricos gera resistência à internação de pacientes com morbidades clínicas, como usualmente apresentam os idosos. Além disso, o pagamento pelo SUS é efetuado de modo global, segundo o diagnóstico sindrômico, e como pacientes mais jovens demandam menos procedimentos e se recuperam mais rapidamente, a tendência nas clínicas psiquiátricas é a preferência pela internação dos mais jovens.

Com relação à interação com os familiares na abordagem e no cuidado a pacientes idosos, a família é chamada a participar do tratamento em todas as esferas de atenção: nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na atenção hospitalar, na reabilitação e nos serviços de saúde mental. As falas dos entrevistados evidenciaram a importância da família, vista como parceira no processo de atenção e no cuidado ao idoso. A família constitui um informante privilegiado; o idoso depende da família para chegar ao serviço, para o cumprimento das prescrições e efetuação do tratamento de modo adequado. Na saúde mental, o acompanhante é fundamental para fornecer informações e ajudar na compreensão da história. No entanto, pelo menos na esfera hospitalar, há limitações à interação com a família, pois as emergências não comportam a presença de acompanhante. Mesmo nas enfermarias, apesar da obrigatoriedade, nem todos os hospitais estão preparados para receber o familiar. Além disso, na reabilitação, a falta de apoio familiar, questões sociais e financeiras que impedem a ida do idoso até o serviço provocam o abandono do tratamento. Portanto, apesar da consciência do papel fundamental da família na atenção ao idoso, amplamente estabelecido no Estatuto do Idoso, ainda não está garantida a interação dos familiares no cuidado ao idoso.

Por fim, os entrevistados enunciaram proposições para qualificação da atenção aos idosos vítimas de acidentes e violências. A principal delas concerne à construção da rede intersetorial de suporte e atenção ao idoso, desde a atenção básica até o centro de referência, com serviços articulados, envolvendo o Ministério Público, assistência social, educação, transporte e saúde, por exemplo. Aludiu-se à importância de se instituir

um serviço de suporte para ajudar as famílias a cuidar dos idosos em casa, à necessidade de atendimento domiciliar para o idoso com transtorno mental, ao estabelecimento de parceria entre os Caps e os serviços de atenção a idosos. Entretanto, um gestor da esfera pré-hospitalar referiu como a maior dificuldade “quebrar algumas fronteiras” e efetivar um processo de trabalho multiprofissional com articulação intersetorial.

Além disso, foi enfatizada a relevância de uniformizar o atendimento mediante a criação de protocolos para situações de violência contra idosos, capacitar os profissionais, divulgar informações sobre violência familiar e prevenção de acidentes com idosos nos serviços de saúde e na mídia.

Para desafogar as emergências e os hospitais, sugeriu-se a criação de Unidades de Pronto-Atendimento de 24 horas e de leitos de retaguarda em hospitais e casas de apoio. Outra sugestão foi a criação de uma estrutura similar a um serviço de vigilância epidemiológica para buscar informações sobre idosos internados e verificar como são cuidados em casa. Foram também mencionadas a dificuldade para investigação diagnóstica da demência e a importância de se investir na realização de exames neurológicos pelo SUS.

Considerações finais

A complexidade da organização da assistência à saúde no Rio de Janeiro foi ressaltada no que diz respeito à atenção pré-hospitalar, hospitalar, de reabilitação e de saúde mental das pessoas idosas. Os depoimentos revelaram que o idoso não é atendido em suas especificidades como idoso, nem no que se refere à atenção integral (por equipe multiprofissional), desejável e recomendável nos casos de acidentes e violências. Foram apontadas dificuldades estruturais e organizacionais enfrentadas no sistema local de saúde. Com poucas exceções, o idoso é atendido como mais um nos serviços públicos de saúde, sem a prioridade determinada pelo Estatuto do Idoso⁷. Porém, os gestores e especialistas indicaram as particularidades da atenção aos idosos, mostrando a necessidade de se implantarem ações, programas e serviços voltados especificamente para esse grupo.

Poucos serviços desenvolvem ações específicas para identificação, prevenção ou abordagem das situações de acidentes ou violências contra idosos. Na reabilitação, foi mencionada a realização de atividades para prevenção de quedas de idosos. As principais formas de violência identificadas – negligência ou abandono, violência física

e psicológica, abuso financeiro – estão de acordo com a literatura e mostram que os profissionais estão atentos e conseguem perceber os casos, embora na maioria das vezes não atuem na abordagem da violência identificada – o que leva à pergunta: por quê? Pelo menos em parte, por falta de capacitação para acionar os processos da rede de equipamentos sociais para garantir a atenção e o apoio necessários a esses casos. As afirmações de “não fazer nada”, ou “só orientar a família para cuidar do idoso”, manifestam a insatisfação e a sensação de impotência dos profissionais perante a violência contra idosos, e reforçam a pertinência de ações educativas referentes ao tema.

Entre os especialistas, observou-se a possibilidade de prevenção de maus-tratos, quando o profissional tem chance de interagir com os familiares, orientar e ensinar a cuidar da pessoa idosa com perda de autonomia e dependente. Não obstante, é imprescindível a mobilização da sociedade para a organização de uma rede de serviços e instituições de suporte social para as pessoas idosas, com protagonismo do Estado, mediante a implementação de políticas públicas. Nesse sentido, a implantação dos Centros de Referência Especializada de Assistência Social (Creas) pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome¹³ é alvissareira.

Colaboradores

MLT Cavalcanti e ER Souza participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Agradecimentos

A Tatiana Borsoi, pela coordenação executiva da pesquisa no município do Rio de Janeiro. A Adalgisa Peixoto Ribeiro, Carla Alves, Claudia Costa, Adriana Santos Nunes e Fabiana Castelo, pela contribuição na realização e na transcrição das entrevistas.

Referências

1. Souza ES. *Análise diagnóstica de sistemas locais de saúde para atender aos agravos provocados por acidentes e violências contra idosos*. Rio de Janeiro: Claves; 2008. (mimeo.)
2. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Cien Saude Colet* 2007; 11(Supl):1259-1267.
3. Minayo MCS. *Violência contra idosos: relevância para um velho problema* [acessado 2010 mar 24]. Disponível em: <http://br.monografias.com/trabalhos2/violencia-contra-idosos/violencia-contra-idosos.shtml>
4. Figueiredo SCS. Abuso de pessoas idosas na família: um ensaio. *Gerontologia* 1998; 6(3):126-135.
5. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.
6. Brasil. Lei nº 8.842/94. *Política Nacional do Idoso*. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília; 1994.
7. Brasil. Lei nº 10.741/2003. *Estatuto do Idoso*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil. Brasília; 2003.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Portaria GM/MS nº 737, de 16/5/2001. Brasília; 2001.
9. Cavalcanti MLT. *A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades* [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz; 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19/10/2006. Brasília; 2006.
11. Brasil. Lei nº 10.216, de 06/04/2001. *Política Nacional de Saúde Mental*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República, Casa Civil. Brasília; 2001.
12. Souza ER. *O estado de direito e a violência contra o idoso* [Relatório final de pesquisa]. Rio de Janeiro: Claves; 2006. (mimeo.)
13. Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social. Centro de Referência Especializado de Assistência Social. [acessado 2009 set 02] Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-especial/centros-de-referencia-especializados-de-assistencia-social-servicos-de-protecao-social-especial-a-familia-pessoa-idosa-crianca-adolescente-e-pessoa-com-deficiencia/centros-de-referencia-especializado-da-assistencia-social-2013-creas-familias-e-individuos>
14. Cremerj. Emergências Cremerj 2009. [acessado 2009 mai 14] Disponível em: <http://www.cremerj.org.br/publicacoes/118.PDF>.

Artigo apresentado em 07/09/2009

Aprovado em 13/05/2010

Versão final apresentada em 15/05/2010