



**Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto Fernandes Figueira  
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

“Atenção à saúde de mulheres idosas em situação de violência no município do Rio de Janeiro”

*por*

**Adalgisa Peixoto Ribeiro**

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutora em Ciências*

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Edinilsa Ramos de Souza

Rio de Janeiro, março de 2011

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA  
PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER

*Esta tese, intitulada*

“Atenção à saúde de mulheres idosas em situação de violência no município do Rio de Janeiro”

*apresentada por*

Adalgisa Peixoto Ribeiro

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Romeu Gomes  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Célia Pereira Caldas  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Elisa Bastos Figueiredo  
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Edinilsa Ramos de Souza – orientadora

*Tese defendida e aprovada em 28 de março de 2011*

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE  
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO  
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE  
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

R484      Ribeiro, Adalgisa Peixoto  
            Atenção à saúde de mulheres idosas em situação de violência no  
            município do Rio de Janeiro / Adalgisa Peixoto Ribeiro. – 2011.  
            161 f.; il.; tab.; Graf.

            Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto  
            Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2011.

            Orientador: Edinilsa Ramos de Souza

            Bibliografia: f. 155 – 161.

            1. Saúde do idoso. 2. Violência contra a mulher. 3. Políticas  
            públicas de saúde. 4. Atenção à saúde. I. Título.

CDD – 22ª ED. 362.6

A meu avô William (*in memoriam*)  
que sonhou com esse título antes  
mesmo de minha existência.

### **Como se Morre de Velhice**

Como se morre de velhice  
ou de acidente ou de doença,  
morro, Senhor, de indiferença.

Da indiferença deste mundo  
onde o que se sente e se pensa  
não tem eco, na ausência imensa.

Na ausência, areia movediça  
onde se escreve igual sentença  
para o que é vencido e o que vença.

Salva-me, Senhor, do horizonte  
sem estímulo ou recompensa  
onde o amor equivale à ofensa.

De boca amarga e de alma triste  
sinto a minha própria presença  
num céu de loucura suspensa.

(Já não se morre de velhice  
nem de acidente nem de doença,  
mas, Senhor, só de indiferença.)

*Cecília Meireles*

## **Agradecimentos**

À Edinilsa, orientadora, amiga e conselheira. Que investiu em mim suas melhores expectativas para minha formação e para a realização da pesquisa.

Aos componentes da banca - Romeu Gomes e Célia Caldas - que colaboraram com esse trabalho desde o início, à Ana Elisa Figueiredo por aceitar contribuir com seu conhecimento na banca de exame.

À pós-graduação, seus coordenadores e professores que sempre, à medida do possível, me proporcionaram condições para crescer e seguir em frente. Às secretárias do departamento de ensino que foram solícitas ao receber minhas dúvidas e pedidos.

À Caps e à Faperj pelo apoio financeiro ao desenvolvimento do projeto.

Aos meus pais Wadson e Célia e irmãs Flávia e Kamila pelas orações e incentivo sempre presente em minha vida. Ao meu marido Ildelfonso, meu amor e entusiasta de meus trabalhos. Obrigada pela compreensão, apoio e estímulo.

À Lucia Emília, Fabiana Valadares e Bruna Correia pelas palavras animadoras e reforços ao trabalho quando minhas fraquezas se tornaram evidentes.

À equipe Claves, meus companheiros de trabalho e amigos na caminhada de pesquisas.

Aos diretores e equipes de Serviço Social dos hospitais municipais Lourenço Jorge, Miguel Couto, Salgado Filho e Souza Aguiar que abriram as portas para o desenvolvimento da pesquisa.

Às idosas que compartilharam comigo suas experiências de vida e violência minha gratidão.

## Resumo

A presente pesquisa tem como objetivo analisar a atenção à saúde oferecida à mulher idosa em situação de violência, no município do Rio de Janeiro. O estudo integrou três olhares distintos ao objeto investigado: o primeiro realizou uma análise epidemiológica da morbimortalidade de mulheres idosas por acidentes e violência no município, o segundo constituiu-se de um estudo transversal exploratório que visou mapear e caracterizar os serviços da rede SUS e qualificar o atendimento oferecido às idosas vítimas de violência nessa capital e o terceiro desenvolveu um estudo qualitativo da trajetória percorrida por mulheres idosas em busca de atendimento de saúde para os agravos provocados pela violência. Os marcos conceituais e teóricos são violência contra a mulher e contra a pessoa idosa, políticas públicas de saúde e itinerário terapêutico. Dentre os resultados da pesquisa destacam-se a tendência de aumento das taxas de mortes de idosas por causas externas no município do Rio de Janeiro, demonstrando uma vulnerabilidade delas a esses eventos; mesmo sendo as quedas as principais causas que levaram as idosas aos hospitais, constatou-se que frequentemente esse evento acidental é resultado de uma violência. O tempo prolongado de internação dessas mulheres, identificado no estudo epidemiológico, reflete suas condições de saúde, mas também o abandono da família e as internações sociais evidenciadas no estudo qualitativo. A qualificação do atendimento prestado a essas vítimas de violência revelou os desafios para a atenção integral à saúde da mulher idosa em situação de violência na capital do Rio de Janeiro como: a pouca sensibilização e falta de capacitação dos profissionais para a identificação e abordagem dos casos, a frágil articulação interna e interlocução intra e intersetorial, as dificuldades na realização da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, a falta de apoio institucional para as equipes que lidam com essas questões, a inexistência de um fluxo para o atendimento às pessoas idosas vitimizadas e a falta de prioridade, direito garantido pelo Estatuto. No estudo qualitativo constatou-se que a gravidade da lesão foi determinante na trajetória das mulheres em busca de atendimento de saúde, mas o apoio familiar e, principalmente a sua falta, influenciou sobremaneira essa busca. Identificou-se ainda o atraso na procura pelo atendimento devido à dependência física e a negligência dos familiares. Os resultados da pesquisa indicam que é necessário ampliar as ações de prevenção da violência e promoção da saúde, nos três níveis da atenção, apoiar a família, incentivando a ampliação da rede social, capacitar os profissionais para uma abordagem interdisciplinar, integral e articulada intersetorialmente, propiciar atenção humanizada e visibilidade às especificidades da violência que acomete a mulher idosa e sua saúde física e emocional.

**Palavras-chave:** saúde do idoso, violência contra a mulher, políticas públicas, atenção à saúde

## Abstract

This survey aims to analyze the health care services provided to aged women under violence conditions in the municipality of Rio de Janeiro. The study integrated three different views of the investigated object: the first of them made an epidemiological analysis of aged women's morbimortality due to accidents and violence in the municipality; the second constituted a cross-sectional exploratory study aimed to map and characterize SUS (Unified Health System) network services and qualify the assistance given to aged women that are victims of violence in that capital city; and the third developed a qualitative study of the way followed by aged women in search of health services for injuries caused by violence. Conceptual and theoretical landmarks include violence against women and the elderly, public health care services, and therapeutic path. Among the results from the survey, a trend of an increased rate of aged women's mortality due to external causes in the municipality of Rio de Janeiro stands out, thus evidencing their vulnerability to such events; notwithstanding falls are the main cause of aged women's hospitalization, that accidental event was found to be very often caused by violence. The extended time of hospitalization of those women, as identified in the epidemiological study, reflects not only their health conditions, but also their abandonment by their families as well as social hospitalizations evidenced in that qualitative study. Qualification of health care services provided to those victims of violence disclosed the challenges likely to be faced by full assistance to aged woman's health in a violence environment in the municipality of Rio de Janeiro, such as: low sensibility and insufficient qualification of professionals to identify and deal with relevant cases, the weak internal articulation and intra-sectorial and inter-sectorial interlocution, difficult notification of suspected or confirmed cases of violence, lack of institutional support to teams dealing with such issues, lack of a flow to assist the elderly victims, and the lack of priority, which is a right granted by the Statute. The qualitative study showed that the severity of injuries was a determining factor in women's search for health care services, but the family support and especially its absence was considered to extremely influence that search. Delays in search for health care services due to physical dependence and family negligence were also identified. Results of this survey suggest that it is necessary to expand violence prevention and health promotion actions at the three assistance levels, by supporting the family, promoting the expansion of social network, qualifying professionals for a full, articulate interdisciplinary approach at inter-sector level, and giving a humanized attention and visibility to violence specificities affecting the aged woman and her physical and emotional health.

**Key words:** health of the elderly, violence against women, public policies, health care

## Sumário

<b>CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
1.1. Apresentação	10
1.2. Justificativa	16
1.3. Objetivos	24
1.4. Referencial Teórico	25
1.5. Materiais e Métodos	42
1.6. Considerações Éticas	51
<b>CAPITULO 2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>52</b>
2.1. Revisão bibliográfica da produção científica sobre a atenção de saúde à pessoa idosa vítima de violência	55
2.2. Violência contra a mulher idosa: mortes e hospitalizações no Rio de Janeiro	85
2.3. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro	104
2.4. O cenário das entrevistas com as idosas	119
2.5. “Minha vida é uma novela”: mulheres idosas em situação de violência em busca de atendimento de saúde	123
<b>CAPÍTULO 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>149</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>155</b>

## **CAPÍTULO 1**

### **INTRODUÇÃO**

#### **1.1. Apresentação**

O interesse pela área da gerontologia iniciou-se ainda na graduação em fisioterapia, no Centro Universitário de Caratinga, Minas Gerais. Nesse período, realizei estágios em instituições de longa permanência para idosos e no internato rural em cidade do interior de Minas Gerais, onde o atendimento mais freqüente era demandado por pessoas idosas apresentando as mais diversas condições de saúde. Trabalhar com esse público me despertou interesse pela pesquisa gerontológica.

A partir de então, em 2004, aconteceu o primeiro contato com a pesquisa em saúde da pessoa idosa que se deu no curso de Especialização em Envelhecimento e Saúde do Idoso, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. Ao final do curso foi apresentado como trabalho conclusivo o artigo “Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosos institucionalizados”, fruto de uma primeira pesquisa. Os resultados desse trabalho já apontavam o caminho vindouro até chegar ao mestrado e doutorado. As mulheres idosas institucionalizadas revelaram o sentimento de abandono que marcou sua velhice como uma fase de perdas, solidão e dependência<sup>1</sup>.

Logo depois, em 2005, iniciei o mestrado acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher, no Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo

Cruz. A partir desse momento, passei a fazer parte da equipe de pesquisa do Centro Latino-americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli/Claves, da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, no estudo “O Estado de Direito e a Violência contra o Idoso” que incluiu em seus objetivos o tema escolhido para minha dissertação: “Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas”. O trabalho de campo foi realizado em uma comunidade de baixa renda, no município do Rio de Janeiro, proporcionando uma rica experiência com pessoas idosas que tinham sua qualidade de vida mais impactada pela violência da área onde viviam do que pelas consequências das quedas<sup>2</sup>.

Os resultados da pesquisa “O Estado de Direito e a Violência contra o Idoso”<sup>3</sup> suscitaram algumas questões que inquietaram a equipe de trabalho: como se dá a atenção às pessoas idosas em situação de violência no município do Rio de Janeiro? Para identificar a rede de proteção aos idosos, os caminhos percorridos por eles na busca por seus direitos e as denúncias que chegam à delegacia e à Defensoria Pública foi produzido o artigo “Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado” do qual participei como autora. Seus resultados mostraram que as mulheres mais idosas são as que mais sofrem com os maus tratos no ambiente doméstico, muitas vezes, perpetrados pelos próprios familiares. A rede de proteção no município do Rio de Janeiro se mostrou carente de articulação, integração e agilidade, o que resultaria em maior resolutividade dos casos<sup>4</sup>.

Partindo-se de estudos que enfatizam o papel fundamental dos serviços de saúde no atendimento às vítimas de violência<sup>5</sup>, uma questão ainda persistia:

como os serviços de saúde estão preparados para atender às necessidades e especificidades das pessoas idosas em situação de violência?

Com essa perspectiva foi empreendida a pesquisa multicêntrica “Análise diagnóstica de sistemas locais de saúde para atender aos agravos provocados por acidentes e violências contra idosos”<sup>6</sup>, em cinco capitais brasileiras, Manaus, Recife, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba, da qual participei desde as discussões iniciais do projeto.

Foi nesse contexto de imersão no tema que surgiu o objeto do trabalho para o doutorado que se iniciou em 2007, no Instituto Fernandes Figueira. Arquitetada para direcionar três olhares distintos ao tema em questão – um estudo epidemiológico, o mapeamento e caracterização da rede de serviços SUS e a qualificação de seu atendimento e, por fim, a análise das trajetórias empreendidas por idosas em situação de violência na busca por cuidados de saúde – a presente pesquisa usou em uma dessas visões um recorte do estudo de Souza et al<sup>6</sup>, com os dados do município do Rio de Janeiro.

O trabalho no grupo de pesquisa do Claves trouxe ricas experiências para minha formação, pois me inseri em outras pesquisas com o tema da violência contra a pessoa idosa, a atenção e a prevenção direcionada a essas vítimas e a avaliação de serviços que prestam esse atendimento, com participação em algumas produções<sup>7,8,9</sup>.

O interesse em estudar a atenção de saúde a pessoas idosas em situação de violência se justifica pelos indicadores de morbimortalidade por acidentes e violências dessa população, assim como pela escassez de pesquisas nacionais que abordem esse tema.

A escolha do município do Rio de Janeiro para o desenvolvimento desse trabalho se deu pela grande proporção de idosos na população, que em 2008 representavam 14,7% do total de habitantes, por registrar elevados percentuais de mortes e internações de pessoas idosas por causas externas em relação ao país e às outras capitais<sup>10</sup> e também pela complexidade de sua rede de atenção à saúde que comporta estabelecimentos municipais, estaduais e federais<sup>11</sup>.

O tema da violência contra a população idosa ainda carece de aprofundamentos do conhecimento, pois a violência só recentemente foi incorporada à agenda política do setor saúde e os problemas que ela acarreta para a saúde desse grupo de pessoas são ainda uma questão quase intocada do ponto de vista científico. Em levantamento dos estudos feitos nos anos de 1980 a 2000<sup>12</sup>, apenas nove textos foram encontrados nas bases nacionais, mas sem aprofundar o tema da violência contra o idoso nem constituir uma linha de pesquisa definida. Para o período de 2000 a 2009 foram encontrados 115 trabalhos brasileiros que envolviam a problemática dos acidentes e violência contra a pessoa idosa, mas apenas sete deles abordavam os serviços de saúde, profissionais e cuidadores ante a violência<sup>13</sup>. As autoras dessa revisão bibliográfica enfatizam que os trabalhos analisados estão focados na percepção dos profissionais sobre a violência, na notificação obrigatória dos casos de violência contra idosos, nas mudanças ocorridas na assistência após a criação do Estatuto do Idoso e nos cuidados institucionais a essas pessoas.

A produção de pós-graduação nas áreas de serviço social, psicologia e saúde pública, no período de 1990 a 2006, sobre violência doméstica foi analisada por Silva e Oliveira<sup>14</sup> que constataram a maior prevalência de

estudos envolvendo o grupo infanto juvenil e o número muito reduzido de trabalhos sobre violência contra idosos (apenas um).

Esses trabalhos, anteriormente citados, demonstram as lacunas ainda existentes na produção de conhecimento sobre o atendimento de saúde prestado às pessoas idosas em situação de violência no país.

O artigo que mais se aproxima dessa questão é o que realiza uma caracterização dos serviços que atendem às vítimas em capitais das cinco regiões brasileiras com altos índices de violência e acidentes: Manaus, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Curitiba. Nesse trabalho, Deslandes e colaboradores<sup>15</sup> apontam que, em relação aos idosos, esse atendimento recebe pouquíssimo destaque.

Quando se focalizam as mulheres idosas, suas vivências de violência e o atendimento de saúde a elas oferecido, nenhum trabalho foi encontrado. Muito se tem discutido sobre a violência de gênero, mas as especificidades das violações que sofrem as idosas ainda precisam ser mais investigadas. De acordo com dados levantados por uma pesquisa realizada no Claves, as mulheres idosas na faixa etária de 70 a 79 anos foram as vítimas mais comuns nas queixas realizadas em órgãos de proteção ao idoso no Rio de Janeiro, durante o ano de 2004<sup>4</sup>.

Do ponto de vista legal, algumas políticas e leis foram criadas no Brasil para proteger os direitos das pessoas idosas e também organizar o atendimento disponível a essa população. São exemplos disso a Política Nacional do Idoso de 1994<sup>16</sup>, o Estatuto do Idoso que entrou em vigor em 2003<sup>17</sup> e a Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999<sup>18</sup>, recentemente atualizada em 2006<sup>19</sup>. Especificamente para a violência que impacta os

serviços de saúde é fundamental considerar as premissas da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências/PNRMAV, do Ministério da Saúde<sup>20</sup>.

Deste modo, para a presente tese foi definido como objeto de estudo: a atenção de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) aos agravos provocados por violência contra mulheres idosas.

As perguntas a que se pretende responder são: qual a magnitude da violência cometida contra a mulher idosa no município do Rio de Janeiro? Como está estruturada e organizada a rede de serviços de saúde para atender a essa clientela? Qual o caminho percorrido pelas idosas em busca do atendimento de saúde para os agravos provocados pela violência?

O trabalho está organizado em três capítulos. O primeiro traz a justificativa para a escolha do tema e para a realização da pesquisa, os objetivos, o referencial teórico e a metodologia adotada no trabalho. O segundo capítulo detalha, através de quatro artigos, os resultados encontrados e, finalmente, o terceiro e último capítulo apresenta as conclusões, considerações finais e recomendações baseadas na análise dos resultados.

## 1.2. Justificativa

A discussão acerca do envelhecimento vem conquistando espaço cada vez maior nos distintos setores da sociedade brasileira. Esse processo tem sido alvo de debates de pesquisadores das áreas demográfica, social, econômica, entre outras, como algo negativo que onera o Estado, mas também como um grupo consumidor para o qual se abrem possibilidades para um lucrativo mercado de serviços<sup>21,22</sup>. Um dos setores que tem se deparado com as questões do envelhecimento é o da saúde, que precisa responder às crescentes demandas por serviços cada vez mais complexos e especializados para o atendimento à pessoa idosa.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e vem ocorrendo nas últimas décadas em virtude da diminuição da fecundidade e da mortalidade<sup>23</sup>.

No Brasil, de acordo com o Censo de 2000, as pessoas com 60 anos ou mais representavam 8,5% da população total. Por si só esse percentual demonstra que o país tem uma população envelhecida que, segundo a Organização Mundial de Saúde/OMS é uma condição que ocorre quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7% da população, com tendência a crescer. As estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE indicam essa tendência, pois para o ano de 2009 as pessoas idosas correspondiam a aproximadamente 10,1% dos brasileiros<sup>10</sup>.

O processo de transição demográfica experimentado pelo Brasil caracteriza-se pelo aumento absoluto e relativo da população adulta e idosa que, a partir da década de 1960, passou a crescer mais que os outros grupos

etários. Junto com essas transformações demográficas, também ocorreram mudanças epidemiológicas. No país, passaram a conviver as doenças infecto-contagiosas com as crônico-degenerativas, somadas à violência<sup>24</sup>.

Para os brasileiros, a esperança de vida vem aumentando ao longo dos últimos anos e as mulheres são as que apresentam maior expectativa de vida. Desde 1950, elas têm maior esperança de vida ao nascer se comparadas aos homens: vivem em média 7,9 anos a mais que eles. Para as cariocas, essa diferença é ainda maior e elas chegam a viver em média 11,8 anos mais que os homens<sup>25</sup>. A esperança de vida ao completar 60 anos também mostra a maior longevidade das mulheres: as brasileiras em geral têm uma expectativa de 3,6 anos mais que os homens e as cariocas, dessa faixa etária, vivem 4,8 anos mais que os idosos do sexo masculino<sup>10</sup>.

Assim como ocorre em outros países, no Brasil as mulheres representam a maioria das pessoas idosas na população. A esse fenômeno, os estudiosos denominam feminização da velhice.

Do ponto de vista sociodemográfico essa feminização está associada à maior expectativa de vida da mulher, maior proporção de idosas na população, aumento do número de mulheres idosas na população economicamente ativa e de mulheres com 60 ou mais anos chefes de família<sup>26</sup>.

A maior proporção de mulheres no grupo dos idosos no Brasil é uma realidade apontada na literatura especializada em envelhecimento. Em São Paulo, uma em cada quatro mulheres idosas tem 75 anos ou mais, proporção maior se comparada com a dos homens idosos que é de um para cada cinco<sup>27</sup>. A proporção de mulheres é ainda maior quando se observa a população mais idosa, com 80 anos ou mais<sup>23</sup>.

Nas estimativas do Datasus, 10,1% da população brasileira, em 2009, tinha 60 ou mais anos de idade e entre estes, 55,4% eram mulheres; no Estado do Rio de Janeiro, 12,6% de sua população estava nessa faixa etária e as mulheres representavam 58,6% desse grupo populacional<sup>10</sup>.

Em termos sociais são evidentes as implicações desse fenômeno, pois grande parte das idosas é viúva, vive só, não tem experiência de trabalho no mercado formal e possui pouca escolaridade<sup>28</sup>. Essas mulheres, por viverem mais tempo que os homens e estarem sozinhas por separações e perdas, assumem papéis que antes eram atribuídos aos companheiros. É o caso das que são chefes de família, que no ano de 2000, representavam 42,6% das mulheres idosas brasileiras<sup>23</sup>. Segundo dados do IBGE<sup>25</sup>, a maioria dos idosos no Brasil (81,0%), responsáveis ou não por domicílio, mora nas grandes cidades. As capitais com a maior proporção de idosos são Rio de Janeiro (12,8%) e Porto Alegre (11,8%). Também é possível identificar maior participação social das idosas em atividades externas às suas casas, como os grupos de idosos, os cursos especiais, as viagens e os trabalhos temporários. Elas apresentam comportamentos de autovalorização e auto-afirmação, que coincidem com as constantes mudanças nas normas culturais de vivência da velhice<sup>26</sup>.

Além disso, em termos psicológicos, as idosas que vivem sós e têm piores condições de saúde tendem a apresentar insatisfações com alguns aspectos da vida, a ter uma auto-imagem mais prejudicada e a fazer uma avaliação mais negativa da saúde que os homens da mesma idade<sup>26</sup>. Por outro lado, elas também podem apresentar ganhos pela capacidade de se envolver

socialmente, pelo acúmulo de experiências ao longo do tempo e pelo maior envolvimento familiar.

Do ponto de vista epidemiológico, a maior sobrevivência das mulheres é acompanhada por altas taxas de doenças crônico-degenerativas, incapacidades físicas, alto consumo de medicamentos e susceptibilidade a acidentes, como quedas<sup>29</sup>. Alguns estudos demonstram que a prevalência de incapacidades é mais elevada entre as mulheres que entre os homens idosos<sup>30</sup>. Autores como Caldas<sup>31</sup> discutem que a associação das incapacidades com as necessidades geram a dependência. Mesmo considerando a dependência como um processo dinâmico que pode até se reverter com assistência adequada, ela impacta na dinâmica familiar, na economia e na saúde dos membros da família que são solicitados a assumir os cuidados da pessoa idosa com dependência.

O aumento da longevidade vem acompanhado por mudanças epidemiológicas dos padrões de morbimortalidade e incapacidades de uma população e, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas<sup>32,33</sup>. No Brasil, esse processo trouxe algumas transformações básicas como: a) a substituição das doenças infecto-contagiosas pelas crônico-degenerativas e as causas externas (essa substituição pode ser considerada não completa, pois ainda persistem algumas doenças infecciosas, como a dengue); b) a carga de morbimortalidade foi deslocada dos grupos mais jovens para os mais idosos; e c) o predomínio da morbidade sobre a mortalidade<sup>33</sup>.

No bojo dessas transformações surgem as causas externas, como são classificados os acidentes e a violência na Classificação Internacional de

Doenças/CID. No Brasil, essas causas foram responsáveis por 3,2% da mortalidade de idosos, em 2008, ocupando a sétima posição no *ranking* de mortalidade desse grupo populacional específico. De todas as 20.598 mortes de idosos por essas causas, nesse período, 27,5% ocorreram por acidentes de transporte, 26,2% por quedas, 8,7% por agressões, 6,7% por suicídios e em 14,4% dessas mortes não foi identificada a intencionalidade do evento externo que as provocaram.

No município do Rio de Janeiro, também em 2008, os acidentes e a violência ocuparam a oitava posição entre as causas de mortes de pessoas idosas. Entre os 1.369 óbitos 21,5% foram ocasionados pelas quedas, 14% por acidentes de transporte, 3,4% por agressões e 2,2% por suicídios. É importante destacar que a proporção dos óbitos de idosos por eventos com intenção indeterminada é muito elevada no município (40,2%), terceira capital com pior qualidade desses dados, ficando atrás somente de Salvador (41,7%) e de Belo Horizonte (40,5%)<sup>34</sup>.

Os acidentes e a violência, além de levarem os idosos ao óbito, causam morbidades importantes que comprometem sua capacidade funcional. Considerando todas as internações de idosos, registradas no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), em 2009, no país, 6% ocorreram devido às causas externas, que ocuparam a sétima posição entre as principais causas de internação dessas pessoas. As quedas foram as responsáveis pela maioria das hospitalizações. No município do Rio de Janeiro, as causas acidentais e violentas representaram 7,2% das internações de idosos neste mesmo período<sup>35</sup>. Nos registros dos atendimentos de emergência por acidentes, no Brasil, 6,6% foram de pessoas idosas, em 2006<sup>36</sup>.

O custo médio pago pelo SUS pelas internações de idosos por lesões relacionadas a violência, em 2000, foi de R\$ 706,04 (setecentos e seis reais e quatro centavos). O tempo médio de internação foi de seis a sete dias e a letalidade dos idosos que se internaram em consequência de acidentes e violência é muito mais elevada (5,29/100.000) que a da população geral, que foi de 2,6/100.000<sup>37</sup>. Em 2001, os custos de internações de idosos no SUS por causas externas representaram 5,6% dos recursos gastos com hospitalizações de idosos nesse ano<sup>38</sup>.

Além de analisar os números relativos a mortes e internações por causas violentas é necessário enfatizar a existência de muitos eventos não mortais, como agressões físicas e psicológicas que revelam abusos e negligências a que estão expostos os idosos no contexto familiar, na comunidade e nas instituições. Muitos desses eventos violentos não são notificados e, por esse motivo, não se tem a exata noção das vivências de violência dos idosos brasileiros.

No caso dos acidentes e violências letais e que requerem internações hospitalares, os homens tem sido as maiores vítimas, mas não se podem ignorar as situações de violência vivenciadas pelas mulheres, muitas vezes, não visíveis e até mesmo ocultadas. A grande maioria delas é cuidada na própria residência devido à vergonha e humilhação de ter que buscar atendimento de saúde.

A violência contra a mulher é uma realidade presente nas mais diversas fases de sua vida, desde a infância, adolescência, idade adulta e também na velhice. Alguns estudos apontam que as mulheres da faixa de 15 a 44 anos são atingidas pela violência letal em proporções maiores que outras causas

como o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras<sup>39</sup>. Nessa fase da vida elas são mais freqüentemente agredidas por seus maridos ou companheiros íntimos, caracterizando a violência doméstica ou intrafamiliar<sup>40</sup>. As expressões mais comuns dessas violações são os abusos físicos, psicológicos e sexuais<sup>39</sup> que mantêm a mulher em uma posição inferior à de seu agressor<sup>41</sup>.

As mulheres idosas, por sua vez, são as vítimas preferenciais da violência intrafamiliar expressa pelos abusos físicos, psicológicos e sexuais, mas também os financeiros, a negligência e o abandono<sup>42</sup>. Muitas idosas apresentam algumas condições que as tornam mais susceptíveis a determinadas violações: vivem sozinhas pelas separações, viuvez ou pela opção de não ter constituído família ao longo da vida; apresentam complicações de doenças comuns à idade avançada e, por esse motivo, são fisicamente dependentes de outras pessoas; muitas são cuidadoras dos netos, filhos ou até mesmo de outra pessoa idosa da família como os companheiros e; são chefes de família, sustentando-a com seu benefício de aposentadoria.

A violência intrafamiliar contra a mulher idosa foi responsável por 62% das queixas realizadas na Delegacia do Idoso do Rio de Janeiro e por 75,7% das realizadas no Núcleo Especial de Atendimento à Pessoa Idosa da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, em 2004. Os agressores foram, em sua maioria, filhos e enteados<sup>4</sup>. Nos registros da Promotoria do Idoso nessa capital, as mulheres foram as principais vítimas (71,8%), sobretudo as mais idosas, de 80 e mais anos, em 2005. Os maus tratos físicos foram as principais queixas das mulheres nesse órgão e, novamente, os filhos figuram como algozes mais freqüentes<sup>43</sup>.

São escassos os trabalhos que abordam a temática atenção à pessoa idosa vítima de violência no setor saúde. Na maioria das vezes, essa questão é tratada na literatura enfocando-se os serviços de saúde como promotores e mediadores de ações cujo impacto pode vir a contribuir de forma importante na atenuação da violência que atinge a população geral, sem destaque para os idosos. Através das abordagens realizadas nas consultas são criados vínculos entre a família e os profissionais da área, favorecendo a identificação precoce e a tomada de decisões em relação aos casos<sup>44</sup>. Também na emergência são possíveis iniciativas de prevenção à violência e, segundo Deslandes<sup>45</sup>, esse é um espaço muito propício para isso.

Outros estudos apontam as deficiências no atendimento de saúde da população brasileira, de um modo geral, e concluem que essas dificuldades são ainda maiores em relação aos idosos. Os obstáculos enfrentados por eles incluem filas intermináveis para conseguir uma consulta médica, a dificuldade de encontrar os medicamentos de que necessitam na rede pública e a inexistência de reserva de leitos hospitalares para idosos<sup>46</sup>.

Diante da escassez da produção nacional em relação ao atendimento oferecido pelos serviços de saúde a essa população idosa e mais especificamente à mulher idosa, vítima de violência, destacamos aqui a importância deste trabalho, pioneiro para essa área do conhecimento.

### **1.3. Objetivos**

#### **Objetivo Geral**

Analisar a atenção à saúde oferecida à mulher idosa em situação de violência, no município do Rio de Janeiro.

#### **Objetivos Específicos**

1. Realizar uma análise epidemiológica da morbimortalidade de mulheres idosas por violência no município do Rio de Janeiro;
2. Mapear e caracterizar a estrutura e organização da rede de serviços do SUS, que atendem a mulheres idosas em situação de violência no município;
3. Qualificar o atendimento de saúde oferecido pelos serviços de saúde do SUS a essas mulheres no município do Rio de Janeiro;
4. Analisar as trajetórias vivenciadas pelas idosas em busca de atendimento de saúde para os agravos provocados pela violência no município do Rio de Janeiro, identificando seus sentidos.

## 1.4. Referencial Teórico

### **Violência contra a mulher e contra a pessoa idosa**

O conceito de violência é aqui considerado como o evento ou ação realizada por indivíduos, grupos, classes ou nações que promovam danos físicos, emocionais, morais e /ou espirituais a si próprio ou a outros<sup>42</sup>.

Além dessa definição é importante destacar que a violência contra a mulher tem sido abordada na literatura científica sob a perspectiva da violência de gênero, que não se refere apenas à violência contra a mulher, mas àquela que é praticada com base nas relações de poder e nas diferenciações culturais atribuídas a ambos os sexos<sup>39</sup>. A violência de gênero abrange a que é perpetrada por homens contra as mulheres, por mulheres contra os homens e também entre mulheres e entre homens; no entanto, a mulher tem sido a vítima preferencial nas relações com os homens<sup>39,47,48</sup>. Seguindo essa ótica, a violência contra a mulher se refere a “qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta, ou que provavelmente resultará em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças, coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada”<sup>49</sup>.

Discutindo os conceitos de violência de gênero e violência contra a mulher, Araújo e colaboradores<sup>48</sup> recorrem a autores como Saffioti e Bourdieu enfatizando que a violência se manifesta justificada pela ordem patriarcal, onde os homens têm “o direito de dominar e controlar suas mulheres, podendo para isso usar a violência” (p.18). Historicamente, as diferenças entre os papéis

sociais de masculino e feminino embasaram a dominação e submissão de um sexo sobre o outro<sup>39,50</sup>. Nesse contexto, a violência se torna um recurso fundamental para a manutenção do patriarcado e a reafirmação do masculino como viril, forte, provedor e associado ao poder.

As formas mais comuns de maus tratos se traduzem em violência física, sexual, psicológica e social, que se traduz na discriminação por atributos de gênero, nos salários inferiores aos dos homens, entre outras situações<sup>39</sup>. Frequentemente, as mulheres sofrem várias formas de violência ao mesmo tempo. Os abusos contra a mulher também podem ser designados como violência doméstica, que se refere à que acontece no âmbito de sua residência; violência intrafamiliar que ocorre entre os membros da família e violência conjugal que diz respeito às agressões entre parceiros íntimos, de relações atuais ou com ex-companheiros.

Aproximadamente 20% das mulheres brasileiras declaram espontaneamente ter sofrido violência por parte de um homem, mas quando incentivadas a citar algum tipo, esse percentual se eleva para 43%. Em relação à forma, 33% das mulheres admite ter sofrido, em algum momento da vida, uma violência física como ameaças com armas ao cerceamento do direito de ir e vir, agressões e estupro conjugal ou abuso; 27% vivenciaram a violência psicológica e 11% afirmam ter sofrido assédio sexual<sup>51</sup>. Araújo e colaboradores<sup>48</sup> analisando os registros de casos de violência contra a mulher, perpetradas por homens nas delegacias de defesa da mulher de Assis, identificaram que, em 46% dos casos, o agressor era o companheiro atual e em 26% era um parceiro íntimo anterior. Somando esses percentuais, a

violência entre parceiros íntimos ou conjugal representa a maioria dos casos de violência contra a mulher.

Schraiber e colaboradores<sup>52</sup> identificaram maior uso de serviços de saúde entre mulheres vítimas de violência por seus parceiros íntimos. Além disso, esse estudo mostrou a associação da violência cometida por parceiro íntimo com agravos à saúde das mulheres, principalmente à saúde mental.

A violência contra a mulher não ocorre somente entre as jovens de idade reprodutiva, como amplamente estudada em muitos trabalhos publicados nessa área do conhecimento<sup>52,53,54,55,56,57</sup>, mas também atinge a mulher idosa.

Por sua vez, a violência que se comete contra a pessoa idosa é freqüentemente utilizada como sinônimo de maus tratos e abusos e definida como “um ou repetidos atos ou falta de ações apropriadas, ocorrendo em qualquer relação que cause danos ou omissões em relação a eles”<sup>58</sup>.

A violência contra a pessoa idosa se manifesta de forma: (a) estrutural através da desigualdade social, sendo naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação; (b) interpessoal pelas formas de comunicação e de interação cotidiana e (c) institucional que ocorre através da omissão na gestão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência a essa população<sup>42</sup>. No presente trabalho adotou-se os termos abuso, violência e maus tratos como equivalentes.

As expressões de violência contra os idosos são as mais variadas e se configuram como: violência física – uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte; violência psicológica – agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do

convívio social; violência sexual – ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional utilizando idosos com vistas a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças; abandono – que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro à pessoa idosa que necessite de proteção; negligência – que ocorre pela recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos por parte dos responsáveis familiares ou institucionais; violência financeira e econômica – exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais; e auto-negligência – conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança pela recusa de prover cuidados necessários a si mesmo<sup>42</sup>.

Assim como ocorre com as mulheres mais jovens, as idosas sofrem com a violência de gênero, no entanto, as principais agressões contra elas ocorrem pela sua condição de pessoa idosa. Muitos estudos têm demonstrado que essas violências acontecem nas relações intrafamiliares e intergeracionais<sup>21,59,60,61</sup> e se manifestam, principalmente, na forma de agressão física, psicológica, financeira, negligência e abandono<sup>4,59,62</sup>.

A violência que acomete as mulheres idosas se concretiza de forma marcante nas relações intergeracionais e estão evidenciadas em diversos trabalhos que indicam os filhos e filhas, netos, sobrinhos, genros e noras como os principais agressores dessas mulheres<sup>4,42,59,61</sup>.

No grupo das pessoas com 60 e mais anos de idade, os acidentes e violências são mais letais para os homens que são acometidos, principalmente, em ambientes públicos, por outro lado, as mulheres idosas sofrem mais a

morbidade que surge em consequência desses eventos nos ambientes domésticos<sup>59</sup>. Muitas mulheres se submetem a relacionamentos longos e marcados pela violência por parte de seus companheiros que, mesmo na velhice, continuam a ser agressivos com elas. Zink e colaboradores<sup>63</sup>, estudando a violência entre parceiros íntimos, discutem que a gravidade do abuso físico e sexual diminui com a idade, mas é preciso levar em conta o potencial de letalidade não importa qual seja a idade ou as condições de saúde do agressor.

Existem poucos trabalhos com enfoque nas especificidades da violência que acomete a mulher idosa na literatura da área gerontológica. Alguns fatores que as tornam mais vulneráveis às situações de violência são a dependência física, o histórico de violência na família, o isolamento social da pessoa idosa e também do cuidador, o estresse na relação idoso/cuidador, a dependência financeira de ambas as partes<sup>21</sup> e ainda o fato de residir com familiares descendentes e ser o principal provedor da família<sup>64</sup>.

Assim como as mulheres jovens e adultas, as idosas encontram muitos obstáculos na busca de ajuda para as situações de violência vivenciadas. Muitas vezes, as relações afetivas da mulher com o agressor, frequentemente, companheiros, filhos ou netos a fazem recuar nessa busca, por medo de enfraquecer ainda mais esses laços, porque dependem emocional e financeiramente do autor da agressão, pelo receio do abandono e das retaliações que podem acontecer caso a situação violenta venha a público.

Dados de 2006 mostram que a taxa de mortalidade, por causas externas, entre mulheres idosas brasileiras é de 73,7 por cem mil habitantes; taxa muito mais elevada que a observada entre as mulheres de meia idade,

que chega a 24,4 por cem mil, na faixa de 50 a 59 anos. Considerando as causas específicas, o maior impacto fica por conta dos acidentes de transporte, com a taxa de 16 mortes de idosas por 100 mil habitantes e das quedas, com 25,3 óbitos por 100 mil habitantes. Comparadas às dos homens, as taxas de mortalidade feminina são menores em todas as faixas etárias<sup>34</sup>.

As conseqüências da violência sobre essas mulheres se refletem na saúde física e emocional, podendo causar incapacidades funcionais e dependência para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária. Além disso, podem desencadear eventos, classificados como acidentais como as quedas, que levam as idosas às internações hospitalares e até mesmo à morte.

Para muitas mulheres idosas os efeitos psicológicos da violência geram grande sofrimento, desencadeando sentimentos de rejeição, culpa e abandono. Afetam sua auto-estima e as expõem ao risco de desenvolver problemas de saúde mental como depressão e ansiedade.

A violência institucional também é importante fonte de sofrimento para as pessoas idosas. Ela acontece nas instituições de prestação de serviços de saúde, assistência e previdência social que são órgãos campeões em queixas e reclamações nas delegacias de proteção aos idosos<sup>37</sup>.

Apesar de, freqüentemente, sofrerem com eventos violentos e, muitas vezes, com a violência doméstica, como apontam diversos estudos realizados no Brasil<sup>4,42,65</sup>, os idosos estão contemplados em Políticas e Leis, já mencionadas anteriormente, que os protegem e garantem direitos de cidadania. São exemplos disso a Política Nacional do Idoso<sup>16</sup>, o Estatuto do Idoso<sup>17</sup> e a Política Nacional de Saúde do Idoso<sup>18,19</sup>.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, aprovada na Portaria 737 do Ministério da Saúde em 2001<sup>20</sup>, também prevê ações concretas do setor para a proteção e prevenção dos abusos contra pessoas idosas no país.

No que se refere às políticas dirigidas à saúde da mulher, alguns autores destacam os avanços alcançados ao longo do tempo em termos de integralidade da atenção. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/PNAISM, de 2004, trouxe conquistas ao incluir campos de atuação antes negligenciados, como os direitos sexuais e reprodutivos, a saúde das mulheres negras, lésbicas e as adolescentes, o planejamento familiar, a atenção ao aborto, a prevenção e tratamento das DST/Aids, das doenças crônico-degenerativas e o combate à violência doméstica e sexual<sup>66,67</sup>.

Freitas e colaboradores<sup>67</sup> discutem que apesar dos progressos da PNAISM, que buscou preencher algumas lacunas das políticas anteriores, ainda é possível identificar grupos sociais que não foram contemplados em suas demandas de saúde como, por exemplo, o das prostitutas.

O grupo das mulheres que ultrapassaram a idade fértil e o climatério e se encontram na fase da velhice, com demandas de saúde próprias de sua condição de idosa ainda não foram contempladas em suas especificidades. Também é preciso destacar a necessidade de ações para o enfrentamento da violência que se abate sobre esse grupo etário.

Tomando por base os conceitos atribuídos aos abusos contra a pessoa idosa e, sobretudo no presente projeto, contra a mulher idosa, abordaremos adiante questões que se relacionam ao atendimento de saúde e também as

que determinam as trajetórias percorridas por elas na busca por esse atendimento.

### **Atenção à saúde de mulheres idosas e itinerário terapêutico**

De acordo com as políticas públicas que regem a atenção à saúde prestada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro pode-se traçar um fluxo e uma organização para o atendimento à população. No nível primário ou pré-hospitalar estão disponíveis serviços como Pronto Socorro/PS e Pronto Atendimento/PA 24 horas, Unidade de Atenção Básica Ampliada, Programa Saúde da Família/PSF e Programa de Médico de Família/PMF que prestam o primeiro atendimento<sup>68</sup>. Além dessas unidades, existe o serviço pré-hospitalar móvel que inclui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU e os serviços associados, como o Grupamento de Socorro de Emergência/GSE e o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência/SIATE, realizando salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências<sup>69</sup>. Quando o caso apresentado pelo paciente ultrapassa os recursos disponíveis nesse nível de atenção, que é de baixa e média complexidade, ele deve ser encaminhado para o nível de maior complexidade, o hospitalar que se constitui de emergência hospitalar, hospitais gerais e especializados. Após passar por esses setores, se ainda existirem seqüelas do problema apresentado, o paciente é encaminhado ao serviço de reabilitação, que corresponderia ao final do processo de tratamento da enfermidade<sup>6</sup>.

Essa organização dos serviços está disponível para a população em geral, no entanto, algumas leis e políticas orientam como deve ser a atenção à

saúde para as pessoas idosas, bem como para as vítimas de violência e, para o presente trabalho serão os parâmetros norteadores.

A PNRMAV, em suas diretrizes, orienta a implementação de ações de promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis; de monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; de ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação; de capacitação de recursos humanos e de apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

O Estatuto do Idoso reforça as diretrizes da Política Nacional do Idoso e versa sobre os direitos fundamentais e as necessidades de proteção dos idosos<sup>70</sup>. Alguns artigos se destacam em relação ao tema abordado. No tocante ao Direito à Saúde o Artigo 15 do Estatuto assegura a atenção integral à saúde do idoso por intermédio do Sistema Único de Saúde; o Artigo 18 define a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais, cuidadores, familiares e grupos de auto-ajuda para atendimento às necessidades do idoso; o Artigo 19 define a obrigatoriedade do comunicado, pelos profissionais de saúde, dos casos suspeitos ou confirmados de maus tratos ao idoso aos órgãos públicos e o Artigo 47, alínea III, estabelece que são linhas de ação da política de atendimento, os serviços especiais de prevenção e atendimento ao idoso vítima de violência.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, por sua vez, apresenta algumas diretrizes para o atendimento de saúde da população idosa como a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral, integrada à saúde do idoso; o estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção; o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde

do idoso; o estímulo à participação e fortalecimento do controle social; a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da saúde do idoso e a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde do idoso.

Especificamente em relação às mulheres a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/PANAISM<sup>71</sup> traz, em suas diretrizes, a premissa de que as mulheres devem ser atendidas integralmente “em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias”. A mulher idosa também foi contemplada em seus objetivos específicos com estratégias que prevêm a incorporação do enfoque de gênero e a inclusão da atenção às peculiaridades da saúde das idosas na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS<sup>71</sup>. No entanto, quando se trata da violência a Política reconhece que a idade, juntamente com outros aspectos como classe social, raça, etnia e orientação sexual agravam as situações de desigualdades das mulheres na sociedade, mas não inclui uma estratégia que privilegie a atenção específica para as mulheres idosas em situação de violência. Elas, teoricamente, estariam incluídas nas ações que enfocam a violência doméstica e sexual.

Nos objetivos específicos que tratam da violência, a PANAISM preconiza a organização de redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica, a articulação da atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/AIDS e a promoção de ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual<sup>71</sup>.

No âmbito estadual, a Constituição Estadual do Rio de Janeiro, no Título II, Capítulo III, estabelece como dever da família, da sociedade e do Estado amparar as pessoas idosas, assegurando-lhes participação na comunidade,

dignidade e bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida, saúde, alimentação, dignidade, respeito, liberdade, convivência familiar e comunitária, além de colocá-las a salvo de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão<sup>72</sup>. O atendimento às pessoas idosas, bem como às crianças e adolescentes, deve se realizar, preferencialmente, no ambiente familiar (Art. 58). Prevê ainda que programas de atendimento devem ser criados para favorecer a integração familiar e comunitária, a saúde, a habitação e o lazer. Essa preferência pelo ambiente familiar também pode ser identificada na Política Nacional do Idoso<sup>16</sup> e na Política Nacional de Saúde do Idoso<sup>19</sup>.

Além das políticas citadas anteriormente, em 1985, a Lei 945 criou o Serviço de Geriatria e Gerontologia nos hospitais estaduais e ambulatorios mantidos pela Secretaria Estadual de Saúde para atendimento à população idosa residente no Estado do Rio de Janeiro. Ainda na tentativa de assegurar um bom atendimento aos idosos nos serviços de saúde, a Lei nº 1.922, de dezembro de 1991, preconiza a prioridade desses sujeitos em ambulatorios e pronto-atendimentos da rede pública e conveniada de saúde. O Programa de Vacinação para a Terceira Idade, Lei 2.795, de 1997, foi criado pelo governo do Estado e, em relação ao município do Rio de Janeiro, também foi instituída a Lei 2.384, de 1995, que dispõe sobre o atendimento geriátrico nos hospitais da rede pública municipal.

Antecipando o que seria previsto pelo Estatuto do Idoso, em 2003, a Lei 2.828, de 1997, garante a permanência de acompanhantes para maiores de 65 anos nos casos de internação em estabelecimentos de saúde no Estado do Rio de Janeiro.

Além dessas leis estaduais anteriormente citadas, também na Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro os idosos são contemplados no artigo 30, onde o município é responsabilizado por instituir programas de amparo aos idosos e famílias carentes, entre outros grupos vulneráveis.

As políticas e leis trazem diretrizes que norteiam uma atenção que caminha em direção à qualidade do atendimento fornecido pelos distintos serviços à população idosa. Qualidade significa conformidade com as normas, que não são absolutas, mas variam de uma sociedade a outra<sup>73</sup>.

Como componentes da qualidade dos serviços de saúde destacam-se a fundamentação da prática profissional, a cooperação entre pacientes e prestadores de serviço, o atendimento integral ao indivíduo, a coordenação entre atendimento médico e serviços sociais e a acessibilidade<sup>74</sup>. Além dessas questões, ainda podem ser incluídas a satisfação dos usuários, a eficácia, a eficiência<sup>75</sup>, a efetividade, a equidade, a adequação e a aceitação<sup>76</sup>. Todos esses itens parecem se aplicar adequadamente às especificidades que a população idosa requer em seu atendimento de saúde, seja por um problema provocado por uma doença ou por uma violência.

Para esta pesquisa, o componente da qualidade que se refere a acesso ou acessibilidade será um pouco mais detalhado em virtude do objetivo de identificar as trajetórias percorridas pelas mulheres idosas em situação de violência na busca por atendimento nos serviços de saúde.

Em uma revisão da literatura sobre conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde, Travassos e Martins<sup>77</sup> trazem algumas dimensões do conceito de acesso como disponibilidade de serviços em relação às necessidades, adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos

usuários (acessibilidade), acolhimento, capacidade de compra (relação entre as formas de financiamento e a possibilidade dos usuários pagarem pelos serviços) e aceitabilidade (atitudes de pacientes e profissionais em relação às práticas de cada um).

Travassos e Martins<sup>77</sup> discutindo o conceito de acessibilidade recorrem a autores como Donabedian que, de forma muito abrangente, define acessibilidade como um aspecto da oferta de serviços relativo “à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de determinada população” (p.191). Para esses autores, essa visão reflete características do serviço que determinam facilidades e dificuldades para seu uso por usuários em potencial, explicando, assim, as variações no uso dos serviços de grupos populacionais distintos.

O uso dos serviços de saúde também se relaciona com outras questões como, por exemplo, a maneira com que as pessoas vêem as doenças. Alves e Rabelo<sup>78</sup> destacam que as respostas dadas aos problemas de saúde “constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas crenças e valores” (p.171) e, a partir de então, os atores envolvidos na situação da doença formulam suas alternativas de tratamento de acordo com o meio sociocultural a que pertencem.

Freidson<sup>79</sup> discute sobre as definições da doença explicando que a interpretação leiga da dor é muito variável de acordo com o grupo cultural em que a pessoa está inserida. Além disso, também destaca que a dor não é o único sintoma indicativo de doença. Para Freidson, “o reconhecimento leigo de um sintoma ou de uma doença se dá em função de um desvio do padrão

histórico e cultural de normalidade estabelecido pela experiência diária. (...) nem todo desvio é descoberto e tratado” (p.312).

Nesse sentido, essa abordagem sobre a doença, realizada por Freidson, parece apropriada quando se discute a experiência da violência contra a pessoa idosa que, muitas vezes, não apresenta uma dor física que a faça procurar por atendimento médico, mas experimenta uma profusão de sinais e sintomas que influenciam sua tomada de decisões no processo de rompimento com a situação violenta vivenciada.

A utilização de serviços de saúde é determinada também pelo grupo social da pessoa doente, que pode encorajá-la ou desincentivá-la a procurar atendimento profissional para seu problema de saúde. A esse conjunto de influências advindas das pessoas ao redor do indivíduo Freidson denominou de “sistema leigo de indicação”, que tem papel fundamental na legitimação da doença e também na organização e direção do comportamento adotado pelo doente.

Alves<sup>80</sup> explica que esse sistema leigo de indicação contribuiu de forma essencial para a discussão do comportamento da pessoa doente e permitiu compreender o processo de escolha de seus tratamentos.

O movimento realizado pelo indivíduo, considerado doente, através de uma sequência de acontecimentos sociais foi denominado por Freidson<sup>79</sup> como “movimento de carreira”. Ainda segundo esse autor, é possível definir “os pontos da sequência pelos papéis ou imputações que o indivíduo encontra no curso de seu movimento por meio das diversas agências de controle social, médico ou outras” (p.268).

Alves<sup>80</sup> traduziu esse processo como “itinerário terapêutico”. Para esse autor,

“por este itinerário os indivíduos podem ter experiências com as várias agências de tratamento, ficando, assim, legitimados a assumirem um papel de enfermos, pois cada uma delas tem um caráter de imputabilidade ao atribuir suas próprias noções terapêuticas” (p.265).

Ao estudar o itinerário terapêutico das pessoas com alguma enfermidade, causada por qualquer agente, incluindo aqui a violência, objetiva-se “interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento”<sup>81</sup> (p.125).

Para Alves e Souza<sup>82</sup>

“a análise do itinerário terapêutico não se limita, contudo, a identificar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura. (...) torna-se importante levar em consideração que a escolha de tratamento é influenciada pelo contexto sociocultural em que ocorre” (p.125).

A partir da categoria itinerário terapêutico, pretende-se identificar os sentidos atribuídos pelas mulheres idosas ao agravo à saúde provocado pela violência, bem como a seqüência de eventos empreendidos por elas na busca pelo atendimento de saúde a esses agravos.

Como coloca Alves e Souza<sup>82</sup>

“o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. (...) é um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. No curso dessas ações, evidentemente, fazem-se presentes interesses, emoções e atitudes circunstanciais” (p.133).

Essa trajetória por elas construída é influenciada por diversos elementos que favorecem ou dificultam essa busca. Dentre eles pode-se citar aspectos culturais que influenciam as escolhas de soluções de problemas. Levando-se em conta que os sujeitos do presente estudo são mulheres idosas que estão inseridas em situações de violência, é preciso considerar as dificuldades que enfrentam em assumir que sofreram uma agressão, os sentimentos de culpa e vergonha e a opção que fazem de não denunciar o agressor que, muitas vezes, é uma pessoa da família. É bom lembrar também os aspectos socioeconômicos, religiosos e as redes sociais presentes nesse processo. Todos esses elementos podem atuar de forma positiva ou contrária às ações empreendidas por essas mulheres na busca de atenção à saúde nos casos de violência. Além disso, inclui-se o fato dos serviços de saúde não serem identificados como um local natural para atendimento a essas situações.

Construir uma trajetória em busca de tratamento para um agravo provocado pela violência pressupõe a mobilização de estratégias internas (subjetivas) para enfrentar o problema<sup>81</sup>, pois muitas vezes os sinais e sintomas não são aparentes como uma fratura ou hematomas, mas são frutos de violência psicológica, abandono, negligência ou abuso financeiro que não

são interpretados, nem pelo idoso, nem pelos profissionais de saúde como situação de violência a ser abordada em um serviço de saúde.

## 1.5. Materiais e métodos

Trata-se de um estudo que investigou a atenção à saúde oferecida às mulheres idosas em situação de violência, no município do Rio de Janeiro, a partir de três olhares distintos. O primeiro realizou uma análise epidemiológica da morbimortalidade de mulheres idosas por acidentes e violências no município; o segundo constituiu-se de um estudo transversal exploratório que visou mapear e caracterizar os serviços da rede SUS e qualificar o atendimento oferecido às idosas, vítimas de violência, nessa capital; e o terceiro desenvolveu um estudo exploratório qualitativo da trajetória percorrida por mulheres idosas em busca de atendimento de saúde para os agravos provocados pelas situações de violência.

Essa proposta metodológica de estudar a violência e seus impactos na saúde dos indivíduos tem sido desenvolvida pelo grupo de pesquisadores do Claves e já se constitui em uma linha de pesquisas nas diversas temáticas de estudo, inclusive nas que investigam a violência contra a pessoa idosa<sup>3</sup> e nas que realizam avaliação de programas e serviços de atenção a esse grupo etário<sup>6,83</sup>.

A experiência desse grupo de investigadores na realização de pesquisas que examinam, simultaneamente, diversos aspectos que envolvem o fenômeno estudado tem sido frutífera. No caso da temática da violência, essa abordagem parece muito apropriada por se tratar de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, que em sua configuração se confluem “problemas da política, da economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual”<sup>84</sup>.

Por se tratar de uma questão social, que afeta concretamente a saúde física e emocional das pessoas, exigindo respostas da sociedade e dos poderes públicos para seu enfrentamento, a violência requer um olhar mais ampliado e perspicaz de seus investigadores. Nesse contexto, é fundamental também valorizar a visão, as interpretações e as atitudes dos atores sociais envolvidos nas situações de violências, sejam eles vítimas, perpetradores, gestores de serviços e profissionais que lidam com essas questões.

Nessa perspectiva, os trabalhos tradicionalmente desenvolvidos nessa linha de pesquisa, que vem se conformando ao longo do tempo e das investigações realizadas pela equipe do Claves, trazem uma tendência de uso de metodologias que incluem diferentes pontos de vista sobre esse fenômeno complexo, a violência.

Esse caminho metodológico parece ser pioneiro na área da saúde e dos estudos sobre o tema no país. São exemplos de pesquisas que buscam essa diversidade de compreensões sobre a temática da violência: a análise do suicídio e da tentativa de suicídio na cidade de Itabira-MG, a partir dos pontos de vista epidemiológico, sócio-antropológico e psicossocial de forma integrada<sup>85</sup>; o trabalho que investigou se a violência impede a garantia dos direitos da pessoa idosa, no qual efetuou-se um levantamento da violência registrada através das queixas realizadas na Delegacia do Idoso e na Defensoria Pública, da rede de proteção às pessoas idosas no município do Rio de Janeiro, incluindo a visão dos idosos, dos líderes comunitários e dos representantes de órgãos públicos<sup>4</sup>.

Alguns trabalhos que abordam a violência contra a pessoa idosa incluindo perspectivas epidemiológicas e sociais têm surgido mais recentemente, mas sem, contudo, privilegiar a visão dos idosos sobre o tema em questão<sup>6</sup>.

Os autores que se dedicaram a estudar a violência contra a mulher idosa privilegiaram enfoques qualitativos, revisões de literatura e reflexões teóricas acerca do tema<sup>23,61,63</sup>, mas nenhum trabalho que agregue as diversas abordagens de forma articulada foi encontrado.

Esse modelo de análise que articula diferentes pontos de vista sobre o objeto, inclui a triangulação de métodos, onde as dimensões macro e micro fazem parte da investigação da realidade social e são visões que se complementam<sup>85</sup>.

Seguindo a proposta da triangulação, amplamente discutida no livro “Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais” que traz um exemplo concreto de aplicação dessa metodologia no Programa Cuidar, Minayo e colaboradores<sup>86</sup> enfocam a possibilidade de agregar diferenças e complementaridades que advém do diálogo entre diferentes métodos, técnicas, fontes e pesquisadores.

Segundo Minayo e colaboradores, essa estratégia de investigação se baseia em autores como Denzin, Jick, Samaja e Minayo e Cruz Neto que teorizaram sobre as vantagens do diálogo entre as áreas do conhecimento, defendendo o uso da triangulação de métodos<sup>86</sup>.

Para Deslandes e Assis<sup>87</sup> a articulação entre as abordagens quantitativa e qualitativa propicia a explicação em extensão e a compreensão em profundidade. As autoras ainda destacam que

“não se trata de opor, superficialmente, micro a macro, profundidade a superficialidade ou particular a geral. Mais que oposições binárias (portanto, simplórias), o quantitativo e o qualitativo traduzem, cada qual a sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presentes nos processos de saúde-doença” (p. 195).

Seguindo esse caminho metodológico escolhido para a realização da presente pesquisa, a seguir serão detalhados os passos que conduziram os diversos enfoques sobre a violência contra a mulher idosa e a atenção à sua saúde. Os detalhes da metodologia usada em cada etapa do trabalho estão descritos nos artigos que constituem esta tese.

### **Análise epidemiológica da morbimortalidade de idosas por acidentes e violência no Rio de Janeiro**

A pretensão com essa visão epidemiológica foi traçar um panorama das causas externas (acidentes e violência) que impactam a mulher idosa residente no município do Rio de Janeiro. Além disso, buscou-se identificar as tendências das taxas de mortalidade das idosas por essas causas ao longo do tempo.

Essa investigação, em extensão, propiciou um amplo olhar sobre a violência mais grave e, por isso letal e também sobre as situações menos graves, mas que produziram agravos que levaram as idosas a um serviço de saúde e se traduzem na morbidade, estudada através das internações hospitalares e dos atendimentos de emergência.

O cenário da violência que se abate sobre as idosas cariocas também permitiu desvendar as causas que mais acometem esse grupo social, muitas

vezes, identificadas e registradas como um evento acidental, na realidade, pode ter sido deflagrado por uma situação de violência que permanece velada nos registros e prontuários dos pacientes.

Esse estudo epidemiológico também foi motivado pelo interesse na identificação da violência que concretamente leva as idosas aos serviços de saúde, pois alguns autores discutem que as situações violentas vivenciadas por elas, muitas vezes, não são reconhecidas como tal e são até naturalizadas nas relações familiares.

O conhecimento desse panorama epidemiológico foi o passo inicial para as próximas etapas da pesquisa que pretendiam identificar como essas violências estavam sendo abordadas nos serviços de saúde que compõem a rede SUS no município, locais onde, teoricamente, essas idosas recorreriam diante desses agravos.

### **Mapeamento e caracterização dos serviços da rede SUS que atendem a mulheres idosas em situação de violência e qualificação do atendimento oferecido**

Conhecendo os impactos dos acidentes e violências sobre as mulheres idosas, no município do Rio de Janeiro, o próximo passo dessa investigação se constituiu na verificação de como a rede de saúde do SUS está estruturada e organizada para atender a essa demanda. À luz das diretrizes das políticas públicas e leis que orientam a atenção à saúde da população idosa no país, os serviços que compõem a rede foram focalizados com o objetivo de captar a

implementação de suas recomendações no cotidiano do atendimento às pessoas idosas em situação de violência.

Nesse enfoque, tentou-se identificar os serviços da rede de saúde, nos três níveis da atenção, que concretamente atendiam às pessoas idosas, vítimas de violência. A partir daí investigou-se as especificidades da atenção à pessoa idosa e a garantia dos direitos legalmente adquiridos como a prioridade no atendimento, a presença de um acompanhante durante a internação, a abordagem preventiva das incapacidades funcionais, a atenção orientada pela geriatria e gerontologia, entre outras questões. No que se refere a abordagem dos casos de violência, a investigação visou a captar como esse tema era tratado nos serviços, sua identificação, as ações de prevenção realizadas, a inclusão da família do idoso nessa abordagem, a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência, a capacitação dos profissionais para essa atenção à pessoa idosa vitimizada e o apoio institucional oferecido às equipes de saúde que lidam com essas questões.

A visão de gestores das áreas técnicas, de coordenadores dos serviços, bem como de profissionais de saúde foi privilegiada para tentar captar suas experiências, percepções sobre o atendimento e dificuldades enfrentadas na abordagem dos idosos em situação de violência.

Nessa etapa do trabalho investigativo, foi possível identificar algumas questões que, posteriormente, poderiam ser mais aprofundadas no enfoque qualitativo como as interações da equipe com a família, o atendimento intersetorial, a indicação de gestores e profissionais sobre o abandono das pessoas idosas na instituição hospitalar, a dificuldade em identificar os casos

de violência, a falta de capacitação dos profissionais para abordar os casos, entre outros aspectos que serão discutidos mais adiante.

### **Trajetória percorrida por idosas em busca de atendimento de saúde para os agravos provocados pela violência**

Partindo para a compreensão em profundidade, o trabalho qualitativo teve o objetivo de escutar as mulheres idosas que buscaram atendimento de saúde por um agravo provocado pela violência, nos serviços hospitalares. Nesse enfoque buscou-se captar suas visões sobre a violência vivenciada e sobre o atendimento recebido nas instituições de saúde do município.

A escolha da estratégia usada para o acesso a essas idosas foi influenciada pelos resultados do trabalho de caracterização da rede e qualificação do atendimento, onde os profissionais revelaram que os casos de violência que chegavam às unidades de saúde eram encaminhados para a equipe de serviço social.

Considerando as assistentes sociais como informantes chave na identificação das idosas em situação de violência nos hospitais, buscou-se a parceria com essas profissionais para a realização do trabalho de campo.

As chefias e equipes de serviço social dos hospitais que participaram da pesquisa receberam o projeto com muito interesse. Algumas se empenharam mais fortemente na identificação dos casos e no repasse de informações sobre as condições de saúde e a violência vivenciada pelas idosas; outras, assumiram uma postura mais recuada e menos protagonista nessa identificação. Talvez isso tenha ocorrido pela sobrecarga de trabalho, pela agilidade na tomada de decisões que alguns casos requerem, sem tempo hábil

para comunicar à pesquisadora e sem a possibilidade de abordagem da idosa. Alguns autores discutem que a falta de sensibilização e de capacitação dos profissionais de saúde, sobretudo os do nível hospitalar, também influenciam nessa identificação e na abordagem desses casos<sup>88</sup>.

Ao ser informada pelas assistentes sociais, sobre a identificação de um caso de idosa em situação de violência, a pesquisadora se deslocava até o hospital para a entrevista com a idosa. Inicialmente, a equipe passava algumas informações como o motivo da internação, qual situação de violência tinha sido identificada, se havia necessidade de algum procedimento cirúrgico, se já tinha previsão de alta hospitalar, entre outras questões. Logo após, pesquisadora e assistente social se encaminhavam para o local onde se encontrava a idosa. Aí acontecia uma breve apresentação realizada pela profissional que depois se retirava e as deixava conversar a sós.

No trabalho de campo, realizado nos hospitais municipais selecionados para a pesquisa, as entrevistas com as idosas foram permeadas de muita emoção e expressão de sentimentos de insegurança, abandono e revolta. Algumas idosas usavam esse momento de escuta para exteriorizar suas angústias, expectativas e até mesmo a desesperança na resolução de seus problemas.

O contato com as equipes do serviço social dos hospitais também foi intenso. Diante da identificação de algumas situações mais complexas de violência contra idosas, a pesquisadora foi chamada a participar da discussão do caso, onde pôde captar as angústias e inquietações dessas profissionais nessas abordagens.

Essa etapa da pesquisa foi elucidativa para algumas situações identificadas no trabalho epidemiológico e também na qualificação do atendimento, realizados anteriormente. Assim, articulando os diferentes enfoques sobre a violência contra a mulher idosa e a atenção oferecida a elas pelos serviços da rede SUS, no município do Rio de Janeiro, esse trabalho pretende contribuir para a produção do conhecimento na área da gerontologia e na gestão dos serviços públicos de saúde dirigidos às mulheres nessa capital.

## **1.6. Considerações éticas**

O projeto se guiou pelas recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos. A pesquisa obteve autorização da direção dos hospitais municipais envolvidos e foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro com o parecer 01/10. Todas as instituições e sujeitos envolvidos foram devidamente esclarecidos quanto às implicações advindas de sua participação na pesquisa. Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações e a participação dos sujeitos na pesquisa foi voluntária.

A parte do estudo que se dedicou à caracterização dos serviços e qualificação do atendimento de saúde oferecido aos idosos vítimas de violência, no município do Rio de Janeiro analisou dados de uma pesquisa maior que já tinha sido aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde, com o parecer número 99A/2006 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fiocruz, sob o parecer número 85/06.

## CAPÍTULO 2

### APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Seguindo as orientações propostas pela Pós Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, do Instituto Fernandes Figueira e em concordância com a orientadora, os resultados da pesquisa, que originou o presente trabalho, estão organizados em uma coletânea de artigos científicos encaminhados a periódicos da área da saúde pública.

Essa coletânea está composta por quatro artigos: 1) Revisão bibliográfica da produção científica sobre a atenção de saúde à pessoa idosa vítima de violência, submetido à Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação; 2) Violência contra a mulher idosa: mortes e hospitalizações no Rio de Janeiro, encaminhado à Revista de Saúde Pública; 3) Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro, publicado *on line* na Revista Ciência e Saúde Coletiva, em 2010; e 4) “Minha vida é uma novela”: mulheres idosas em situação de violência em busca de atendimento de saúde, estruturado com as normas da Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação e submetido à banca de defesa de doutorado antes de seu encaminhamento à revista.

O primeiro artigo “Revisão bibliográfica da produção científica sobre a atenção de saúde à pessoa idosa vítima de violência”, traz uma revisão da literatura nacional e internacional da área da saúde pública com os descritores *violência* e *idoso* integrados com *serviços de saúde, atenção primária à saúde, saúde da família, hospitalização e reabilitação*.

O segundo artigo “Violência contra a mulher idosa: mortes e hospitalizações no Rio de Janeiro” apresenta uma análise epidemiológica da morbimortalidade de mulheres idosas por causas externas no município do Rio de Janeiro. Evidencia as tendências dos indicadores de mortalidade, as principais causas que levam essas mulheres aos serviços de saúde.

O terceiro trabalho “Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro” realiza o mapeamento, caracterização e qualificação do atendimento de saúde prestado pelos serviços próprios e conveniados do SUS a pessoas idosas em situação de violência no município, com base nas principais políticas públicas que orientam a atenção ao idoso e à vítima de violência no país.

Antes da apresentação do quarto e último artigo que compõe esta tese encontra-se uma seção que descreve o cenário das entrevistas realizadas com as mulheres idosas na pesquisa. Essa descrição foi elaborada a partir dos registros do diário de campo confeccionado durante as visitas aos hospitais que participaram da pesquisa qualitativa, que pretendia dar voz às idosas vítimas de violência sobre sua trajetória em busca de atendimento de saúde. Optou-se por incluir esta seção diferenciada, pois não se alcançou espaço para incluí-la no artigo específico sobre essa parte do estudo.

O quarto e último artigo ““Minha vida é uma novela”: mulheres idosas em situação de violência em busca de atendimento de saúde”, buscou captar a visão das mulheres idosas atendidas em hospitais públicos municipais, por um agravo provocado pela violência, sobre o abuso que

sofreram, o atendimento recebido e sua trajetória em busca de cuidados de saúde.

Esses trabalhos estão estruturados de acordo com as normas das Revistas às quais foram publicados, aceitos e submetidos para publicação.

**Revisão bibliográfica da produção científica sobre a atenção de saúde à pessoa idosa vítima de violência**

**Revisión de la literatura científica sobre el cuidado de la salud para los ancianos víctimas de la violencia**

**Scientific literature review on health care for elderly victims of violence**

**Adalgisa Peixoto Ribeiro, Edinilsa Ramos de Souza**

Adalgisa Peixoto Ribeiro – Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – Claves/Fiocruz. Rua Conde de Itaguaí, 55 cs 32/101 – Tijuca – Rio de Janeiro – RJ – CEP 20511-200. Tel (21)8104-7966 / (21)3253-4738 / (21)3882-9154 - E-mail – [adalpeixoto@yahoo.com.br](mailto:adalpeixoto@yahoo.com.br)

Edinilsa Ramos de Souza - Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – Claves/Fiocruz. E-mail – [edinilsa@claves.fiocruz.br](mailto:edinilsa@claves.fiocruz.br)

O texto é inédito, não há conflitos de interesse, trabalho é parte da tese de doutorado da primeira autora, apoiada pela Faperj.

## **Revisão bibliográfica da produção científica sobre a atenção de saúde à pessoa idosa vítima de violência**

## **Revisión de la literatura científica sobre el cuidado de la salud para los ancianos víctimas de la violencia**

## **Scientific literature review on health care for elderly victims of violence**

**Resumo:** O artigo analisa como a literatura científica da área da saúde pública aborda a atenção prestada aos idosos vítimas de violência a partir das bases Scielo, Lilacs e Medline. Analisou-se 37 artigos, sistematizados nas categorias: percepções de profissionais de saúde sobre a violência contra o idoso e o atendimento de saúde a esses agravos, identificação e atenção aos casos de violência, prevenção, notificação dos casos de violência e formação dos profissionais para o atendimento. Os resultados mostram esforço para ampliar a atuação da saúde nas diversas dimensões da atenção ao idoso vitimizado como sensibilização para o tema, ações de prevenção e promoção da saúde e organização dos serviços para o atendimento. No entanto, temas como prevenção da violência, produção de ambientes seguros e saudáveis, atenção à família e ao agressor, suicídio, violência institucional, sequelas da violência e atuação intersetorial foram pouco aprofundados.

**Palavras-chave:** saúde do idoso, violência contra o idoso, serviços de saúde, atenção à saúde

**Resumen:** El artículo examina cómo la literatura científica de salud pública analiza la atención a los ancianos víctimas de la violencia desde SciELO, Lilacs y Medline. Se analizaron 37 artículos, sistematizados en las categorías: percepciones de los profesionales de la salud sobre la violencia contra los

ancianos y cuidado en estas situaciones, la identificación y atención a los casos de violencia, la prevención, la denuncia de casos de violencia y la formación profesional. Los resultados muestran el esfuerzo para ampliar la atención sanitaria en las diversas dimensiones como la conciencia de la cuestión, la prevención y promoción de la salud y la organización de los servicios para el cuidado. Cuestiones como la prevención, la producción de entornos seguro y saludable, atención a la familia y el agresor, el suicidio, la violencia, la violencia institucional y las consecuencias de la violencia y la acción intersectorial no se ha investigado a fondo.

**Palabras clave:** salud del anciano, maltrato a personas mayores, servicios de salud, atención a la salud

**Abstract:** The article examines how the scientific literature of public health discusses the attention given to elderly victims of violence from databases SciELO, Lilacs and Medline. We analyzed 37 articles, systematized in the categories: health professionals perceptions on violence against the elderly and health care for violence, identification and attention to violence victims, prevention, reporting of cases of violence and training for professionals attendance. The results show the effort to improve the performance of the various dimensions of health care for the elderly victimized as issues awareness, prevention and health promotion and service organization. However, issues such as violence prevention, production safe and healthy environment's, family care and the aggressor, suicide, institutional violence and violence sequelae and intersectoral action was not deeply investigated.

**Key-words:** health of the elderly, elder abuse, health services, health care

## Introdução

O tema da violência contra a pessoa idosa tem sido alvo de discussões que perpassam os setores de justiça, assistência e, principalmente, o de saúde, onde essas pessoas recorrem em busca de atenção aos agravos provocados por esses eventos. Em relação ao idoso, a violência se manifesta de diversas formas como abuso físico, psicológico, financeiro, negligência e abandono e podem ocorrer no ambiente doméstico, nas relações familiares e nas instituições prestadoras de serviços (Minayo, 2003).

Muitos autores ressaltam que os profissionais de saúde estão em uma posição estratégica para a detecção, abordagem apropriada e prevenção da violência contra o idoso (Taylor et al., 2006; Queiroz, 2005; Krueger, Patterson, 1997). Por sua vez, idosos em situação de violência intrafamiliar apresentam alta utilização de serviços de saúde: 66% dos idosos atendidos em emergência em Connecticut, EUA tinham pelo menos uma consulta com diagnóstico de trauma e 37,8% tinham pelo menos uma consulta com suspeita de maus tratos (Lachs et al., 1997). No Brasil, em 2009, registrou-se 141.058 internações hospitalares de idosos por causas acidentais e violentas (Datusus, 2010) e os atendimentos de emergência de idosos por violência representaram 2,5% do total (Brasil, 2010). As estatísticas oficiais da violência impressionam pela magnitude, mas representam apenas uma parte das violências, as que chegam aos serviços de saúde. Segundo Minayo (2003), os registros conhecidos constituem a “ponta do iceberg de uma cultura relacional de dominação, de conflitos intergeracionais ou de negligências, familiares ou institucionais”.

Muitos idosos procuram atendimento em consultórios médicos particulares e, desse modo, não se tem a real noção do uso de serviços de saúde devido a uma situação de violência (Lachs et al., 1997).

No Brasil, algumas políticas públicas se dedicam a orientar a atenção prestada à pessoa idosa, principalmente pelos serviços de saúde e representam um marco legal para a abordagem dos agravos provocados pela violência. São elas a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa/PNSPI (Brasil, 2006), o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência/PNRMAV (Brasil, 2001).

Para que se possa avançar no campo da atenção à pessoa idosa, vítima de violência, faz-se necessário rever o que mais recentemente foi publicado em termos de conhecimento acerca desse tema, mapeando-se os limites e as possibilidades para essa atenção.

Assim, o objetivo do presente artigo é analisar como a literatura científica da área da saúde pública aborda a atenção prestada aos idosos vítimas de violência.

## **Metodologia**

O presente estudo realizou uma revisão bibliográfica sobre a atenção à saúde de pessoas idosas, vítimas de violência. A busca da produção científica foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde/BVS, por meio do site da BIREME, nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline. Em consulta aos Descritores em Ciências da Saúde/DeCS foram selecionados os descritores *Violência, Idoso, Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família,*

*Hospitalização e Reabilitação* que guiaram a busca bibliográfica. Esses descritores permitiram captar a atenção à saúde da pessoa idosa em situação de violência nos diversos níveis do atendimento (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação). A última consulta às bases foi realizada no mês de outubro de 2010.

Foram incluídos na análise os artigos publicados nos idiomas português, espanhol e inglês, no período de 1990 a 2010 e que em seu resumo traziam os três temas: violência, idoso e atenção à saúde. Foram excluídos os editoriais, documentos institucionais, cartas ao editor e os trabalhos que não abordavam os três temas anteriormente citados.

Identificou-se um total de 266 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão, a exclusão dos que se repetiam nas diferentes bases e a leitura de todos os resumos, foram selecionados para análise 37 trabalhos que atenderam aos objetivos propostos: 13 em português, 5 em espanhol e 19 em inglês.

O acervo de artigos selecionados passou por uma leitura criteriosa dos textos completos e sua distribuição foi considerada de acordo com o período de publicação, o local de realização do trabalho e a metodologia usada pelos autores. A análise dos artigos baseou-se na técnica de análise de conteúdo adaptada de Bardin por Minayo (2006). Após a leitura exaustiva dos textos realizou-se a identificação das idéias centrais de cada artigo, a classificação dessas idéias em núcleos de sentidos, a comparação entre os diferentes núcleos e sua classificação em temas mais abrangentes. Buscou-se evidenciar as discussões mais caras aos autores e também os desafios futuros para o setor saúde na atenção às pessoas idosas, vítimas de violência. As categorias

que emergiram da análise e subsidiaram a sistematização dos dados foram: 1) Percepções de profissionais de saúde sobre a violência contra o idoso e o atendimento de saúde a esses agravos, 2) Identificação e atenção aos casos de violência contra o idoso, 3) Prevenção da violência, 4) Notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra idosos e 5) Formação dos profissionais para o atendimento.

## **Resultados**

As referências selecionadas mostraram que o tema foi pouco abordado na década de 1990, período em que foram encontrados nove artigos. Na década de 2000 a 2009 os estudos dobraram, com 19 artigos e, somente no ano de 2010 (pesquisado até o mês de outubro), foram encontrados nove trabalhos. Esse aumento gradativo das publicações revela a maior inserção do tema em questão nas pesquisas da área de saúde coletiva a partir dos anos 2000. Grande parte dos artigos analisados se referem a trabalhos realizados no Brasil (14) e EUA (13), mas outros locais também aparecem com menor número de publicações: Espanha (3), Canadá (2), Reino Unido (2), Suécia (1), Cuba (1) e Turquia (1). No conjunto dos artigos, 10 usaram a metodologia de survey para identificar percepções, conhecimentos e atitudes de profissionais frente à violência contra a pessoa idosa, 8 deles realizaram análise exploratória e diagnóstica do atendimento oferecido, 7 se dedicaram à revisão conceitual e construção da abordagem às vítimas de violência, 5 são estudos de caso, 4 estudos transversais qualitativos e 3 são estudos descritivos com dados de atendimento.

A análise dos artigos publicados na década de 1990 evidenciou uma preocupação com identificação e abordagem da violência contra a pessoa idosa nos serviços de saúde, o conhecimento dos profissionais sobre o tema e também sobre as leis de notificação dos casos de violência. Na década de 2000 os trabalhos contemplaram a sensibilização, percepções e concepções dos profissionais sobre a violência. Os temas prevenção, fatores de risco, treinamento e capacitação para a abordagem da violência contra o idoso foram incluídos de forma tímida nos trabalhos desse período. As publicações de 2010 apresentam preocupação diferenciada com enfoque na organização dos serviços para o atendimento ao idoso vitimizado em cidades brasileiras; além disso, também incluem as percepções dos profissionais e gestores sobre o atendimento e a inserção do tema em questão nas políticas públicas de saúde.

### **Percepções de profissionais de saúde sobre a violência contra o idoso e o atendimento de saúde a esses agravos**

Um artigo enfocou as percepções de médicos de emergência nos EUA sobre a violência contra o idoso mostrando sua convicção de que esse é um evento frequente, no entanto, é menos presente que a violência contra mulheres e crianças (Jones et al., 1997). Para médicos e enfermeiros da atenção primária as formas mais comuns de abusos contra idosos, que chegam ao serviço de saúde, são a violência psicológica, econômica, negligência e abandono; os abusos físicos e sexuais são mais raros nesse nível do atendimento (Coma et al., 2007). Talvez essas últimas formas de violência contra o idoso produzam lesões mais graves que os façam buscar um atendimento mais complexo como o hospitalar.

Assim como no Brasil, profissionais norte americanos (Tilden et al., 1994) e turcos (Mandiracioglu et al., 2006) crêem que a violência contra o idoso é pouco frequente entre seus pacientes. Os que atuam na Turquia reconhecem que esses abusos, na verdade, não são identificados pelos técnicos.

No Rio de Janeiro, gestores e profissionais declararam não receber idosos vítimas de violência nos serviços de saúde, mas relataram casos de idosos submetidos a maus tratos, abusos financeiros, psicológicos e abandono (Cavalcanti, Souza, 2010). Santos et al. (2010) destacam que a percepção dos técnicos, entrevistados em Manaus, é de que os idosos mais comumente vitimizados pela violência são os dependentes, sem autonomia e que, por isso mesmo, não freqüentam o serviço de saúde.

Parece existir um velamento das violências que acometem o idoso nas unidades de saúde e as dificuldades em intervir podem contribuir para encobrir o reconhecimento dos casos (Cavalcanti, Souza, 2010).

Os profissionais de reabilitação não se consideram responsáveis pela abordagem da violência, acreditam que devem atuar somente sobre a lesão física (Ribeiro, Barter, 2010). A mesma percepção foi observada entre os profissionais de saúde mental que alegaram não estar preparados para lidar com esse público, que os casos de violência devem ser resolvidos na justiça e que o acolhimento ao idoso vitimizado se justifica quando associado a um quadro psiquiátrico agudo de psicose, depressão grave e deficiência mental, por exemplo (Valadares, Souza, 2010).

Odontólogos também não se sentem responsáveis por intervir nesses casos, no entanto, os sinais de lesões dentárias são comuns nessas situações e

esses profissionais podem ser os primeiros a observar e identificar o abuso (Tilden et al., 1994).

Rinker Jr (2009), estudando profissionais de saúde nos EUA, identificou que 95% deles acreditam que o abuso contra o idoso é um evento freqüente, mas aproximadamente 50% referiram não ter tido contato com um idoso vítima nos últimos 12 meses, revelando que a percepção da violência supera a experiência real dos técnicos.

Todas essas visões externadas pelos profissionais indicam que esse tema ainda não foi totalmente incorporado pelos serviços de saúde. No caso brasileiro, essa incipiente inclusão da violência no atendimento de saúde vai de encontro ao princípio da integralidade da atenção, preconizado pelo Sistema Único de Saúde e pela PNSPI (Brasil, 2006).

Para os profissionais estudados por Coma et al. (2007) algumas situações podem se tornar fatores de risco que favorecem a violência contra o idoso, como: a introdução de uma nova figura na família, o cuidador formal, que traz consigo outra cultura, costumes e valores diferentes da pessoa cuidada; o cuidador dependente financeiramente ou que está nessa função por um longo tempo; o filho com deficiência que atua como cuidador; o idoso que não reconhece suas dependências e desvaloriza os cuidados recebidos; as relações conflituosas entre familiares, com idosos que agrediram ou que haviam negligenciado seus familiares e o convívio com usuários de drogas.

Identificar e intervir nas situações de violência é uma tarefa complexa e muitos profissionais não se sentem preparados para essa abordagem. Para eles, o idoso não é atendido de forma integral e interdisciplinar que requer as especificidades do envelhecimento e das situações de violência vivenciadas.

Os profissionais conseguem perceber os abusos, mas na maioria das vezes, não atuam e se sentem impotentes frente a esses casos (Cavalcanti, Souza, 2010). Alguns deles acreditam firmemente que têm a responsabilidade de intervir, mas outra parcela não se apropria dessa atribuição; os que tomam a iniciativa de atuar tendem a não realizar a notificação para as autoridades competentes (Tilden et al., 1994).

As percepções identificadas nesses trabalhos evidenciam a necessidade de maior sensibilização e formação dos atores envolvidos no cuidado à saúde de pessoas idosas, o que será abordado mais adiante.

### **Identificação e atenção aos casos de violência contra a pessoa idosa**

Grande parte dos artigos analisados se dedicou especialmente a esse item e suas diversas nuances: sinais de alerta sobre a violência, identificação, abordagem em situações de risco, dificuldades na atenção e recomendações para a atenção aos idosos vítimas de violência.

Alguns autores enfatizam a necessidade de incluir, na rotina de atendimento ao paciente idoso, perguntas sobre violência, assim como é feito para doenças comuns a essa faixa etária (Ahmad, Lachs, 2002). Os profissionais de saúde devem realizar perguntas simples, diretas e de maneira não ameaçadora sobre esse tema (Motilva, 2002). A entrevista deve acontecer com o paciente sozinho e, posteriormente, junto com o cuidador, analisando a relação entre eles e as mudanças de atitudes, facilitando a expressão de sentimentos e garantindo confidencialidade (Fernandez-Alonso, Herrero-Velázquez, 2006b; Baker, Heitkemper, 2005).

Mesmo diante de todas as recomendações sobre essa abordagem aos idosos, 84% dos médicos americanos, estudados por Jones et al. (1997), afirmaram que raramente perguntam aos pacientes sobre essa questão e apesar disso, 72% tinham atendido a pelo menos um caso de violência no último ano. De forma semelhante, 63% dos médicos da atenção primária de Ohio nunca perguntaram a seus pacientes idosos sobre maus tratos e 72% relataram que oferecem orientação mínima aos pacientes vitimizados (Kennedy, 2005).

Na Turquia, os profissionais revelaram que se sentem desconfortáveis em fazer perguntas sobre violência para pessoas idosas (Mandiracioglu et al., 2006).

Muitos profissionais são relutantes em tocar nesse assunto com idosos; acreditam que falar sobre a violência, principalmente a familiar, é como “abrir uma caixa de Pandora”, pois as vítimas tendem a minimizar a gravidade do abuso e serem leais ao agressor, temem a institucionalização, não se dispõem a acionar legalmente um familiar e preferem tolerar o abuso a perder os laços afetivos. Os profissionais, por sua vez, se sentem impotentes para mudar a situação ou influenciar a decisão do idoso, sendo comuns os sentimentos de raiva e culpa (Kahan, Paris, 2003).

Alguns sinais podem indicar a presença de situações de abuso como: relutância do cuidador em deixar o idoso sozinho com o profissional de saúde, não comparecimento do paciente em consultas pré-agendadas, discrepância dos sinais apresentados pelo idoso e as explicações dadas pelo cuidador, visitas freqüentes ao serviço de emergência, atraso na procura de cuidados médicos, ferimentos inexplicáveis, lesões múltiplas em vários estágios de evolução, exames laboratoriais indicando superdosagem de medicamentos, desnutrição, desidratação, úlceras de decúbito, pobre higiene, depressão,

agitação ou condutas infantis, ausência de respostas aos tratamentos prescritos adequadamente e quedas repetidas (Fernandez-Alonso, Herrero-Velázquez, 2006b; Queiroz, 2005; Motilva, 2002; Ahmad, Lachs, 2002).

Ao identificar a violência é fundamental garantir a segurança da pessoa idosa, discutir com ela sua experiência e criar um plano de ação, respeitando sua autonomia. Se houver recusa, por parte do idoso, em relação à intervenção proposta e sua capacidade na tomada de decisões estiver preservada é preciso orientar sobre os recursos disponíveis na comunidade (*home care*, centro dia, atividades de igrejas etc) e os serviços aos quais ele pode recorrer em caso de emergência (Ahmad, Lachs, 2002). É necessário certificar-se de que a pessoa tem acesso a um telefone para pedir ajuda, conta com um local seguro para ficar e possui apoio social, mesmo que temporariamente (Kahan, Paris, 2003). Além disso, deve-se encorajá-lo a manter distância, o máximo possível, do agressor através de transferência dos cuidados para outro cuidador, abrigamento ou remoção do agressor, caso esse seja hóspede da vítima (Ahmad, Lachs, 2002).

Médicos de família canadenses afirmaram que diante da recusa do idoso em aceitar ajuda sua conduta seria o aconselhamento com colegas de profissão e o encaminhamento para avaliação mais aprofundada, entretanto, alguns deles afirmaram que aceitariam a decisão do idoso e não tomariam qualquer atitude em relação ao caso (Krueger, Patterson, 1997).

Se, por outro lado, o paciente não tiver sua autonomia preservada, o próximo passo seria a tutela e a comunicação do caso as autoridades públicas (Ahmad, Lachs, 2002). Esse procedimento também é recomendado no Brasil pelo Estatuto do Idoso (Brasil, 2003).

Essa abordagem aos casos suspeitos, o diagnóstico da violência e a intervenção devem ser tarefas da equipe multidisciplinar, garantindo que o paciente não seja exposto a situações de risco, acionando a rede de apoio comunitário e os serviços de proteção (Brasil, 2006; Queiroz, 2005).

Médicos ingleses afirmaram que raramente os idosos vítimas ou os agressores falam sobre a violência, sua identificação geralmente é realizada por um profissional atento à questão (McCreadie, Bennett, Tinker, 1998).

Tilden et al. (1994) destacam que a intervenção parece estar influenciada pelo gênero do profissional: as mulheres, diante de um caso de violência contra o idoso tendem a pedir ajuda a outros profissionais e os homens preferem lidar sozinhos e discutir a situação com o paciente e sua família. Esses autores ressaltam que a colaboração e comunicação entre os membros da equipe de saúde são fortemente recomendáveis para evitar o isolamento do profissional, o que favorece a tendência de suprimir a suspeita e até mesmo a intervenção nos casos de violência.

Compartilhar o caso de violência com a equipe multiprofissional também traz um sentimento de segurança para o idoso quando ele sabe que vários membros da equipe conhecem seu problema e estão dispostos a ajudar (Kahan, Paris, 2003).

Alguns artigos analisados discutiram as dificuldades que, muitas vezes, se tornam barreiras para a detecção e a abordagem dos casos de violência contra o idoso: falta de protocolos para avaliar e abordar os casos, de conhecimento sobre o que constitui o abuso e onde buscar ajuda (Krueger, Patterson, 1997); pouca experiência e formação sobre o tema, indefinição de competências e responsabilidades na abordagem do problema (Coma et al., 2007); preconceito

cultural em relação ao idoso, recusa dos profissionais no envolvimento com questões que consideram ser de domínio privado (Queiroz, 2005); escassez de tempo pelo excesso de trabalho que não permite o aprofundamento na complexidade do evento vivenciado (Halphen, Varas, Sadowsky, 2009; Kahan, Paris, 2003); isolamento da vítima (Kahan, Paris, 2003); ausência de uma rede de apoio social ao idoso, falta de estrutura, capacitação para agir e prioridade no atendimento ao idoso (Cavalcanti, Souza, 2010); dinâmica familiar e recusa do idoso em explicitar a violência sofrida (Deslandes, Souza, 2010).

Interessante notar que os médicos de serviço privado, mais que os de serviço público de saúde, afirmam que a falta de conhecimento sobre os locais para onde encaminhar o idoso vitimizado e o medo de represálias por parte do agressor em relação à vítima são barreiras substanciais para a assistência ao paciente (Krueger, Patterson, 1997). Esse fato pode indicar que profissionais de serviços públicos tenham mais conhecimento das políticas públicas sobre esse tema e também da rede de proteção ao idoso.

A conduta mais comum dos médicos, diante de um caso de violência, tem sido o encaminhamento para o serviço social, a avaliação geriátrica especializada ou para a enfermagem (Krueger, Patterson, 1997). Gestores e profissionais de reabilitação tendem ter uma conduta semelhante: não abordar a violência e, quando ela é identificada, encaminham ao psicólogo e ao assistente social (Ribeiro, Barter, 2010).

Gestores e profissionais de saúde, entrevistados por Cavalcanti e Souza (2010), afirmaram que diante de um caso de negligência ou abandono nas instituições de saúde a conduta é convocar a família para conversar. Os profissionais acreditam que essa medida tem sido eficaz, mas quando se

esgotam as possibilidades de interação recorrem ao Ministério Público ou delegacia especializada para a realização da denúncia (Cavalcanti, Souza, 2010).

Deslandes e Souza (2010) identificaram o pouco envolvimento da família na abordagem ao idoso abusado, nos serviços de atenção pré-hospitalar, além disso, é escasso o número de serviços que oferecem atendimento ao agressor. Esse mesmo cenário foi encontrado nas unidades de nível pré-hospitalar em Curitiba (Mello, Moysés, 2010).

Analisando as especificidades da violência contra a mulher idosa através de narrativas de idosas abusadas pelos companheiros, Grunfeld et al. (1996) destacam que elas se sentem impotentes diante da violência e que existem muitas barreiras para sair do relacionamento abusivo. Nesses casos, o apoio da comunidade e de profissionais de saúde, que realizem uma intervenção adequada, contribui significativamente na capacidade das mulheres para enfrentar e rejeitar o abuso (Grunfeld et al., 1996).

No que se refere ao atendimento de emergência em hospitais do Rio de Janeiro, os próprios idosos relataram problemas como longa espera por internação ou procedimento cirúrgico, falta de prioridade no atendimento, humilhação, não-escuta por parte dos profissionais, deficiência nos cuidados básicos como higiene e alimentação e impessoalidade na relação profissional e paciente (Souza et al., 1999).

Muitos idosos internados em hospital psiquiátrico se encontram em situação de abandono e negligência por parte da família e do poder público, mas pouca ou nenhuma intervenção é oferecida nesses casos, muitas vezes, naturalizados na estrutura hospitalar (Valadares, Souza, 2010).

Alguns artigos trouxeram recomendações para a qualificação da atenção ao idoso em situação de violência, muitas delas em conformidade com o que é preconizado na PNRMAV e na PNSPI. Em relação ao cuidador do idoso, seja ele formal ou informal, é fundamental prover atendimento temporário e periódico, curso de formação, grupos de apoio com participação da família e de amigos do idoso (Ahmad, Lachs, 2002; Lemos, Queiroz, 2002).

Um dos artigos sugeriu a inclusão de procedimentos padronizados de comunicação, guias de orientação aos profissionais, a instituição de rastreamentos de rotina para os maus tratos aos pacientes idosos e a admissão do profissional de serviço social nas emergências 24horas (Jones et al., 1997). Outro, inclui a criação de serviços de suporte à família, atendimento domiciliar e a divulgação de informações sobre violência contra o idoso e sua prevenção à sociedade (Cavalcanti, Souza, 2010).

Na abordagem ao idoso vitimizado é fundamental a integração entre as equipes dos diversos níveis do atendimento contribuindo para o debate sobre a gestão do problema e propiciando uma atenção mais efetiva (Saveman, Sandivide, 2001; McCreadie, Bennett, Tinker, 1998). Dyer et al. (1999) discutem a importância do trabalho conjunto da equipe de saúde com a dos serviços de proteção, destacando os benefícios da intersetorialidade na abordagem dos casos de negligência contra o idoso frágil.

Mesmo preconizada por políticas públicas e autores da área, a articulação intersetorial na atenção ao idoso vítima apresenta muitas dificuldades que prejudicam a abordagem correta à situação de violência e o acompanhamento ao idoso na comunidade (Deslandes, Souza, 2010; Ribeiro, Barter, 2010).

Em Manaus, somente os casos mais graves de abuso são referenciados; a equipe de saúde busca solucionar as situações na própria unidade com sensibilização do idoso e da família, sem nenhuma interlocução com a rede (Santos et al., 2010). Em outras realidades, como em Recife, essa rede de proteção não existe oficialmente e também na prática cotidiana dos serviços (Lima et al., 2010b).

Uma boa estratégia seria a abordagem da violência em ambulatórios, com ações que visam a melhoria na qualidade de vida, diminuindo os custos com cuidados de saúde e reduzindo a grande demanda dos casos de violência para os serviços de emergência (Lachs et al., 1997).

### **Prevenção da violência**

Poucos trabalhos aprofundaram a questão da prevenção da violência contra o idoso, mas alguns abordaram esse tema superficialmente. Um deles enfatiza as possibilidades de atuação do profissional de saúde na prevenção através da detecção dos fatores de risco relacionados ao próprio idoso, ao cuidador e também à situação de vulnerabilidade vivenciada. Nesse sentido, a atuação visa a modificação desses fatores de risco, apoiando o cuidador com programas de atenção para evitar as situações de estresse e sobrecarga física e emocional que podem propiciar condutas violentas em relação ao idoso (Fernandez-Alonso, Herrero-Velazquez, 2006a).

Outro, toca nesse item prevenção recomendando o investimento em informação e conscientização da sociedade sobre a violência, com programas educativos que desenvolvam nos idosos a capacidade para o auto-cuidado, a ajuda mútua e a autonomia. Sugere ainda a formação de profissionais capazes

de implementar ações preventivas; programas de educação gerontológica para pessoas de todas as faixas etárias, estimulando o combate ao preconceito, apoiando os idosos mais vulneráveis, incentivando a harmonia familiar e a solidariedade intergeracional (Queiroz, 2005).

Sanches et al. (2008) indicam que o ponto de partida para ações de prevenção à violência contra o idoso envolve os agentes comunitários de saúde que estão em contato direto com a comunidade, com os idosos e seu ambiente familiar. Essa proximidade possibilita a identificação dos fatores de risco e também o acompanhamento dos casos.

Todas essas recomendações enumeradas pelos trabalhos analisados encontram sustentação nas premissas da PNRMAV e na PNSPI.

Em uma série de artigos que enfocaram o atendimento de saúde a idosos vítimas de violência no Brasil, foi evidenciada a escassez de ações de prevenção aos abusos nos níveis pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação (Deslandes, Souza, 2010; Lima et al., 2010a, 2010b; Ribeiro, Barter, 2010; Santos et al., 2010; Mello, Moysés, 2010).

### **Notificação dos casos de violência contra idosos**

A notificação dos casos de violência contra o idoso, prevista no Estatuto do Idoso, parece ser uma preocupação de muitos autores, que indicam o conhecimento dos profissionais sobre sua obrigação em notificar os casos suspeitos ou confirmados de abuso ao idoso, a importância de sua realização e as falhas dos profissionais e serviços em relação a esse procedimento.

É importante ressaltar que o serviço de saúde, muitas vezes, é a única oportunidade de um idoso relatar sua vivência de violência e assim, os

profissionais se tornam pessoas estratégicas para identificar, abordar e também notificar os casos às autoridades e serviços de proteção. Em muitos países como EUA e Brasil realizar a notificação é tarefa obrigatória para os prestadores de serviços de saúde.

Apesar disso, muitos técnicos não notificam por diversos motivos: a) pouca familiaridade com o procedimento e com as agências de notificação; b) diferentes definições de violência usadas pelos profissionais, gestores e autoridades para onde deveriam notificar (Deslandes, Souza, 2010; Halphen, Varas, Sadowsky, 2009; Taylor et al., 2006; Kennedy, 2005; Jones et al., 1997; Erlich, Anetzberger, 1991); c) número insuficiente de pessoas que trabalham investigando as situações de violência notificadas; d) mal-estar do profissional em fazer a comunicação do abuso, negando a existência da violência; e) insegurança pela falta de confidencialidade do notificante; f) falta de consciência pública e má vontade da família; (Erlich, Anetzberger, 1991); g) sinais sutis da violência sofrida (Kennedy, 2005; Jones et al., 1997); h) incerteza sobre a validade do diagnóstico realizado; i) falta de treinamento para identificar a violência; j) temor de que o agressor exerça retaliações em relação à vítima; k) relutância do profissional em se envolver no sistema jurídico (Halphen, Varas, Sadowsky, 2009; Ahmad, Lachs, 2002); l) receio de que o poder público possa interferir excessivamente na vida do paciente (Halphen, Varas, Sadowsky, 2009); m) descrédito quanto a capacidade dos órgãos de defesa atuarem com respostas efetivas e cobertura suficiente (Deslandes, Souza, 2010).

Diante de uma situação suspeita ou confirmada de abuso contra o idoso, os profissionais de saúde podem se ver diante de alguns paradoxos como o da

relação com o paciente que pode estreitar seus laços ou ser muito prejudicada diante de uma notificação de violência; o da qualidade de vida do idoso que tende a melhorar com a comunicação do caso e as providências para sua proteção, mas por outro lado, ele pode ser levado a viver em um ambiente indesejado ou em instituição que não garanta os cuidados necessários provocando mais danos; e, por fim, o paradoxo do controle médico, pois ao notificar o profissional diminuiria sua carga de responsabilidade legal sobre o caso, mas também reduziria a possibilidade de controle sobre o tratamento recebido pelo paciente (Rodriguez et al., 2006).

Concordando com o paradoxo do controle médico, os profissionais estudados por Tilden et al. (1994) afirmam que a notificação desencadeia uma série de eventos que não estão em seu controle e podem ser até anti-terapêuticos. Essa desconfiança na capacidade da rede de proteção em responder de forma eficaz às necessidades do paciente vitimizado pode reduzir a identificação dos casos e gerar negação das suspeitas como possível solução para esse dilema ético vivenciado pelos profissionais (Tilden et al., 1994).

Na pesquisa de Jones et al. (1997), 64% dos médicos que se lembravam ter recebido algum treinamento sobre violência notificaram os casos identificados e, entre os que não se recordavam desse tema na residência médica, 49% já haviam notificado algum caso.

As condutas em relação à notificação dos casos são diferenciadas entre os membros da equipe. Tilden et al. (1994), estudando profissionais de saúde de Oregon, EUA identificaram que 76,4% dos assistentes sociais, 60,8% dos psicólogos, 45,5% dos médicos, 32% dos enfermeiros e apenas 12,2% dos odontólogos realizam a notificação dos casos de violência contra o idoso.

Saliba et al. (2007) se debruçaram sobre as leis e políticas brasileiras, assim como códigos de ética de profissões como medicina, odontologia, enfermagem e psicologia para enfatizar a necessidade, a obrigação e as implicações legais da omissão em notificar a violência doméstica. Esses autores concluem que “a notificação é um poderoso instrumento de política pública”, mas é preciso treinar os profissionais para o diagnóstico correto e a notificação do caso.

Alguns profissionais de saúde, em posição contrária à preconizada pelas políticas públicas brasileiras, manifestaram a opinião de que a notificação deveria ser obrigatória para outras categorias “não clínicas” como os professores e os enfermeiros administrativos e que os clínicos mantenham discrição e tenham uma intervenção mais terapêutica (Tilden et al., 1994).

### **Formação dos profissionais para o atendimento**

A capacitação de recursos humanos para atenção à saúde do idoso e a abordagem dos casos de violência é preconizada pelas políticas públicas de saúde e pelo Estatuto do Idoso, no Brasil.

Apesar disso, diversos artigos apontam as lacunas na formação dos profissionais para atender adequadamente à demanda de idosos vítimas de violência, cada vez mais presente nos serviços de saúde. Essa necessidade de treinamento parece dificultar a detecção e o atendimento desses casos.

Por um lado, os profissionais que conhecem sobre o tema permanecem inseguros e reivindicam por supervisão, assessoramento e pautas concensuadas para melhorar sua capacidade de detectar e intervir sobre o problema (Coma et al., 2007). Enfermeiros e assistentes sociais são os que

mais se capacitam, enquanto os odontólogos raramente estão formados para atuar nesses casos (Tilden et al., 1994).

A maior parte dos trabalhos que discutem sobre a formação dos profissionais de saúde, alerta que, sobretudo os médicos, não tem preparação alguma para lidar com o tema, reconhecem essa lacuna e reivindicam por capacitação. É possível destacar o desconhecimento sobre as definições, prevalências, fatores de risco para a violência e locais para onde encaminhar os pacientes vitimizados (Deslandes, Souza, 2010; Taylor et al., 2006; Kennedy, 2005; Kahan, Paris, 2003; McCreadie, Bennett, Tinker, 1998; Krueger, Patterson, 1997).

McCreadie et al. (2000) identificaram que menos da metade dos médicos entrevistados (39% em Birmingham e 45% em Tower Hamlets) tinha alguma leitura ou treinamento sobre o assunto, entretanto, 70% deles afirmou que as capacitações seriam bem vindas. Esses mesmos autores ressaltam que médicos que relataram ter contato com a literatura científica sobre abuso de idosos são quatro vezes mais prováveis de fazer o diagnóstico dos casos e aqueles que reconhecem os fatores de risco para o abuso têm seis vezes mais probabilidade de fazer essa identificação. Resultados semelhantes foram encontrados por Tilden et al. (1994) que enfatizam que o treinamento influenciou duas vezes mais a suspeita de violência física contra o idoso.

Embora os profissionais capacitados para o tema tenham maior propensão a suspeitar e diagnosticar a violência, essa formação não tem favorecido a notificação dos casos (Tilden et al., 1994). Os fatores que influenciam a realização da notificação foram discutidas anteriormente.

Coma et al. (2007) também se depararam com a falta de interesse dos profissionais pelo tema, afirmando que não percebem como um problema relevante em sua prática ou que não têm tempo para dar atenção a esses casos. Para esses autores, maior consciência da violência pode incentivar os médicos a rever seu papel na relação com seus pares, no cuidado primário e secundário, bem como suas respostas diante de um caso suspeito de abuso.

Essa falta de treinamento ou interesse dos profissionais de saúde pela violência que acomete o idoso é preocupante, pois quando está diante de um caso, grande parte deles não consegue fazer um diagnóstico diferencial do abuso, empreender uma conduta apropriada, informar as suspeitas às autoridades ou fazer a referência para os serviços de proteção (Kennedy, 2005).

As falhas na formação dos profissionais de saúde em relação à violência não são sanadas pela prática, educação complementar ou leitura pessoal sobre o tema, pois, apesar de estar em uma posição chave para identificar, muitos não têm tempo nem recursos para fazê-lo (Jones et al., 1997). Usar protocolos de identificação da violência pode ser útil, principalmente para os que não têm experiência com o problema (Mandiracioglu et al., 2006).

Na Turquia, os profissionais de serviço de emergência universitário conhecem mais sobre o tema dos maus tratos aos idosos se comparados a seus colegas de outras unidades de saúde, indicando que, possivelmente, por atuarem em instituição de ensino recebem mais treinamento sobre essa temática (Mandiracioglu et al., 2006).

Os trabalhos analisados sugerem que os cursos de formação devem se concentrar em desenvolver habilidades em entrevistas, avaliação dos casos de

abuso e planejamento de programas de atendimento, questões éticas e legais, atuação multidisciplinar (Mandiracioglu et al., 2006), conhecimento sobre fatores e situações de risco para a violência (Coma et al., 2007) e conscientização sobre a possibilidade de abuso entre os pacientes idosos (McCreadie, Bennett, Tinker, 1998).

### **Considerações finais**

Os estudos analisados no presente artigo apontam algumas possibilidades e avanços na inclusão do tema da violência contra a pessoa idosa na atenção prestada pelos serviços de saúde. Mesmo que de forma tímida, é possível identificar o esforço para ampliar o escopo de atuação do profissional de saúde nas diversas dimensões que envolvem a atenção a esse público. As publicações mais recentes discutem temas como a sensibilização dos prestadores de cuidados de saúde, as ações de prevenção da violência e promoção da saúde e a organização dos serviços para o atendimento adequado aos pacientes vitimizados.

Assim como preconizam as políticas públicas de saúde brasileiras, grande parte dos artigos analisados apresenta preocupação em oferecer uma atenção especializada e adequada às necessidades dessa clientela. Nesse sentido, recomendam fortemente a capacitação dos profissionais para a abordagem do tema e indicam aos formadores desses profissionais as necessidades de adequação nos cursos e treinamentos.

A inclusão da violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas brasileiras que pautam a atenção oferecida às vítimas acontece de forma lenta e gradativa (Souza, Minayo, 2010), mas representa um avanço para o setor saúde no país.

Mesmo com essas possibilidades, ainda persistem lacunas na produção do conhecimento e onde é preciso mais investimento de pesquisadores.

Em primeiro lugar destaca-se a escassez de trabalhos sobre o atendimento de saúde mental a essa clientela. O único artigo que discutiu suas especificidades revelou a recusa dos profissionais em abordar o tema em questão e denunciou a naturalização da violência nas instituições de saúde mental, que se expressam através da negligência e do abandono. O segundo ponto, ainda pouco desenvolvido entre os trabalhos analisados, é o que se refere a atenção prestada às mulheres idosas em situação de violência, as especificidades e nuances da violência que as atinge e as tem levado a procurar por cuidados de saúde. Apenas um artigo apresentou esse enfoque realçando a necessidade de adequação da atenção, enfatizando o papel fundamental dos profissionais de saúde no apoio e intervenção adequada para o enfrentamento das situações de abuso vivenciadas por essas mulheres.

Outra questão pertinente à discussão aqui implementada é a adequação da formação dos técnicos para atuar nos casos de violência ao idoso. Mesmo que alguns profissionais ainda apresentem resistência e se esquivem da responsabilidade de abordar os casos, a maioria deles realiza uma auto-crítica e reconhece que não está familiarizada com o tema, não tem treinamento suficiente para atuar e que o atendimento prestado não contempla as necessidades de saúde dos idosos abusados.

Destaque especial deve ser dado também à necessidade do aprofundamento nas áreas da prevenção da violência, ação possível de implementação nos três níveis do atendimento (pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação); nas questões referentes à produção de ambientes seguros e saudáveis; na atenção à família

e ao agressor; na violência que se expressa através do suicídio, da violência institucional e na atuação intersetorial para uma abordagem qualificada aos idosos em situação de violência. Outro ponto pouco tocado pelo acervo de trabalhos analisado, mas de interesse igualmente relevante para futuras pesquisas são as sequelas dos agravos provocados pela violência nos pacientes idosos.

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito.

Trabalho apoiado pela FAPERJ.

## Referências

AHMAD, M.; LACHS, M.S. Elder abuse and neglect: what physicians can and should do. **Cleveland Clinic journal of Medicine**, v.69, n.10, p. 801-808, 2002.

BAKER, M.W.; HEITKEMPER, M.M. The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. **Nurs Outlook**, v.53, n.5, p.253-9, 2005.

BRASIL. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Estatuto do idoso. Diário Oficial da União, 2003; 3 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, 2001; 18 maio.

BRASIL. Portaria nº 2528, de 18 de outubro de 2006: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 2006; 19 out.

CAVALCANTI, M.L.T.; SOUZA, E.R. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.6, p.2699-708, 2010.

COMA, M. et al. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. **Gac. Sanitaria**, v.21, n.3, p. 235-41, 2007.

DATASUS. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, 2010. Disponível em

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>, acesso em 09 dez. 2010.

DESLANDES, S.F.; SOUZA, E.R. Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.6, p.2775-86, 2010.

DYER, C.B. et al. Treating elder neglect: collaboration between a geriatrics assessment team and adult protective services. **South Med J**, v.92, n.2, p.242-4, 1999.

ERLICH, P.; ANETZBERGER, G. Survey of state public health departments on procedures for reporting elder abuse. **Public Health Rep**, v.106, n.2, p. 151-4, 1991.

FERNÁNDEZ-ALONSO, M.C.; HERRERO-VELÁZQUEZ, S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). **Aten Primaria**, v.37, n.1, p.56-9, 2006a.

FERNÁNDEZ-ALONSO, M.C.; HERRERO-VELÁZQUEZ, S. Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). **Aten Primaria**, v.37, n.2, p.113-5, 2006b.

GRUNFELD, A.F. et al. Domestic violence against elderly women. **Can Fam Physician**, v.42, p.1485-93, 1996.

HALPHEN, J.M.; VARAS, G.M.; SADOWSKY, J.M. Recognizing and reporting elder abuse and neglect. **Geriatrics**, v.64, n.7, p.13-8, 2009

JONES, J.S. et al. Elder mistreatment: national survey of emergency physicians. **Ann Emerg Med**, v.30, n.4, p.473-9, 1997.

KAHAN, F.S.; PARIS, B.E.C. Why elder abuse continues to elude the health care system. **The Mount Sinai Journal of Medicine**, v.70, n.1, p.62-8, 2003.

KENNEDY, R.D. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. **Fam Med**, v.37, n.7, p.481-5, 2005.

KRUEGER, P.; PATTERSON, C. Detecting and managing elder abuse: challenges in primary care. **Can Med Assoc J**, v.115, n.8, p. 1095-100, 1997.

LACHS, M.S. et al. ED use by older victims of family violence. **Annals of Emergency Medicine**, v.30, n.4, p.449-54, 1997.

LEMOS, N.D.; QUEIROZ, Z.P.V. Programas de assistência domiciliar a idosos fragilizados como proposta de prevenção de negligência doméstica. **Mundo Saúde**, v.26, n.4, p.472-8, 2002.

LIMA, M.L.C. et al. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.6, p.2687-97, 2010a.

LIMA, M.L.C. et al. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.6, p.2677-86, 2010b.

MANDIRACIOGLU, A. et al. Emergency health care personnel's knowledge and experience of elder abuse in Izmir. **Arch Gerontol Geriatr**, v.43, n.2, p.267-76, 2006.

MCCREADIE, C. et al. Elder abuse: do general practitioners know or care? **J R Soc Med**, v.93, p.67-71, 2000.

MCCREADIE, C.; BENNETT, G.; TINKER, A. General practitioners' knowledge and experience of the abuse of older people in the community: report of an exploratory research study in the inner-London borough of Tower Hamlets. **Br J Gen Pract**, v.48, n.435, p.1687-8, 1998.

MELLO, A.L.F.; MOYSÉS, S.J. Análise diagnóstica do atendimento pré-hospitalar para acidentes e violências contra idosos em Curitiba (PR, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.6, p.2709-18, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2006.

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

MOTILVA, R.C. Violencia com el anciano. **Rev. Cubana Méd Gen Integr**, v.18, n.4, 2002.

QUEIROZ, Z.P.V. Identificação e prevenção de negligência em idosos. **Mundo Saúde**, v.29, n.4, p.613-16, 2005.

RIBEIRO, A.P.; BARTER, E.A.C.P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.6, p.2729-40, 2010.

RINKER Jr, A.G. Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. **Arch Gerontol Geriatr**, v.48, n.1, p.110-15, 2009.

RODRIGUEZ, M.A. et al. Mandatory reporting of elder abuse: between a rock and a hard place. **Annals of Family Medicine**, v.4, n.5, p.403-09, 2006.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública** v.41, n.3, p.472-77, 2007.

SANCHES, P.A.R.A.; LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde Soc**, v.17, n.3, p.90-100, 2008.

SANTOS, E.R. et al. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.6, p.2741-52, 2010.

SAVEMAN, B.I.; SANDVIDE, A. Swedish general practitioners' awareness of elderly patients at risk of or actually suffering from elder abuse. **Scand J Caring Sci**, v.15, n.3, p.244-9, 2001.

SOUZA, E.R. et al. La mortalidad hospitalaria por violencia contra ancianos. Estudio de la atención de emergência em dos hospitales públicos de Rio de Janeiro. **Cuadernos médico sociales**, v.76, p.71-82, 1999.

SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.6, p.2659-68, 2010.

TAYLOR, D.K. et al. Assessing Barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. **Journal of The National Medical Association**, v.98, n.3, p.403-04, 2006.

TILDEN, V.P. et al. Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. **Am J Public Health**, v.84, n.4, p.628-33, 1994.

VALADARES, F.C.; SOUZA, E.R. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.6, p.2763-74, 2010.

**Violência contra a mulher idosa: mortes e hospitalizações no Rio de Janeiro**

**Violence against the elderly woman: death and hospitalization in Rio de Janeiro**

**Título resumido: Violência contra a mulher idosa**

**Autores:** Adalgisa Peixoto Ribeiro, Edinilsa Ramos de Souza, Bruna Soares Chaves Correia

**Adalgisa Peixoto Ribeiro** – Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil, 4036, sala 700, Manguinhos, Rio de Janeiro-RJ, cep 21040-361. Tel (21) 3882-9154, (21) 8104-7966. E-mail: [adalpeixoto@yahoo.com.br](mailto:adalpeixoto@yahoo.com.br)

**Edinilsa Ramos de Souza** - Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: [edinilsa@claves.fiocruz.br](mailto:edinilsa@claves.fiocruz.br)

**Bruna Soares Chaves Correia** - Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: [brunaschaves@yahoo.com.br](mailto:brunaschaves@yahoo.com.br)

## **Violência contra a mulher idosa: mortes e hospitalizações no Rio de Janeiro**

### **Violence against the elderly woman: death and hospitalization in Rio de Janeiro**

#### **Título resumido: Violência contra a mulher idosa**

**Resumo:** O objetivo do presente artigo é realizar uma análise epidemiológica da morbimortalidade de mulheres idosas por causas externas no município do Rio de Janeiro. Foram analisadas as mortes, internações e atendimentos de emergência dos idosos, segundo sexo, faixa etária, causas específicas para o ano de 2007. Realizou-se uma análise de tendência para a mortalidade por causas externas de 1980 a 2007. Existe tendência crescente no risco de morrer por alguma causa externa entre as mulheres idosas e maior vulnerabilidade feminina aos acidentes. As quedas são as principais causas específicas das mortes, internações e emergências hospitalares. Esse trabalho aponta a necessidade de estudos mais aprofundados sobre fatores que influenciam nas crescentes taxas de mortalidade das mulheres idosas por acidentes e violências nessa capital e ainda como os serviços de saúde estão preparados para responder a essa demanda crescente.

**Palavras chave:** violência contra o idoso, mortalidade, internação hospitalar, emergência hospitalar, causas externas

**Abstract:** The aim of this paper is to perform a morbidity and mortality's epidemiological analysis in older women from external causes in Rio de Janeiro city. We analyzed deaths, hospitalizations and emergency care of the elderlies, grouped by sex, age and specific causes for the year 2007. We performed a trend analysis for mortality by external causes from 1980 to 2007. There is trend risk increasing of death from some external cause among older women and women's greater vulnerability to accidents. Falls are the main specific causes of deaths, hospitalizations and emergency care. This study indicates the need for further studies about the factors influencing death rates rising in older women by accidents and violence in Rio

de Janeiro and how the health services are prepared to meet this growing demand.

**Key words:** violence against the elderly, mortality, hospitalization, emergency care, external causes

## 1. Introdução

O Brasil tem um crescimento acentuado de sua população com 60 ou mais anos de idade desde a década de 1980.<sup>19</sup> A esperança de vida vem aumentando ao longo dos últimos anos, principalmente entre as mulheres que, desde 1950, têm maior esperança de vida ao nascer se comparadas aos homens.

Esse padrão também foi observado no Rio de Janeiro, município que se destacou, em 2007, com 14% de idosos na população, se tornando a capital brasileira com maior percentual de pessoas nessa faixa etária. Além disso, registra-se a maior participação da mulher, que representou 61,2% da população idosa.<sup>5</sup>

Além do aumento da longevidade, também vem sendo identificado o crescimento dos indicadores epidemiológicos relativos aos acidentes e violências com impactos na saúde dos idosos. Somente no ano de 2007, registrou-se 18.946 mortes e 125.238 internações hospitalares de idosos por essas causas no Brasil. No Estado do Rio de Janeiro foram 2.546 mortes e 8.894 hospitalizações por esses motivos. Das 5.297 mortes de idosos por causas externas ocorridas nas capitais brasileiras, em 2007, o Rio de Janeiro se destaca proporcionalmente por apresentar os maiores índices de mortes de mulheres idosas por essas causas.<sup>6</sup>

Estudos apontam que, para a população geral, a mortalidade e as internações hospitalares por violência são maiores entre homens.<sup>1</sup> Entre os idosos, enquanto a mortalidade por essas causas atinge mais os homens, as internações ocorrem mais entre as mulheres.<sup>10</sup> Mas deve-se considerar que estas se referem a eventos mais graves e a prevalência da violência doméstica é muito pouco conhecida.

Essa prevalência varia dependendo do tipo de violência e da faixa etária. No caso das idosas, as taxas de abuso físico são inferiores às aquelas observadas entre as mulheres mais jovens: para o município de São Paulo a prevalência de abuso físico e/ou sexual na vida, para mulheres de 15 a 49 anos, chegou a 28,9%.<sup>8</sup> No entanto, elas são as mais vitimizadas se considerarmos apenas o grupo idoso: em Niterói, a prevalência de abuso físico entre as idosas foi de 9,9% e de abuso psicológico 46,5%; para os homens idosos essa prevalência foi de 9,2 e 37,7, respectivamente.<sup>2</sup>

Estudos nacionais e internacionais apontam que a violência contra o idoso ocorre frequentemente no âmbito familiar, nos serviços de saúde e abrigo, nos transportes coletivos, bancos e agências do INSS.<sup>19</sup>

Minayo e colegas<sup>17</sup> apontam um crescimento notável na produção de trabalhos sobre violência contra o idoso. No entanto, são raros os artigos com enfoque nos acidentes e na violência que acometem as mulheres idosas.

O objetivo do presente artigo é realizar uma análise epidemiológica da morbimortalidade de mulheres idosas por causas externas no município do Rio de Janeiro.

## **2. Metodologia**

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo da mortalidade e da morbidade (internações e atendimentos de emergência) de mulheres com 60 ou mais anos, no município do Rio de Janeiro. As informações sobre a mortalidade foram coletadas do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponibilizadas pelo Ministério da Saúde no site e no CD do Sistema Datasus.<sup>6</sup> Inicialmente, selecionou-se os óbitos de residentes contidos no capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão (CID 10), denominado Causas Externas de Morbidade e Mortalidade. Desse conjunto de dados selecionou-se variáveis sexo, faixa etária, tipo de ocorrência (acidente de transporte, quedas, outros acidentes, agressões e lesões autoprovocadas) e local de ocorrência do óbito. Para o cálculo das taxas de mortalidade usaram-se estimativas populacionais do Censo de 2000, disponibilizadas pelo Datasus.<sup>5</sup>

Para a análise de série temporal considerou-se dados de mortalidade de idosos por causas externas, no município do Rio de Janeiro, no período de 1980 a 2007. Usou-se o modelo de regressão para tendência linear com variáveis dummies sazonais.<sup>20</sup> O software R2.7.2, com ajuda dos pacotes sandwich e lmtest, foi utilizado para fazer a correção de Newey-West. Esta correção é muito utilizada nas séries econômicas para melhorar a inferência dos parâmetros do modelo de regressão na presença de heterocedasticidade e autocorrelação. Para efeitos comparativos usou-se o teste de Mann-Kendall com o pacote Kendall.

O modelo de regressão, acima mencionado<sup>20</sup>, tem onze variáveis dummies, o décimo segundo coeficiente sazonal é obtido por meio de restrições matemáticas, elas foram feitas para viabilizar a estimação por mínimos quadrados ordinários, senão a matriz de regressão não seria de posto completo. As taxas foram calculadas por 100 mil habitantes.

As internações hospitalares de idosos realizadas nos serviços do Sistema Único de Saúde/SUS, no município do Rio de Janeiro, foram analisadas a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), que contém informações das Autorizações de Internação Hospitalar.<sup>7</sup> Visando possíveis comparações entre mortalidade e morbidade selecionou-se o ano de 2007 para esse estudo. As análises se concentraram nas hospitalizações classificadas no capítulo XX da CID 10, com variáveis internação por local de residência, sexo, faixa etária, tipo de ocorrência (acidente de transporte, quedas, outros acidentes, agressões e lesões autoprovocadas), média de permanência no hospital e taxa de mortalidade hospitalar por 100 internações.

Os dados dos atendimentos de emergência a idosos vítimas de acidentes e violência provêm do banco de dados do Sistema Nacional de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Trata-se de uma amostra intencional, realizada em um serviço de emergência credenciado pelo SUS, no município do Rio de Janeiro, que coletou dados das vítimas de acidentes e violências durante 30 dias do mês de setembro, em turnos alternados nos anos de 2006 e 2007.<sup>3</sup> Esses dados foram cedidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde para o presente estudo que analisará as informações

referentes ao ano de 2007, com as variáveis sexo, faixa etária, local e tipo da ocorrência, evolução do caso e dados sobre o provável agressor.

Para possibilitar análises comparativas da mortalidade e da internação com o atendimento de emergência foram consideradas, no presente artigo, duas categorias de análise: 'acidentes' e 'violências'. Os 'acidentes', definidos como eventos não intencionais, mas evitáveis, causadores de lesões físicas e emocionais, no âmbito doméstico ou social<sup>3</sup> incluíram os subgrupos 'acidentes de transporte' e 'outras causas de lesões acidentais', como quedas, queimaduras, envenenamento, entre outras. Como 'violências' considerou-se o uso de força contra um grupo ou uma pessoa resultando em lesão, morte, dano psicológico ou privação<sup>3</sup>, incluindo os subgrupos 'lesões auto provocadas' e 'agressões'.

Os dados são apresentados na forma de gráficos e tabelas de frequências simples e relativas e analisados de forma comparativa com a literatura científica da área.

### **3. Resultados**

#### **3.1. Tendências da mortalidade de idosas por acidentes e violências**

Analisando as taxas médias mensais de mortalidade de idosas, por causas externas, no período de 1980 a 2007, no município do Rio de Janeiro, nota-se que elas apresentam pequenas flutuações, mas com um aumento entre os meses de julho e agosto. Nesses meses, as taxas culminam alcançando o valor de 9,3 óbitos de mulheres idosas por 100 mil habitantes. Situação semelhante também é encontrada para os homens idosos. Isso fornece um forte indício de sazonalidade na série estudada.

As taxas médias anuais de mortalidade por causas externas, segundo sexo, mostram que durante todo o período o risco de um idoso do sexo masculino morrer por essas causas foi maior se comparado com o das mulheres idosas. Para eles, é possível observar um pico nesses coeficientes no ano de 1986,

quando atingiu o nível mais elevado (20,2 por 100 mil habitantes) e uma posterior redução gradativa fechando o período com 14,2 por 100 mil habitantes, em 2007. As taxas de mortalidade femininas se mantiveram em oscilação durante as décadas de 1980 e 1990, no entanto, começam a registrar uma elevação a partir de 2002, atingindo seu nível mais alto em 2006 (10,6 por 100 mil habitantes) (gráfico 1).

A variação das taxas médias anuais de mortes por causas externas fornece pistas de que existe uma tendência ou comportamento de longo prazo na série analisada.

O gráfico 2 evidencia a tendência de aumento das taxas de mortalidade por causas externas para o sexo feminino e diminuição para o masculino na capital do Rio de Janeiro. Inicialmente, estimou-se um modelo composto pela reta de regressão, mas como o coeficiente de determinação foi baixo e, dadas as evidências da tendência da série estudada, as variáveis foram consideradas dummies e os coeficientes foram 0,1708 para o sexo feminino e 0,1249 para o masculino. Os testes de inferência estatística, com a correção de Newey-West comprovam a presença da tendência anteriormente descrita, com p-valor angular menor que 5% para ambos os sexos. O teste de Mann-Kendall para fins de comparação também confirma essa tendência ( $p=0,000$ ).

Analisando mais detalhadamente o ano de 2007 é possível identificar que entre as 34.166 mortes de idosos, no município do Rio de Janeiro, 3,6% (1.222) foram vitimizados por alguma causa externa, representando a oitava posição entre todas as causas de morte desse grupo populacional. As mulheres idosas foram as principais vítimas 52,9% contra 47,1% dos homens idosos.

Do total de 1.222 mortes classificadas como causas externas, selecionou-se 624 que foram analisadas segundo as duas categorias usadas no presente estudo (acidentes e violências). Os acidentes vitimizaram 551 idosos, sendo 55,4% mulheres com predomínio das quedas. No grupo das violências registrou-se 73 óbitos de idosos, sendo 75,3% de homens e preponderaram as agressões. Esses dados indicam a maior vulnerabilidade feminina aos acidentes e masculina às violências nessa capital, no ano de 2007.

Entre as mortes por acidentes os idosos mais velhos (80 e mais anos) foram as vítimas mais freqüentes, principalmente as mulheres (58% delas). Nos óbitos por violência, os idosos mais jovens (60 a 69 anos) foram as principais vítimas. Grande proporção das mortes por acidentes ocorreu no hospital, mas quando o evento foi uma violência nem sempre houve tempo da vítima chegar ao serviço de saúde e a morte ocorreu no domicílio (24,7%) ou na via pública (19,2%) (tabela 1).

### **3.2. Internações hospitalares de idosos por acidentes e violências**

No ano de 2007, no município do Rio de Janeiro foram internados 48.444 idosos, sendo 6,7% (3.264) por causas externas, que ocuparam o quinto lugar entre todos os motivos de hospitalização de idosos nesse ano. Dentre essas internações por causas externas 60,5% (1.975) foram de mulheres e as quedas o principal motivo que levou os idosos de ambos os sexos aos hospitais (58,6%). Nas internações femininas, por causas externas, as quedas responderam por 63,5% e entre as masculinas por 51,1%.

Assim como observado na mortalidade, também nas internações por acidentes sobressaíram as femininas (62,1%) e entre as violências se destacaram as hospitalizações masculinas (73,7%) (tabela 2).

As mulheres idosas a partir dos 70 anos foram as que mais se internaram no Rio de Janeiro em 2007 por causa dos acidentes, enquanto entre os homens foram os idosos mais jovens (60 a 69 anos). Esse mesmo padrão pode ser observado também em relação às violências, onde as mulheres com 70 a 79 anos foram mais frequentemente hospitalizadas.

Em geral, os idosos vitimizados pelas violências permanecem mais dias nos hospitais se comparados àqueles que foram hospitalizados pelos acidentes; as mulheres ficam mais tempo no hospital devido aos acidentes e os homens ocupam por mais tempo o leito por causa das violências.

As violências foram mais letais que os acidentes e, para as mulheres idosas, as violências foram as causas de maior taxa de mortalidade hospitalar: aproximadamente o dobro da registrada para os homens (tabela 2).

### **3.3. Atendimentos de emergência a idosos vítimas de acidentes e violências**

Em 2007 foram registrados 1.518 atendimentos de emergência por acidentes e violências, na unidade hospitalar pesquisada pelo sistema VIVA, no município do Rio de Janeiro, dos quais 90 (5,9%) foram de idosos. No conjunto dos atendimentos 94,4% (85) se referem a idosos vítimas de acidentes e 5,6% (5) de violência. Grande proporção desses idosos atendidos é do sexo masculino (55,6%).

Nos atendimentos por acidentes, no Rio de Janeiro, predominam os idosos na faixa de 60 a 69 anos, em ambos os sexos; entre os idosos atendidos por violências foram mais frequentes os de até 79 anos (tabela 3).

As causas acidentais mais comuns foram as quedas entre as mulheres e os outros acidentes (ferimento por corpo estranho, por objeto perfuro cortante, entre outros) entre os homens. Nas emergências por violências, o principal motivo foram as agressões em ambos os sexos.

Os acidentes ocorreram na residência e na via pública e as violências nas ruas. As idosas foram mais vitimizadas no interior de suas casas, enquanto os homens o foram em local público, evidenciando a tendência maior da violência doméstica contra a mulher também na velhice.

Os desfechos mais comuns dos atendimentos dos idosos na emergência culminaram na alta, sem encaminhamento para outros serviços.

Nos cinco casos de violência registrados na emergência no ano de 2007, os principais agressores foram pessoas desconhecidas (3 casos), mas também familiares e conhecidos (2 casos).

#### 4. Discussão

Na análise da série temporal foi constatada sazonalidade com taxas elevadas de mortes no mês de julho e agosto na capital do Rio de Janeiro, dado já destacado para a mortalidade de idosos por causas externas no Brasil.<sup>18</sup> Não foram encontrados estudos que justificassem esse fato. No entanto, é notável que as baixas temperaturas dos meses de inverno no país podem causar maior vulnerabilidade em organismos que apresentam baixas reservas corporais, levando ao agravamento de doenças e propiciando a ocorrência de quedas nos idosos.<sup>21</sup>

No município do Rio de Janeiro, assim como se observa no país, registrou-se taxas mais altas de mortalidade masculina de idosos por causas externas se comparadas às femininas. Entretanto, proporcionalmente, as idosas cariocas morreram mais que os homens por essas causas, revelando um padrão contrário ao observado para o Brasil.<sup>5</sup> No país como um todo, no ano 2000, a proporção de mortes por essas causas foi de 66% para o sexo masculino e 34% para o feminino<sup>10</sup>. Essa sobremortalidade masculina por causas acidentais e violentas acontece em todas as faixas etárias incluindo a de 60 e mais anos. Em 2003, em todas as capitais brasileiras o mesmo padrão foi encontrado (maiores taxas de mortalidade masculina por causas externas), mas as análises comparativas dessas taxas de mortalidade feminina mostram que entre as idosas ela é bem maior que as das mulheres mais jovens.<sup>25</sup>

A razão entre as taxas de mortalidade masculinas/femininas foi de 1,4, revelando sobremortalidade dos idosos em relação às idosas no Rio de Janeiro. Quanto menor for essa razão mais o risco de morte para os dois sexos se aproxima. No caso dos idosos cariocas o risco das mulheres morrerem por causas externas é mais próximo ao dos homens em comparação com os idosos brasileiros (razão 2,3 em 2003).<sup>25</sup>

Do ponto de vista da evolução das taxas de mortalidade de idosos no município do Rio de Janeiro surpreende a constatação de que elas tendem a crescer entre as mulheres e diminuir entre os homens. Dados semelhantes foram identificados em estudos anteriores para os idosos do Rio de Janeiro.<sup>4</sup>

Essa tendência crescente da vitimização fatal das mulheres idosas nessa capital por causas violentas suscita algumas reflexões sobre o que está influenciando esse fenômeno. No Brasil a população idosa feminina é maior que a masculina e em 2004 representou 56% dos brasileiros com 60 ou mais anos. No Estado do Rio de Janeiro a proporção de mulheres foi de 58,5% desse grupo populacional.<sup>5</sup> As mulheres, vivendo por mais tempo que os homens, estão mais susceptíveis às doenças crônico-degenerativas que afetam sua capacidade funcional, levando-as à dependência para atividades de vida diária. As limitações funcionais trazem riscos e suscetibilidade aos acidentes como quedas e acidentes de trânsito.

A maior presença de mulheres idosas também nas internações hospitalares por causas externas no Rio de Janeiro é um achado muito semelhante aos de outros estudos.<sup>10,15</sup> No Brasil, no ano 2000, as mulheres representaram 53,9% de todas as internações de idosos por essas causas<sup>18</sup>; nos EUA elas representaram 73,6% dos idosos hospitalizados por violência, em 2003.<sup>23</sup>

Assim como na mortalidade, as quedas têm grande participação nas internações hospitalares das idosas cariocas em 2007. A preponderância desses eventos como causa de hospitalização já foi pontuada em muitas pesquisas de âmbito nacional<sup>18,10</sup> e também aquelas que analisam dados estaduais.<sup>10</sup> Em São Paulo 60,7% das internações de idosos por causas externas se devem às quedas que impactam mais fortemente as mulheres.<sup>13</sup>

No Estado de São Paulo, identificou-se na mortalidade, maior proporção de quedas atingindo mais os homens idosos do que as mulheres (51,2% para eles e 48,8% para elas), situação contrária a observada na capital do Rio de Janeiro para o mesmo ano.<sup>13</sup> Já nas internações e nos atendimentos de emergências são as mulheres as principais vítimas das quedas, tanto em São Paulo como na capital fluminense.

A prevalência de quedas entre os idosos é maior no sexo feminino e está associada à idade avançada, sedentarismo, autopercepção ruim da saúde e uso de diversas medicações continuamente.<sup>24</sup>

As quedas entre os idosos podem diminuir a autonomia e independência, provocar hospitalizações prolongadas, traumas físicos e psicológicos e morte.<sup>9,22</sup>

O tempo médio de permanência dos idosos cariocas nos hospitais por causas acidentais e violentas (aproximadamente 17 dias) é quase três vezes maior que o observado entre os idosos americanos em 2003 (6,9 dias)<sup>23</sup>; que o registrado para a população geral brasileira (5 dias) e no Estado de São Paulo, no ano 2000 (4,7 dias).<sup>14</sup>

A taxa de mortalidade hospitalar das idosas por acidentes é menor que a dos idosos, mas no grupo das violências essa mortalidade chega a ser duas vezes maior entre as mulheres se comparadas com às taxas masculinas. Juntas, as taxas de mortes por acidentes e violências encontradas no presente estudo são bem maiores que as identificadas nas internações de idosos em quatro hospitais do Rio de Janeiro (8,7%)<sup>1</sup>, nas internações de idosos por violência nos EUA (2,36%)<sup>23</sup> e no Brasil para todos os grupos etários (2,2%).<sup>15</sup>

Ao contrário do observado na mortalidade e nas internações, os idosos do sexo masculino preponderam nos atendimentos da emergência carioca. Entre os idosos atendidos por acidentes no conjunto das emergências que participaram da pesquisa viva em 2006, a proporção de mulheres foi maior (55%).<sup>17</sup> Dados contraditórios aos do Rio de Janeiro foram encontrados em estudo realizado em três emergências do Estado de São Paulo, em 2005, onde 57,4% dos atendimentos de idosos por causas externas foram dispensados às mulheres.<sup>11</sup>

O pequeno percentual de idosos que foram internados ou encaminhados para outros serviços pode indicar que o atendimento oferecido às vítimas de violência nas emergências não tem seguido o que recomendam o Estatuto do Idoso e a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência que preconizam que as vítimas devem ser encaminhadas para as agências de proteção, onde receberiam acompanhamento psicológico e até jurídico dependendo do caso apresentado. Nos registros de atendimento de emergência apenas 20% dos idosos vítimas de violência foram encaminhados para ambulatório.

Esse mesmo procedimento foi identificado em todos os municípios que participaram do VIVA, tanto para as causas acidentais<sup>16</sup> como para as violentas.<sup>12</sup> Entre os casos de violência atendidos em 2006 nas emergências brasileiras 65,4% receberam atendimento e foram liberados.<sup>12</sup>

Os idosos mais jovens (60 a 69 anos), de ambos os sexos, apresentam maiores proporções de mortes e internações por violências. A partir dos 70 anos esse quadro se inverte, os idosos são mais vitimizados pelos acidentes. Na faixa dos 80 anos em diante mais idosas cariocas morrem ou são internadas pelas duas causas em questão se comparadas aos homens, o que já foi evidenciado também para o conjunto dos idosos brasileiros.<sup>15</sup> Idosos americanos, os com idade mais avançada, também apresentam o dobro de chances de serem hospitalizados por violência.<sup>23</sup>

Nos atendimentos de emergência realizados em 2007, os acidentes foram mais comuns entre as pessoas com 60 a 69 anos e as violências entre aqueles com 70 ou mais anos.

A análise da mortalidade e das hospitalizações (internações e emergências) permite conhecer os agravos que levaram os idosos a um serviço de saúde ou resultaram em óbitos e, portanto, são mais graves. Mas é preciso considerar a violência que permanece invisível às estatísticas oficiais. São abusos não relatados por medo de expor as situações que julgam pertencer ao âmbito privado da família, a crença de que esses eventos são naturais nas relações familiares e na fase do envelhecimento, ou pela intenção de proteger o agressor.

Em resumo, os dados aqui analisados ressaltam a tendência crescente no risco de morrer por alguma causa externa entre as idosas, a maior vulnerabilidade feminina aos acidentes e masculina às violências. Entre as causas específicas das mortes, internações e emergências hospitalares femininas destacam-se as quedas que despertam grande preocupação e precisam ser alvo de campanhas de prevenção e monitoramento constante das condições que as levam a cair. Outra questão que deve receber atenção de gestores e profissionais é o atendimento de saúde para responder às especificidades da mulher idosa vítima de acidentes e violências, no município do Rio de Janeiro.

Esse trabalho aponta a necessidade de estudos mais aprofundados sobre fatores que influenciam nas crescentes taxas de mortalidade das mulheres idosas por acidentes e violências nessa capital e ainda como os serviços de saúde estão preparados para responder a essa demanda crescente.

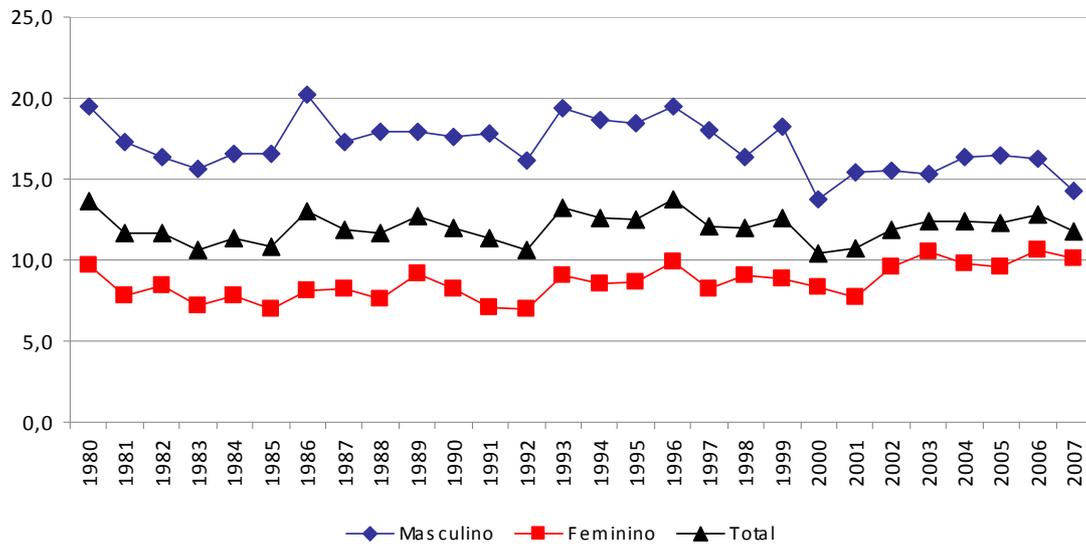
## 5. Referências

1. Amaral ACS, Coeli CM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(6): 1617-26.
2. Apratto Júnior PC, Moraes CL. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(6): 2983-95.
3. Brasil. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2009.
4. Carneiro, Alcides. Tendência da Mortalidade em Idosos na Cidade do Rio de Janeiro – 1979 a 2003. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Rio Estudos, n.214, 2006.
5. Datasus. Ministério da Saúde. Estimativas populacionais, 2010. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popRJ.def>, acesso em 13 set 2010.
6. Datasus. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>, acesso em 24 fev 2010.
7. Datasus. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>, acesso em 24 fev 2010.
8. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermitz AB, Portella AP, Diniz CS et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.2, pp. 299-311. Epub 06-Mar-2009.
9. Fabricio SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(1): 93-9.

10. Gawryszewski VP, Jorge MHPMello, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2004; 50(1): 97-103.
11. Gawryszewski VP, Scarpelini S, Dib JA, Mello-Jorge MHP, Preira Júnior GA, Morita M. Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(5): 1121-29.
12. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Kegler SR, Mercy JA, Mascarenhas MDM et al. Violence-related injury in emergency departments in Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2008; 24(6): 400-8.
13. Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2010; 56(2): 162-7.
14. Jorge MHPM, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. *Rev. bras. epidemiol.* 2004; 7(2): 228-38.
15. Lebrao ML, Jorge MHPM, Laurenti R. II - Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Rev. Saúde Pública.* 1997; 31(4): 26-37.
16. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Gawryszewski VP, Costa VC et al. Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes: Brasil, 2006. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009; 14(5): 1657-68.
17. Minayo MCS, Souza ER, Paula DR. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(6): 2709-18.
18. Minayo MCS, Souza ER. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In: \_\_\_\_\_ (orgs). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira.* Ed. Fiocruz, 2003: 223-42.
19. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19(3): 783-91.
20. Morettin PA, Toloí CM. *Análise de Séries Temporais.* 2a Ed. Editora Atual, 1987.
21. Otero UB, Rozenfeld S, Gadelha AJ. Óbitos por desnutrição em idosos, São Paulo e Rio de Janeiro: análise de séries temporais. 1980-1996. *Rev. bras. epidemiol.* 2001; 4(3): 191-205.
22. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc. saúde coletiva.* 2008; 13(4): 1265-73.

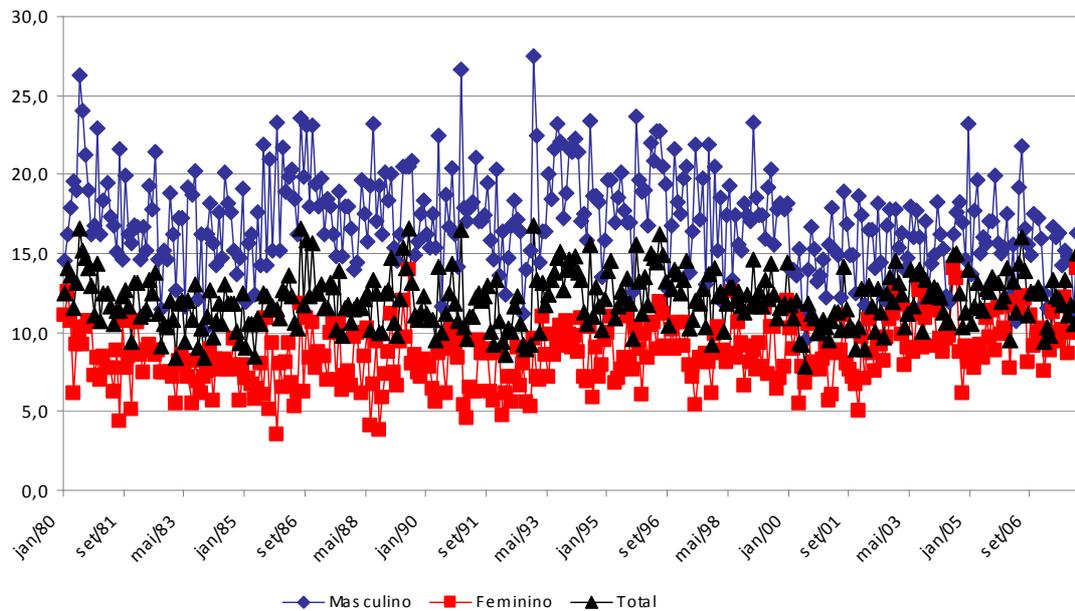
23. Rovi S, Chen PH, Vega M, Johnson MS, Mouton CP. Mapping the Elder Mistreatment Iceberg: U.S. Hospitalizations With Elder Abuse and Neglect Diagnoses. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2009; 21(4): 346-59.
24. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(5): 749-56.
25. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11, suppl: 1211-22.

**Gráfico 1: Taxas médias de mortalidade por causas externas em idosos segundo sexo. Município do Rio de Janeiro, 1980-2007.**



\* Taxas por 100 mil habitantes.

**Gráfico 2: Evolução da taxa de mortalidade por causas externas em idosos segundo sexo. Município do Rio de Janeiro, 1980-2007.**



\* Taxas por 100 mil habitantes.

**Tabela 1: Proporção de mortes por acidentes e violências, segundo sexo, faixa etária, tipo e local de ocorrência. Rio de Janeiro, 2007**

Variáveis	Acidentes (N=551)			Violência (N=73)		
	Total	Masc (N=246)	Fem (N=305)	Total	Masc (N=55)	Fem (N=18)
<b>Faixa etária</b>						
60 a 69 anos	20,7	29,3	13,8	67,1	72,8	50,0
70 a 79 anos	33,7	40,6	28,2	24,7	23,6	27,8
80 e mais anos	45,6	30,1	58,0	8,2	3,6	22,2
<b>Tipo de ocorrência</b>						
Acidentes de transporte	22,7	28,9	17,7	-	-	-
Quedas	48,3	43,1	52,5	-	-	-
Outros acidentes	29,0	28,0	29,8	-	-	-
Agressões	-	-	-	68,5	72,7	55,6
Lesões autoprovocadas/suicídio	-	-	-	31,5	27,3	44,4
<b>Local de ocorrência</b>						
Hospital	87,6	85,8	89,2	32,9	29,1	44,5
Outro estabelecimento de saúde	0,9	1,2	0,7	-	-	-
Domicílio	3,3	2,4	3,9	24,7	25,5	22,2
Via Pública	5,3	6,1	4,6	19,2	21,8	11,1
Outros	2,9	4,5	1,6	23,3	23,6	22,2

Fonte: Datasus, 2010

**Tabela 2: Proporção de internações hospitalares por acidentes e violências, segundo faixa etária, tipo de ocorrência, média de permanência e taxa de mortalidade hospitalar. Rio de Janeiro, 2007**

Variáveis	Acidentes (N=2.751)			Violência (N=38)		
	Total	Masc (N=1.043)	Fem (N=1.708)	Total	Masc (N=28)	Fem (N=10)
<b>Faixa etária</b>						
60 a 69 anos	35,5	44,7	29,9	57,9	67,9	30,0
70 a 79 anos	36,5	37,7	35,8	34,2	28,6	50,0
80 e mais anos	28,0	17,6	34,3	7,9	3,5	20,0
<b>Tipo de ocorrência</b>						
Acidente de transporte	22,4	27,4	19,3	-	-	-
Quedas	69,6	63,2	73,5	-	-	-
Outros acidentes	8,1	9,4	7,2	-	-	-
Agressões	-	-	-	76,3	85,7	50,0
Lesões autoprovocadas/suicídio	-	-	-	23,7	14,3	50,0
<b>Média de permanência em dias</b>	16,3	15,7	16,7	17,2	19,8	10,0
<b>Taxa de mortalidade hospitalar(*)</b>	10,8	12,3	9,9	18,4	14,3	30,0

(\*) taxa por 100 internações.

**Tabela 3: Proporção de atendimentos de emergência hospitalar de idosos por acidentes e violências. Rio de Janeiro, 2007**

Variáveis	Acidentes (N=85)			Violência (N=5)		
	Total	Masc (N=46)	Fem (N=39)	Total	Masc (N=4)	Fem (N=1)
<b>Faixa etária</b>						
60 a 69 anos	62,3	67,4	56,5	40,0	25,0	100,0
70 a 79 anos	25,9	26,1	25,6	40,0	50,0	-
80 e mais anos	11,8	6,5	17,9	20,0	25,0	-
<b>Tipo de ocorrência</b>						
Acidente de transporte	25,8	30,4	20,5	-	-	-
Queda	36,5	30,4	43,6	-	-	-
Outros acidentes	36,5	37,0	35,9	-	-	-
Agressão/maus tratos	-	-	-	100,0	100,0	100,0
Ignorado	1,2	2,2	-	-	-	-
<b>Local de ocorrência</b>						
Residência	41,2	32,6	51,2	20,0	-	100,0
Escola	1,2	2,2	-	-	-	-
Local de prática esportiva	1,2	2,2	-	20,0	25,0	-
Bar ou similar	1,2	2,2	-	20,0	25,0	-
Via Pública	42,3	45,6	38,5	40,0	50,0	-
Comércio/serviços	5,9	8,7	2,6	-	-	-
Outro	7,0	6,5	7,7	-	-	-
<b>Evolução do caso</b>						
Alta	80,0	80,4	79,5	80,0	75,0	100,0
Encaminhamento ambulatorial	4,7	2,2	7,7	20,0	25,0	-
Encaminhamento hospitalar	8,2	13,0	2,6	-	-	-
Evasão/fuga	2,3	-	5,1	-	-	-
Ignorado	4,7	4,4	5,1	-	-	-

## **1340/2010 - Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro**

### ***Health care for elderly victims of violence in Rio de Janeiro***

Adalgisa Peixoto Ribeiro - Ribeiro, A.P. - Claves/Fiocruz  
Edinilsa Ramos de Souza, Fabiana Castelo Valadares

#### Resumo

Esse artigo objetiva mapear, caracterizar e qualificar o atendimento de saúde prestado pelos serviços próprios e conveniados do SUS a idosos em situação de violência no município do Rio de Janeiro, baseando-se nas principais políticas dirigidas a esse grupo. Trata-se de estudo exploratório que triangulou métodos quantitativo e qualitativo. A implantação e implementação das políticas é diferenciada entre as unidades: são mais cumpridas nas do nível pré-hospitalar e hospitalar e menos nas de reabilitação. Como desafios aos serviços estão a capacitação dos profissionais para identificar, atender e notificar os casos de violência; incluir o tema na atenção ao idoso; dar visibilidade às especificidades da atenção à mulher idosa; apoiar e orientar as famílias para o cuidado, criando estratégias para resgatar os laços afetivos; vigiar as alterações que levam a incapacidades funcionais e promover a qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: saúde do idoso, políticas públicas, atenção à saúde

#### Abstract

*The purpose of this article is to map, characterize and qualify the health care provided by SUS and services under SUS' contract to the elderly people in situations of violence in Rio de Janeiro, based on major policies aimed at this group. This is an exploratory study that make a triangulation of quantitative and qualitative methods. The introduction and implementation of policies is differentiated for the units: they are more accomplished at the pre-hospital and hospital level's and less on rehabilitation level. The challenges are the professional's preparation to identify, attend and report cases of violence; include the subject in elderly's care; give visibility to the specific attention to the elderly woman; support and guide families to this care; make strategies to redeem the bonds of affection; monitor the changes that lead to functional disability and improving elderly's life quality.*

*Key-words: health of the elderly, public policies, health care*

#### Introdução

A violência cometida contra os idosos tem tomado grandes proporções na sociedade contemporânea e as experiências violentas se tornado mais visíveis devido ao aumento do número de idosos na população, mas também pelas conquistas de direitos em leis e políticas nacionais e internacionais.

Essa violência, entendida como atos ou omissões que resultem em danos físicos ou psicológicos ao idoso<sup>1</sup>, impacta diretamente o setor saúde que tem sido exigido a responder às demandas por cuidados cada vez mais complexos e especializados para atender ao idoso. Tal impacto pode ser observado através dos indicadores de morbimortalidade disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Em 2008, 20.303 idosos morreram por causas externas (acidentes e violência), o que representou 3,1% das mortes de idosos no Brasil, ocupando a sétima causa de óbitos nessa faixa etária. Nesse mesmo ano 65,4% dos mortos por essas causas precisaram de atendimento e faleceram quando ainda estavam sendo atendidos em uma unidade de saúde. No município do Rio de Janeiro 1.364 idosos morreram por causas externas, sendo que 86,1% desses óbitos aconteceram quando estavam sob os

cuidados de um serviço de saúde, em 2008<sup>2</sup>.

A violência não letal, mas grave ao ponto de levar o idoso a procurar atendimento, pode ser observada pelos dados de internação hospitalar. Em 2009, as causas violentas perfizeram 6% das hospitalizações de idosos no país; na capital do Rio de Janeiro representaram 6,8% do total de idosos internados<sup>3</sup>. Para fazer frente a essa demanda, o tema da violência está incluído em políticas e leis brasileiras orientam o atendimento de saúde para idosos, bem como para as vítimas de violência e constituem o embasamento da presente investigação: a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências/PNRMAV<sup>4</sup>, o Estatuto do Idoso<sup>5</sup> e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa/PNSPI<sup>6</sup>.

Essas políticas preconizam, entre outras questões, a promoção do envelhecimento ativo com adoção de comportamentos e ambientes saudáveis; o direito à atenção integral a saúde através do Sistema Único de Saúde/SUS, com ações intra e intersetoriais; a capacitação dos recursos humanos e orientação dos cuidadores e familiares assegurando a qualidade da atenção oferecida; a obrigação da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência aos órgãos públicos e as ações de prevenção desses agravos.

A PNRMAV prevê especificamente a monitorização da ocorrência de acidentes e de violências, bem como a ampliação e consolidação do atendimento nos níveis pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação<sup>7</sup>.

Essas políticas estabelecem que toda a rede de saúde deve estar sensibilizada e apta a prestar o atendimento adequado às pessoas vítimas de violência. Partindo dessa premissa, o objetivo do presente artigo é mapear, caracterizar e qualificar o atendimento de saúde prestado pelos serviços próprios e conveniados do SUS a idosos em situação de violência no município do Rio de Janeiro.

#### Metodologia

Este trabalho analisa dados de uma pesquisa maior que realizou um diagnóstico de sistemas locais de saúde para atender aos agravos provocados por acidentes e violências contra idosos em cinco capitais brasileiras: Manaus, Recife, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba. A pesquisa triangulou métodos quantitativo e qualitativo, visando integrar e ampliar as contribuições teórico-metodológicas de cada uma dessas abordagens<sup>8</sup>. O presente artigo realiza um estudo exploratório dos serviços da rede SUS do município do Rio de Janeiro, buscando mapeá-los, caracterizá-los e qualificar o atendimento prestado a idosos vítimas de violência nos níveis pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação. Não foram incluídas na pesquisa as instituições de longa permanência para idosos (asilos, abrigos).

O município do Rio de Janeiro foi selecionado nesse trabalho por ser uma capital com elevada proporção de idosos na população (14,7% em 2008)<sup>9</sup> e por registrar elevados percentuais de mortes e internações de idosos por causas externas em relação ao país e às outras capitais. Além disso, também foi escolhido pela complexidade de sua rede de atenção que comporta estabelecimentos de saúde municipais, estaduais e federais<sup>10</sup>. É importante destacar que, embora esse seja um estudo descritivo da realidade do atendimento de saúde oferecido a pessoas idosas no município do Rio de Janeiro, sua relevância está na identificação de lacunas, fragilidades e possibilidades da rede pública de saúde, podendo subsidiar ações específicas de profissionais e gestores. Além disso, esse estudo se justifica pelo pouco conhecimento sobre essa realidade, pela escassez de publicações sobre o tema e por servir como parâmetro para outras redes locais de saúde do Sistema Único que convivem

com os mesmos problemas.

A rede de proteção e garantia de direitos da pessoa idosa no município do Rio de Janeiro é composta por uma estrutura de atendimento social, jurídico, de segurança e também de saúde. Entre os órgãos que efetivamente prestam atendimento ao idoso encontram-se as delegacias especializadas; a Defensoria Pública, que tem um núcleo especializado no atendimento à população idosa; a Vara da Infância Juventude e Idoso; o Ministério Público<sup>11</sup>; o Centro de Referência Especializado de Assistência Social/CREAS; o Centro Especializado de Atenção e Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa, que oferece atenção jurídica, social e psicológica; o Conselho de Direitos; as instituições de longa permanência e os serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade do atendimento. O presente artigo enfoca apenas os serviços da rede de saúde.

O estudo foi realizado em duas fases distintas. A primeira buscou mapear e caracterizar os serviços da rede SUS que atendem a pessoas idosas em situação de violência no município do Rio de Janeiro e a segunda visou qualificar o atendimento oferecido.

Na primeira fase do estudo usou-se a técnica Bola de Neve, com a realização de quatro entrevistas com gestores das áreas de saúde do idoso, atendimento pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação que indicaram serviços da Rede SUS e conveniados que efetivamente realizam atendimento ao idoso no município. A partir dessas informações foram identificados 41 serviços: 24 do nível pré-hospitalar (14 equipes da Estratégia Saúde da Família/ESF, duas unidades de atenção básica, três de atenção básica ampliada, dois Pronto Socorro/PS atendimento 24 horas, três ambulatórios especializados para acompanhamento de médio e longo prazo), 15 do nível hospitalar (13 gerais e três de referência); dois serviços de reabilitação (um de nível intermediário e um de referência).

Na segunda fase, foi selecionada uma amostra de conveniência de unidades de saúde para a qualificação do atendimento, sendo: um serviço pré-hospitalar móvel, uma ESF por Área de Planejamento Sanitário/AP, os serviços especializados na atenção ao idoso, os hospitais e os serviços de reabilitação inicialmente mapeados. Assim, dos 41 serviços descritos na primeira fase do estudo, 29 tiveram seu atendimento qualificado na segunda fase: 12 do nível pré-hospitalar (cinco da ESF, três da Atenção Básica Ampliada, dois PS 24 horas, um ambulatório especializado e uma unidade pré-hospitalar móvel), 15 hospitais e dois serviços de reabilitação.

A essa amostra aplicou-se um questionário construído com questões abertas e fechadas visando qualificar o atendimento oferecido: identificação do serviço, estrutura existente, organização e registro de dados.

Ainda na segunda fase foram realizadas nove entrevistas: quatro com gestores de serviços e cinco com profissionais (médico e socorrista de serviço pré-hospitalar móvel, gerontólogo, médico emergencista e fisioterapeuta). Essas entrevistas semi-estruturadas contemplaram o fluxo, caracterização e especificidades do atendimento ao idoso; família e redes de proteção e avaliação dos serviços.

As informações dos questionários foram processadas em um banco de dados, no programa CSPro versão 3.2. Após as correções e crítica os bancos foram convertidos para o software SPSS versão 13.0, onde foi realizada a descrição de frequências.

As entrevistas foram transcritas, incluídas em um banco que as agrupou de acordo com os

sujeitos e os temas abordados e analisadas com base no referencial de análise de conteúdo adaptado de Bardin<sup>12</sup> por Minayo<sup>13</sup>.

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2006 a março de 2008, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz (parecer 85/06) e da Secretaria Municipal de Saúde do município (parecer 99A/2006).

## Resultados e discussão

Mapeamento e caracterização dos serviços de saúde que atendem idosos vítimas de violência Nas entrevistas com os gestores foi unânime a declaração de que no município não existem serviços específicos para atender a idosos vítimas de violência. É possível obter atendimento especializado para a saúde do idoso, mas sem o enfoque no tema da violência. Esse fato pode ser compreendido também pelo pequeno número de profissionais com formação em geriatria atuando na rede de saúde do município: 36 geriatras, sendo que 19 deles atendem nos serviços do SUS<sup>14</sup>.

Alguns gestores apontaram dificuldades para essa atenção como a falta de capacitação dos profissionais para identificar e atender os casos, a falta de sensibilização dos próprios gestores e profissionais de saúde e a ausência de uma rede de proteção bem articulada para o encaminhamento correto.

Em relação ao treinamento dos técnicos, um gestor afirmou que os recursos orçamentários, em grande parte, são absorvidos pelas emergências hospitalares e por esse motivo, a atenção ao idoso, nos seus diversos âmbitos, ainda não é prioridade na secretaria de saúde do município. O treinamento para abordagem do idoso e, principalmente, aquele vítima de violência, ainda é um desafio para os gestores cariocas. Minayo e Deslandes<sup>10</sup> identificaram essa dificuldade no município: entre 22 serviços de saúde pesquisados, apenas em 22,7% deles a última capacitação oferecida aos profissionais ocorreu há mais de um ano e em 18% deles os profissionais buscam individualmente essa formação.

Solicitados a indicar os serviços de saúde, que mesmo sem qualquer especificidade, atendem a idosos em situação de violência, esses gestores esclareceram que as unidades de emergência são referência no atendimento às vítimas em geral e o idoso é incluído nessa atenção ao trauma. Essa indicação, em parte, está de acordo com as premissas das políticas em que todos os serviços devem estar preparados para abordar as vítimas de violência. No entanto, destoa das leis quando apontam somente as unidades de emergência como aquelas aptas a receber o idoso vitimizado.

Fica claro nos depoimentos dos gestores a associação da violência ao trauma, o que foi também visível no trabalho de Albuquerque<sup>15</sup> com profissionais da atenção pré-hospitalar móvel. No estudo dessa autora, os profissionais assumiram que foram preparados para atender ao trauma (uma consequência da violência física) e não para abordar a violência em sua complexidade; 25,6% deles acreditam que para se caracterizar como ato violento é preciso que haja lesão, ferimento ou algum tipo de trauma físico. É importante lembrar que a violência pode se manifestar em diversas formas, além do abuso físico, os idosos também sofrem com os abusos psicológicos, financeiros, abandono, negligências entre outros<sup>1</sup>.

Para a mulher vítima de violência os gestores indicaram algumas unidades de referência para a atenção a saúde, entre elas, algumas ligadas a maternidades, a hospitais estaduais e também universitários. Esses serviços oferecem atenção direcionada para a mulher, sem

levar em conta as especificidades da mulher idosa. Essa maior visibilidade da mulher, em geral, se dá porque esse é um grupo que já possui políticas públicas e inclusão na agenda do setor saúde que é bem anterior ao tema da violência contra o idoso.

Pensando no atendimento ao idoso, os gestores citaram unidades da atenção pré-hospitalar (ESF, Postos de Saúde) que realizam trabalhos com idosos, mas sem abordar a questão da violência. Assim, promovem grupos para tratamento da hipertensão, diabetes e oficinas terapêuticas com realização de exercícios físicos. Também indicaram ambulatórios especializados na atenção ao idoso, vinculados à Universidade Estadual.

#### Qualificação do atendimento de saúde a pessoas idosas vítimas de violência

Na qualificação do atendimento oferecido, que corresponde à segunda fase do trabalho, os 29 serviços selecionados (12 pré-hospitalares, 15 hospitalares e dois de reabilitação) estão vinculados ao governo municipal (79,3%), estadual (10,3%) e federal (10,3%).

A informação sobre o número de atendimentos realizado no ano de 2006 revela a invisibilidade da violência contra o idoso nas unidades de saúde. Muitas não dispunham das informações referentes a esses atendimentos e, em outras, parece haver um sub-registro dos casos. Talvez isso ocorra pela falta de identificação da violência camuflada por suas conseqüências, como fraturas, problemas psicológicos, doenças sem causa aparente e recidiva de problemas anteriores. Na tabela 1 é possível visualizar o quantitativo do atendimento informado pelos serviços.

Tabela 1

#### Estrutura existente

As 11 unidades de atendimento pré-hospitalar, excluindo-se a de pré-hospitalar móvel, que participaram da pesquisa contam com sala de recepção em todas elas; sala de arquivo de prontuário e consultório médico em 10 unidades; sala para serviço social em 8 serviços; consultório odontológico em 7; cadeira de rodas, farmácia e sala para curativos contaminados estão presentes em 6 unidades. Esses resultados estão em conformidade com a Portaria GM 204816, que classifica esses itens como obrigatórios para os serviços não hospitalares de atendimento a urgência e emergência, considerando-se que aqui também estão incluídas 6 unidades desse tipo. Outros itens da estrutura física que, apesar de obrigatórios para esse nível da atenção, foram encontrados em poucas unidades foram laboratório de patologia clínica em 5 delas; laboratório de radiologia, sala de sutura e de gesso em 4; sala de triagem do risco, de inaloterapia/medicação em 3 serviços; e por fim, as salas de observação de pacientes até 8 horas, de reanimação e estabilização (urgência) e acesso diferenciado para ambulâncias aparecem em somente 2 dos serviços pré-hospitalares pesquisados.

Onze hospitais informaram que possuem 1.861 leitos de adulto, sendo 8,1% deles de UTI. Essa proporção de leitos de UTI está dentro do preconizado (4% a 10% em relação ao número total de leitos) para as unidades hospitalares<sup>16</sup>. No entanto, os profissionais dos serviços hospitalares pesquisados atribuíram notas baixas na avaliação dos leitos/vagas em sua própria unidade (5,7), para as instalações físicas (5,4) e para as vagas em outros serviços (5,0). A falta de vagas para a grande demanda nesses serviços revela alguns nós para a gestão do atendimento hospitalar como a lenta rotatividade dos leitos, a insuficiência de recursos humanos e a falta de leitos de retaguarda<sup>17</sup>. Outra questão que dificulta a

disponibilidade de vagas nos hospitais é o fato de que pacientes vítimas de violência necessitam de uma internação mais longa<sup>18</sup> e quando se trata de pessoa idosa, vítima de violência, essa ocupação do leito se torna ainda mais prolongada.

Em todos os hospitalais pesquisados existem equipamentos para a realização de eletrocardiografia e os recursos para análise clínica e laboratorial. Entretanto, os equipamentos para angiografia, cirurgia coloproctológica e ressonância nuclear magnética são encontrados em poucos hospitais, revelando uma necessidade de investimento nessas instituições (tabela 2). Os dados sobre a estrutura existente ficaram comprometidos, pois não foram informados em alguns hospitais.

#### Tabela 2

Os depoimentos indicaram que os equipamentos existem, mas nem sempre estão disponíveis ou em bom estado de conservação para o caso de uma emergência, retardando o atendimento, como descreve um técnico: “[...] chegando no hospital não tinha tomografia, aí eu fui para o hospital X tinha tomografia, mas não tinha o neuro, eu fui parar no Hospital Y com a senhora. O socorro começou as 19 horas e o término foi a uma e pouca da manhã”.

Os recursos de radiologia convencional estão presentes nas duas unidades de reabilitação, os de análise clínica laboratorial, equipamentos para urodinâmica, ultrassonografia, audiometria e medicina nuclear não são encontrados em apenas um serviço. Entretanto, essas unidades se articulam com outros serviços para esse suporte laboratorial.

Os dois serviços de reabilitação pesquisados realizam avaliação da indicação, prescrição, treinamento, dispensação e acompanhamento dos pacientes que precisam usar órteses. Em relação às próteses, somente um serviço informou que avalia, prescreve e dispensa esses recursos. Os meios auxiliares de locomoção como bengalas, andadores e outros têm sua indicação, prescrição e treinamento nos dois serviços de reabilitação, mas sua dispensação ocorre em apenas uma das unidades estudadas. O fornecimento desses recursos às vítimas de violência é garantido pela PNRMAV, mas no município do Rio de Janeiro esses pacientes encontram dificuldades para obter as próteses e os meus auxiliares de locomoção nas unidades de reabilitação.

Dentre todos os serviços pesquisados, nos três níveis da atenção, 65,5% possuem meios próprios para a transferência de pacientes e 17,2% se articulam com outros serviços para esse transporte, como recomendado pelas políticas<sup>16</sup>.

Duas unidades pré-hospitalares e seis hospitais possuem protocolos para atender idosos em situação de violência. Nenhum dos serviços de reabilitação conta com esse recurso que é preconizado pela PNRMAV visando orientar essa atenção em normas específicas para o tratamento das vítimas, mostrando que esse tema parece não ter sido inserido plenamente no atendimento de saúde.

No quadro de profissionais de nível superior destacam-se enfermeiros, médicos clínico e ortopedista. Por outro lado, parece existir uma deficiência de gastroenterologistas, coloproctologistas e cirurgiões cardiovascular e torácico. Do total de médicos (1.207) informados pelos serviços, 1,6% (20) são geriatras, percentual maior que o informado pelo Datasus para o ano da pesquisa (2007) que foi de 0,2% do total de médicos disponíveis na rede de saúde do município<sup>14</sup>. Talvez isso esteja indicando que os serviços abordados são aqueles que concretamente mais atendem idosos no Rio de Janeiro, mas ainda é um

percentual pequeno de especialistas para fazer frente a uma demanda crescente de idosos. Entre os profissionais de nível técnico destacam-se os técnicos/auxiliares de enfermagem que aparecem em número expressivo (tabela 3).

A auto-avaliação dos serviços, realizada através de notas atribuídas pelos respondentes, aponta que o número de profissionais para o atendimento a idosos vítimas de violência é relativamente adequado, com média superior a 6 (pré-hospitalar 7,2, hospitalar 6,6 e reabilitação 9,0). Entretanto, nas entrevistas destacam-se as avaliações que relacionam as deficiências no atendimento à insuficiência quantitativa da equipe disponível nas unidades pesquisadas. Um exemplo disso é o número de geriatras citados na tabela 3 que não contempla as diretrizes das políticas relacionadas à saúde do idoso sobre a presença de pelo menos um profissional com essa especialidade em cada serviço.

### Tabela 3

Dentre os serviços pesquisados 44,8% informaram ter em seu quadro profissionais com formação em gerontologia. As categorias citadas foram médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta e odontólogo, totalizando 68 profissionais: 31 atuando no nível pré-hospitalar, 35 no hospitalar e 2 no de reabilitação. Apenas 31% das unidades estudadas possuem técnicos capacitados para identificar os casos de violência contra idosos, 34,5% têm profissionais capacitados para atender a esses casos e 37,9% contam com pessoas preparadas para registrar sistematicamente a informação. Essa formação para lidar com os casos de violência vem sendo pesquisada por alguns autores que apontam as lacunas ainda existentes sobre esse tema na graduação de profissionais de saúde e também na capacitação continuada<sup>17,19,20</sup>. Esse item é fonte de preocupação dos alguns gestores, como já citado anteriormente.

### Organização dos serviços para o atendimento

Os pacientes chegam às unidades pesquisadas espontaneamente (66,7%), mas também trazidos por amigos (43,5%), por algum familiar (43,5%), encaminhados por outros serviços de saúde, Corpo de Bombeiros, delegacias de polícia e IML (41%), identificados através de visitas domiciliares (25,6%). Apenas um serviço mencionou a chegada de pessoas idosas por meio de denúncia.

O fluxo do atendimento ao idoso vítima de violência, na visão de um gestor de serviço pré-hospitalar, não difere daquele que acontece com os pacientes de maneira geral. Por outro lado, um médico afirmou que atender o paciente idoso requer "mais perspicácia" do profissional, principalmente quando se traçam as hipóteses diagnósticas, pois muitas vezes, apresentam condições de saúde mais complexas, com múltiplas doenças crônicas, uso prolongado de medicamentos, descompensam com facilidade e ainda são mais suscetíveis a infecções. Todos esses fatores fazem com que o idoso ocupe o leito por um tempo prolongado dificultando sua internação hospitalar. Somam-se a esse fato a saturação e deficiência de vagas nos hospitais e a desarticulação entre o pré-hospitalar móvel e a recepção do paciente nas unidades de saúde do município<sup>10</sup>. Esses problemas observados no presente trabalho e também em pesquisas anteriores vão de encontro às orientações do Ministério da Saúde sobre a existência de uma retaguarda com serviços de referência mediados pela Central de Regulação<sup>4</sup>.

Um socorrista salienta que a maior demanda de sua unidade é de pacientes idosos e aponta como dificuldade no atendimento o fato de, muitas vezes, o idoso não conseguir informar

sobre as próprias condições de saúde. Discordando da visão do médico, afirma que o fato do paciente ser idoso não interfere na definição da internação, porque para isso usam o critério da gravidade do caso. Esse profissional reconhece que a prioridade, preconizada pelo Estatuto do Idoso, não acontece na prática. Mesmo considerando a gravidade do quadro clínico do paciente, os profissionais encontram problemas para o atendimento nas emergências que, muitas vezes, não recebem o paciente alegando falta de especialistas. Diante dessa recusa a equipe de resgate perde tempo peregrinando nos serviços em busca de atendimento<sup>16</sup>.

Quando se trata de idoso em situação de violência a conduta adotada nas unidades de socorro é o encaminhamento ao hospital, o registro dos fatos e dos sinais suspeitos na ficha/prontuário, a comunicação das suspeitas ao médico e ao assistente social da unidade. Essa comunicação acontece por iniciativa do profissional que faz o atendimento, pois, contrariando as políticas aqui consideradas<sup>4,5</sup>, não há orientações por parte da instituição sobre esse procedimento. Em muitos casos orientam a família sobre os cuidados adequados. Para os profissionais do nível pré-hospitalar não existe uma porta de entrada diferenciada para idosos vítimas de violência nos serviços, mas durante o atendimento os casos são identificados e trabalhados com a família, com orientações, suporte e até mesmo fazendo a denúncia. No entanto, existem obstáculos que impedem uma intervenção integral, entre eles o despreparo para lidar com o tema, o número reduzido de profissionais para intervir junto às famílias e a falta de estrutura e apoio institucional. O gestor de um serviço falou sobre sua preocupação nessa área: "você faz o que com o idoso que está sofrendo uma violência? [...] é uma questão extremamente complexa que você tem que abordar, tem que atuar, dar suporte e você não tem estrutura para isso". Nesse sentido, acredita que o próprio serviço de saúde acaba assumindo o papel de agressor do idoso por não ter condições de oferecer o suporte necessário.

Quando necessita de internação hospitalar, o idoso recebe o mesmo tratamento dado aos demais usuários. Um gestor hospitalar lamenta dizendo que "está longe da gente dar o primeiro atendimento diferenciado ao idoso [...], ele é mais um a entrar na fila habitual das grandes emergências". Concordando com um colega do nível pré-hospitalar reconhece que o hospital é causador de traumas para o idoso que precisa permanecer internado, pois o ambiente diferente do habitual e o afastamento da família comprometem muito o quadro físico e emocional do idoso. Em sua fala fica claro que o direito a um acompanhante durante a hospitalização não é cumprido, o que gera desorientação, dificuldades alimentares, perda de peso, comprometimento pulmonar, imobilidade e pode chegar ao óbito sem condições de tratar a "doença primária que motivou a internação".

Os profissionais de um hospital do município relataram uma experiência que consideram positiva e que tenta garantir a prioridade preconizada nas políticas. Ao procurar atendimento, ele é recebido pela enfermagem que faz uma avaliação do risco e encaminha corretamente para os setores do hospital.

Gestores e profissionais revelaram que, muito frequentemente, se deparam com o abandono da família em relação ao idoso, que mesmo com alta hospitalar não consegue voltar para casa porque nenhum familiar quer se responsabilizar por seus cuidados.

No nível de reabilitação os profissionais foram enfáticos alegando não receberem idosos vítimas de violência, mas somente os que sofreram quedas ou possuem seqüelas de doença crônico-degenerativa. Ainda relataram as dificuldades que os idosos enfrentam para seu transporte até o serviço, a interrupção do tratamento devido a incapacidades funcionais e a

falta de quem os acompanhem até a reabilitação ou, quando necessário, a outro serviço. No que se refere às atividades desenvolvidas na atenção ao idoso vítima de violência, 58,3% dos serviços pré-hospitalares oferecem atendimento clínico, orientação à família e informações sobre direitos; em 50% das unidades pesquisadas nesse nível acontecem atendimento individual, visitas domiciliares, ações de promoção do autocuidado, estímulo à participação em grupos e identificação da rede de suporte social do idoso. Essas ações estão em conformidade com as políticas públicas consideradas no presente trabalho.

Entre os hospitais, 40% possui equipe para a internação e assistência domiciliar de idosos e apenas 33,3% deles conta com uma equipe constituída por médico e enfermeiro, em 26,7% dos hospitais essa equipe tem: técnico ou auxiliar de enfermagem e geriatra. Em 20% desses hospitais existem profissionais com formação em gerontologia para o atendimento domiciliar. Apenas um dos serviços de reabilitação realiza a visita domiciliar, mas em nenhum deles existe uma equipe multidisciplinar para esse tipo de reabilitação de idosos vítimas de violência.

Um gestor de serviço móvel de urgência revelou que a interação da equipe com a família do idoso é papel que cabe mais ao hospital, pois sua função é o transporte do paciente. Essa visão espelha um distanciamento desse gestor com o atendimento propriamente dito e é um posicionamento contraditório ao dos profissionais. Os socorristas, mais próximos da realidade do serviço, afirmaram que a interação com a família acontece durante todo o atendimento e que os familiares são atores essenciais para o socorro do idoso. Na maioria dessas chamadas é o familiar quem faz o primeiro contato e na chegada da equipe participa ativamente do atendimento.

Fazendo referência ao conceito segundo o qual o suporte social é comparado a uma teia, um gestor indicou que muitas vezes é preciso tecer uma nova teia nos pontos onde há esgarçamentos dos fios. Na experiência dos profissionais, muitas famílias estão sempre presentes, mas outras optam em manter uma certa distância. Esse distanciamento reflete as relações conflituosas com o idoso, o estabelecimento de laços afetivos muito frouxos ao longo do tempo. Essa dificuldade enfrentada por idosos e suas famílias se constitui em fator de risco para a violência<sup>21</sup>.

Para o médico de um hospital, a família é muito bem vinda e tem dois horários para visitas diárias, que acontecem nos momentos das refeições para que possam ajudar os idosos na alimentação. Se por um lado, essa boa receptividade de familiares no ambiente hospitalar é benéfica para o idoso, também revela uma sobrecarga de trabalho para os profissionais que precisam contar com os familiares para a administração das refeições do paciente. Na reabilitação a presença da família parece ser mais constante participando dos atendimentos, recebendo orientações e realizando exercícios com o paciente em casa. Também é chamada para reuniões com a equipe, acompanha o progresso do tratamento e ainda está presente nas datas comemorativas e festas realizadas nos serviços.

Grande parte das unidades do nível pré-hospitalar e hospitalar informou que oferece suporte e acompanhamento ao idoso vítima de violência (62,1%) e para a família (55,2%). Por outro lado, o apoio às equipes que prestam o atendimento às vítimas de violência é oferecido por apenas 27,6% das unidades e a atenção aos autores de violações contra os idosos é realizada por 20,7% dos serviços estudados. Os serviços de reabilitação pesquisados não oferecem esse apoio ao idoso, à equipe e tampouco aos agressores.

No âmbito da prevenção da violência, 58,3% dos serviços pré-hospitalares e 28,6% dos

hospitalares estudados realizam ações com esse propósito. Novamente é possível identificar uma discordância com as normas estabelecidas pelas políticas no que diz respeito à prevenção da violência. Deslandes e colaboradores<sup>17</sup> também identificaram a escassez de ações dessa natureza na atenção às vítimas de violência no Brasil, no entanto, no município do Rio de Janeiro 64% dos serviços analisados por esses autores informaram realizar prevenção da violência em geral, sem as especificidades da pessoa idosa. Considerando o grupo dos idosos, a PNRMAV e a PNSPI destacam a importância dessas ações para a promoção da qualidade de vida e não apenas o cuidado tradicional às consequências da violência.

Pequeno percentual dos serviços pesquisados nos três níveis (34,5%) realiza notificação sistemática dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra o idoso, como preconiza o Estatuto. Apenas 20,7% possuem ficha para essa notificação, outros 48,3% informaram que a notificação dos casos depende do profissional que faz o atendimento e 10,3% não a realizam. Nenhum dos serviços de reabilitação estudados faz as notificações para outras instituições.

Muitos estudos têm apontado as barreiras encontradas pelos profissionais de saúde na realização da notificação. Apesar de ser uma diretriz da PNRMAV, do Estatuto do Idoso e estar contemplada nos códigos de ética de algumas profissões como medicina, enfermagem, odontologia e psicologia<sup>22</sup>, ainda não é uma prática tão naturalizada nos serviços, como observado no município do Rio de Janeiro. Entre as barreiras para a notificação dos casos encontram-se: a dificuldade em identificar a violência e a pouca familiaridade dos técnicos com procedimentos de notificação<sup>23</sup>; a percepção de que notificar não é papel do profissional de saúde, que deve se preocupar com a situação clínica do paciente<sup>24</sup>; a visão de que o ato de notificar é uma medida punitiva e o medo de represálias por parte do possível agressor<sup>25</sup>.

Nas entrevistas, os profissionais do atendimento pré-hospitalar lamentaram a difícil interlocução com a rede de proteção ao idoso no município. Informaram que esse contato é informal e que os idosos passam por atendimentos morosos e pouco eficientes. Os do nível hospitalar revelaram que não tem contato com a rede e os da reabilitação nem mesmo fizeram referência a ela, indicando a fragilidade das articulações entre os serviços. Os depoimentos revelam que esses serviços existem e trabalham isoladamente, dando pistas da necessidade da construção do fluxo entre eles e de uma rede de atenção e proteção que atue de forma integrada no município. Essa integração é essencial no atendimento às vítimas de violência, fato que também é reforçado nas diretrizes da PNRMAV. Essa desarticulação para o atendimento às pessoas vitimizadas pela violência no Rio de Janeiro já foi apontada em estudos anteriores como motivo de crítica dos gestores do setor saúde<sup>17</sup>.

Solicitados a avaliar o atendimento prestado aos idosos vítimas de violência, os profissionais do pré-hospitalar afirmam que a atenção prestada em seu nível consegue atingir os objetivos propostos pelo serviço, dá prioridade aos idosos, trabalha para diminuir as co-morbidades e o tempo de internação do paciente. Outros reconhecem que os idosos vítimas de violência encontram muitas dificuldades como a pouca capacitação dos profissionais para identificar e lidar com esses casos. Um gestor afirmou que poucos serviços têm condições de realizar esse atendimento, acionar a rede de suporte e orientar a família.

No nível hospitalar os profissionais acreditam que o atendimento oferecido está evoluindo na medida do possível. Visão contrária a anterior tem os que trabalham na reabilitação, revelando que o idoso vítima de violência é mal atendido nos serviços de saúde,

principalmente nos hospitais.

#### Considerações finais

O presente estudo apresenta algumas limitações como a natureza local das informações e a abordagem não probabilística da amostra. A natureza local dos dados não possibilita extrapolações para outros municípios, mas retrata uma realidade semelhante à observada em outras redes no país<sup>10</sup>. A pesquisa não visou a abordagem de uma amostra probabilística de serviços, mas sim uma aproximação da realidade a partir de uma amostra de conveniência (indicada pelos gestores da área). Esta opção metodológica se deu em função do pouco conhecimento sobre a rede de serviços em relação à especificidade do atendimento à pessoa idosa em situação de violência. Nesse sentido, a visibilidade das adequações necessárias para que o setor saúde responda à emergência e importância do tema em questão, permite conhecer os desafios e as possibilidades que se impõem na construção da integralidade do atendimento.

A implantação e implementação das políticas aqui consideradas se dá de forma muito diferenciada entre as unidades pesquisadas, um pouco mais nas de nível pré-hospitalar e hospitalar e muito aquém do desejado no atendimento de reabilitação.

As lacunas identificadas na reabilitação de idosos vítimas de violência revelam uma atenção muito focada na clínica ortopédica e neurológica do paciente, contrariando os esforços das políticas e orientações do Ministério da Saúde que preconizam a atenção integral em todos os níveis.

A abordagem a questão da violência nos serviços de saúde e, principalmente, com uma pessoa idosa requer sensibilização para o tema, capacitação para a atuação e articulação intra-setorial e com a rede de proteção. Esse é um desafio aos gestores do setor saúde do município do Rio de Janeiro para os três níveis de complexidade do atendimento.

Além disso, algumas questões vêm a tona, a partir das análises realizadas, como a necessidade de incluir o tema violência nos atendimentos dispensados ao idoso, pois muitas vezes o mesmo não verbaliza o abuso e não apresenta sinais claros de sua presença; proporcionar maior visibilidade às especificidades da atenção à mulher idosa na rede de serviços de saúde; apoiar, orientar e instrumentalizar as famílias para o cuidado necessário, tentando criar estratégias para o fortalecimento e o resgate dos laços afetivos e assim evitar o abandono em instituições hospitalares; investir na vigilância das alterações que levam a incapacidades funcionais; ampliar as ações de prevenção da violência e promoção da saúde e da qualidade de vida do idoso, como preconizado nas políticas públicas.

Espera-se que a partir de estudos como este seja possível visualizar os desafios e planejar estratégias para a garantia de uma atenção especializada e eficiente às pessoas idosas vítimas de violência no país.

#### Agradecimento

Ao CNPq e à Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro.

Ribeiro AP e Souza ER trabalharam na concepção, análise, escrita e revisão final do artigo e Valadares FC na escrita e revisão final.

#### Referências

1. Minayo MCS, Souza ER. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: Brasil. Impactos da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2005.
2. Datasus. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2010. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>, acesso em 24 fev 2010.
3. Datasus. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS, 2010. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>, acesso em 24 fev 2010.
4. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, 2001; 18 maio.
5. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Estatuto do idoso. Diário Oficial da União, 2003; 3 out.
6. Portaria nº 2528, de 18 de outubro de 2006: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 2006; 19 out.
7. Camarano AA; Pasinato MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: \_\_\_\_\_ (Orgs). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p. 253-92.
8. Minayo MCS; Assis SG; Souza ER. Avaliação por triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005.
9. Datasus. Ministério da Saúde. Estimativas populacionais, 2010. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popRJ.def>, acesso em 13 set 2010.
10. Minayo MCS; Deslandes SF. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.
11. Souza ER et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. Rev. C S Col 2008; 13(4): 1153-64.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec; 2006.
14. Datasus. Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2010. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>, acesso em 12 fev 2010.
15. Albuquerque VS. Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2010.
16. Portaria GM, 2.048, 5 nov. 2002. In: Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília Ministério da Saúde, 2004.

17. Deslandes SF et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Rev. C S Col* 2006; 11(Supl):1279-90.
18. IPEA/DENATRAN/ANTP. Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras. Relatório executivo. Brasília, 2006.
19. Vieira EM et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev. bras. Epidemiol* 2009; 12(4): 566-77.
20. Deslandes SF; Minayo MCS; Lima MLC. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 24(6):430-40.
21. Souza ER et al. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. *Rev. C S Col* 2009; 14(5): 1709-19.
22. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI e Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(3): 472-477.
23. Taylor DK, Bachuwa G, Evans J, Jackson-Johnson V. Assessing Barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians. *Journal of The National Medical Association* 2006; 98(3): 403-04.
24. Tilden VP; Schmidt TA; Limandri BJ; Chiodo GT; Garland MJ; Loveless PA. Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. *Am J Public Health* 1994; 84(4): 628-33.
25. Halphen JM; Varas GM; Sadowsky JM. Recognizing and reporting elder abuse and neglect. *Geriatrics* 2009; 64(7):13-8.

**Tabela 1: Número de atendimentos realizados pelos serviços pesquisados, segundo nível. Rio de Janeiro, 2006**

Número de atendimentos	Pré-hospitalar	Hospitalar	Reabilitação
<b>Total</b>	198.860	1.370.198	5.083
<b>De idosos</b>	73.156	45.927*	73
<b>De idosos por acidentes</b>	-	-	5**
<b>De idosos por violência</b>	-	-	-

\* apenas 5 hospitais informaram

\*\* apenas um serviço de reabilitação informou

- sem informação

**Tabela 2: Distribuição do número de serviços hospitalares pesquisados segundo itens da estrutura**

Recursos	Hospitalar	
	N=15	Sem inf.
<b>Eletrocardiografia</b>	15	-
<b>Análise clínica/ laboratorial</b>	14	1
<b>Radiologia Convencional</b>	14	1
<b>Endoscopia</b>	12	-
<b>Ultrassonografia</b>	12	1
<b>Cirurgia ortopédica e traumatológica</b>	12	1
<b>Cirurgia geral</b>	12	1
<b>Ecocardiografia</b>	10	2
<b>Tomografia computadorizada</b>	9	3
<b>Cirurgia ginecológica</b>	9	2
<b>Neurocirurgia</b>	7	4
<b>Banco de sangue</b>	6	6
<b>Cirurgia cardiovascular</b>	5	3
<b>Intensificador de imagem</b>	4	6
<b>Hemodinâmica</b>	4	5
<b>Broncoscopia</b>	4	5
<b>Banco de tecidos</b>	3	5
<b>Angiografia</b>	2	5
<b>Cirurgia coloproctológica</b>	2	6
<b>Ressonância nuclear magnética</b>	1	4

**Tabela 3: Distribuição da categoria e número de profissionais segundo níveis do atendimento**

Profissionais	Pré-hospitalar	Hospitalar	Reabilitação	Total de Profissionais
Geriatra	11	9	-	20
Médico Clínico	64	171	-	235
Cirurgião geral	-	83	-	83
Médico Neurologista / Neurocirurgião	5	38	-	41
Oftalmologista	5	28	-	33
Cirurgião Ortopedista	-	152	-	152
Médico Ortopedista	3	227	-	230
Cirurgião vascular	-	31	-	31
Angiologista	-	20	-	20
Cirurgião bucomaxilofacial	-	11	-	11
Cirurgião cardiovascular	-	1	-	1
Cardiologista	-	55	-	55
Hematologista	-	29	-	29
Toxicologista	-	22	-	22
Gastroenterologista	-	1	-	1
Coloproctologista	-	6	-	6
Otorrinolaringologista	-	21	-	21
Médico/Cirurgião Ginecologista	10	11	-	21
Cirurgião plástico	-	14	-	14
Cirurgião torácico	-	7	-	7
Anestesiologista	-	95	-	95
Intensivista	-	58	-	58
Radiologista	0	23	-	23
Fisiatra	-	-	6	6
Psiquiatra	5	10	0	15
Enfermeiro	155	316	17	488
Assistente social	7	44	3	54
Odontólogo	3	35	-	38
Psicólogo	8	13	5	26
Nutricionista	5	42	2	49
Fisioterapeuta	-	122	6	128
Terapeuta Ocupacional	1	13	2	16
Fonoaudiólogo	4	8	8	20
Farmacêutico	3	25	4	32
Técnico/auxiliar de enfermagem	280	1017	10	1307
Agente de saúde	6	-	-	6
Responsável técnico	-	1	2	3
Auxiliar de Serviços administrativos	16	-	-	16
Auxiliar de serviços gerais	10	-	-	10

– não se aplica ou não foi questão de pesquisa para esse nível do atendimento, de acordo com as Políticas.

## **2.4. O cenário das entrevistas com as idosas**

Esta seção se dedica a uma análise das observações registradas no diário de campo sobre o local onde se encontravam as mulheres entrevistadas para o estudo qualitativo das trajetórias empreendidas por elas em busca de atendimento de saúde para os agravos provocados pela violência. Trata-se da descrição de um cenário construído a partir das visitas a quatro hospitais municipais do Rio de Janeiro, incluídos no trabalho qualitativo.

Algumas idosas que participaram da pesquisa estavam na ala feminina adulta da emergência e também internadas na enfermaria dos hospitais estudados. Apenas uma delas foi entrevistada em sala de espera, pois naquele momento saía da consulta com a fonoaudiologia.

O setor de emergência dos hospitais incluídos neste estudo é constituído de várias salas onde estão localizadas as alas femininas e masculinas, outras com pacientes mais graves e outras para os que aguardam transferência para as enfermarias ou mesmo para outros hospitais. Esse setor atende a todas as pessoas que chegam trazidas pelas unidades móveis de urgência e a todos os casos de emergência que chegam ao hospital. Nesse espaço circulavam muitos profissionais que realizavam o atendimento, como médicos de várias especialidades, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, entre outros e também aqueles que faziam a limpeza do local.

Em alguns momentos o clima ficava tenso pela chegada de um paciente em situação mais grave de saúde, mas após ser atendido tudo voltava à rotina anterior. Os profissionais se deslocavam rapidamente no interior da emergência, acionando outros colegas, verificando os prontuários,

prescrevendo medicamentos e solicitando exames complementares para os pacientes. Quando ocorria um óbito e a família precisava ser comunicada, esse era um momento muito tenso para a equipe. Em uma visita a um dos hospitais estudados foi possível observar um caso em que o médico, de forma direta e pouco humanizada, comunicou o óbito à família de um paciente. Percebendo o descontrole emocional de um familiar, natural em momentos como esse, o médico se dirigiu a equipe de assistentes sociais solicitando que elas atendessem à família como se esse papel fosse atribuição somente dessas profissionais. Segundo uma assistente social esse é um procedimento rotineiro no setor e elas sempre precisam “acalmar a família, porque eles não sabem comunicar um óbito”.

As mulheres entrevistadas se encontravam em macas, em meio a outras mulheres, algumas mais jovens, outras também idosas. Geralmente as salas estavam lotadas com macas colocadas em várias direções e houve vezes em que foi preciso interromper a entrevista porque os profissionais precisavam deslocar as macas para que mais alguém fosse incluído naquele espaço.

Apesar de estarem em meio a outras seis a oito usuárias, as mulheres entrevistadas estavam desacompanhadas, vestidas com a roupa própria do hospital e com pouco ou nenhum pertence que pudesse ser identificado. Chamou a atenção o fato de uma delas, Dalila, estar sempre atenta à sua bolsa, onde guardava os documentos e o cartão bancário de seu benefício de aposentadoria. Segundo informações da equipe de assistentes sociais essa mulher chegou ao hospital em condições muito precárias de higiene, sem roupa íntima, parecendo ser moradora de rua e demonstrando total abandono por parte da família. Algumas horas após dar entrada no hospital apareceu

uma neta para ficar com ela. Segundo as palavras da idosa, a relação entre elas é conflituosa.

Durante a entrevista com Dalila, essa neta entrou na sala e parecia “fiscalizar” tudo que se passava ali, queria saber o que a avó estava informando para a equipe de saúde. Assumia uma postura defensiva como se estivesse sendo acusada de alguma coisa em relação à idosa. Muitas vezes, essa postura se tornava agressiva e ameaçadora para com a assistente social. Ao longo da entrevista de pesquisa ela saía e entrava na emergência para sondar o teor da nossa conversa. A avó, por sua vez, tomava muito cuidado com as palavras e quando a neta aparecia mudava o assunto e tentava fazer sinais para que a pesquisadora compreendesse sua situação naquele momento, numa clara demonstração de que se intimidava com a presença da neta.

Na sala de emergência de outro hospital estava uma senhora que repousava recostada em uma maca localizada ao lado de outras três onde repousavam outras mulheres mais idosas. O barulho das conversas dos profissionais e dos outros atendimentos que aconteciam ao lado parecia perturbar a tranqüilidade daquela idosa que fez questão de conversar longamente numa entrevista muito emocionada, principalmente quando falava de sua relação com o filho e com a nora. Ao final da entrevista apertou fortemente a mão da pesquisadora e se despediu lamentando porque ainda não sabia qual seria seu destino após a alta do hospital.

Também deitada e quase imóvel em uma maca estava uma idosa de pele muito clara e olhos azuis que conversava de forma pausada e polida. Na sala da emergência de um dos hospitais ela estava em meio a outras seis

mulheres, de várias faixas etárias, em camas bem dispostas no ambiente. Durante a entrevista, por diversas vezes lembrava com emoção de seus animais de estimação, com os quais vive e são as únicas companhias com que ela pode contar. Expressou seu descontentamento por estar sem suas roupas; estava com receio de que estivesse junto com pessoas com doenças contagiosas e, por esse motivo, também preferia recusar alguns alimentos que eram oferecidos a ela pelos funcionários do hospital.

Na enfermaria feminina de um dos hospitais encontrava-se outra idosa que estava recostada em um leito e esperava pela hora do almoço. Ao ser apresentada a ela pela assistente social percebi seu interesse pela conversa comigo, pediu que elevasse um pouco mais a cabeceira da cama e se colocou em posição mais ereta para me olhar mais fixamente. Internada por um longo período, por não ter para onde retornar foi possível identificar alguns pertences que estavam ao lado da sua cama. Nesta enfermaria as outras pacientes internadas tinham acompanhantes que as ajudavam nas refeições e as faziam companhia, o que não acontecia com Dina, que solicitava ajuda a pessoas que visitavam outras pacientes internadas no mesmo quarto. Durante todo o período de internação, que já durava mais de dois meses, inclusive no momento de sua admissão, nenhum familiar esteve presente ou foi visitá-la. Sobre essa ausência ela lamenta:

“Minha filha não veio me ver. Eu não quero ela aqui, não. Ah, quero não deixa ela lá, ela tem a vida dela e eu tenho a minha vida” ( Dina – 78 anos).

**“Minha vida é uma novela”:** mulheres idosas em situação de violência em busca de atendimento de saúde

**“My life is a soap opera”:** elderly women in situations of violence to seek health care

**“Mi vida es una telenovela”:** las mujeres de edad en situaciones de violencia en la búsqueda de atención de la salud

**Autores:** Adalgisa Peixoto Ribeiro, Edinilsa Ramos de Souza

**Adalgisa Peixoto Ribeiro** – Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – Claves/Fiocruz. Rua Conde de Itaguaí, 55 cs 32/101 – Tijuca – Rio de Janeiro – RJ – CEP 20511-200. Tel (21)8104-7966 / (21)3253-4738 / (21)3882-9154 - E-mail – [adalpeixoto@yahoo.com.br](mailto:adalpeixoto@yahoo.com.br)

**Edinilsa Ramos de Souza** - Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – Claves/Fiocruz. E-mail – [edinilsa@claves.fiocruz.br](mailto:edinilsa@claves.fiocruz.br)

O texto é inédito, não há conflitos de interesse, trabalho é parte da tese de doutorado da primeira autora, apoiada pela Faperj.

**“Minha vida é uma novela”: mulheres idosas em situação de violência em busca de atendimento de saúde**

**“Mi vida es una telenovela”: las mujeres de edad en situaciones de violencia en la búsqueda de atención de la salud**

**“My life is a soap opera”: elderly women in situations of violence to seek health care**

**Resumo:** Este artigo tem como foco as trajetórias empreendidas por mulheres idosas na busca de atendimento de saúde para os agravos provocados pela violência, bem como os sentidos atribuídos por elas à violência. Usou-se metodologia qualitativa com aplicação de entrevistas semi-estruturadas a idosas atendidas em hospitais municipais do Rio de Janeiro. Os resultados mostram que a gravidade da lesão foi determinante para a busca por atendimento de saúde, mas o apoio familiar influenciou sobremaneira nessa trajetória. Ao longo da internação emergiu a violência sofrida, sobretudo intrafamiliar, mesmo entre as que procuraram o serviço por outros problemas de saúde. As dificuldades enfrentadas na busca por cuidados de saúde, ao agravo provocado pela violência, foram reconhecer a violência nas suas distintas expressões, sobretudo familiar, a negligência e o abandono que geraram demora na busca pelo atendimento e hospitalização recorrente e prolongada. A abordagem incipiente do problema pelos profissionais de saúde compromete a integralidade da atenção.

**Palavras-chave:** violência contra o idoso, atenção à saúde, itinerário terapêutico

**Resumem:** Este artículo se centra en las rutas tomadas por las mujeres de edad en la búsqueda de atención médica por las lesiones causadas por la violencia, así como los significados atribuidos por ellas a la violencia. Se utilizó

una metodología cualitativa con la aplicación de entrevistas semi-estructuradas con las ancianas atendidas en los hospitales municipales de Río de Janeiro. Los resultados muestran que la gravedad de la lesión fue crucial para la búsqueda de atención médica, pero el apoyo de la familia ha influido mucho en esta trayectoria. A lo largo de la hospitalización surgió la violencia, particularmente en las familias, incluso entre aquellas que buscan el servicio por otros problemas de salud. Las dificultades encontradas en la búsqueda de atención médica de los daños causados por la violencia, fueron reconocer la violencia en sus diferentes expresiones, especialmente en la familia. La negligencia y el abandono llevó a la demora en la búsqueda de atención y de hospitalización prolongada y recurrente. El enfoque incipiente del problema por profesionales de la salud se compromete la atención integral.

**Palavras clave:** maltrato al anciano, atención a la salud, itinerario terapéutico

**Abstract:** This article focuses on the paths taken by elderly women in seeking health care for the injuries caused by violence, as well as the meanings attributed by them to violence. Qualitative methodology was used with the application of semi-structured interviews of elderly women treated in municipal hospitals of Rio de Janeiro. The results show that the severity of the injury was decisive in the quest for health care, but family support greatly influenced this path. Throughout hospitalization emerged the violence suffered, particularly within the family, even among those attending the service by other health problems. The difficulties encountered in seeking health care for injury caused by violence were recognizing the violence in its different expressions, especially in the family. Neglect and abandonment led to delay in seeking care and recurrent and prolonged hospitalization. The incipient approach to the problem by health professionals committed the integrality care.

**Key words:** elder abuse, health care, career of illness

## Introdução

Este artigo tem como foco as trajetórias empreendidas por mulheres idosas na busca de atendimento de saúde para os agravos provocados pela violência, bem como os sentidos atribuídos por elas a essa violência.

A abordagem desse tema é relevante pelos impactos da violência na saúde das pessoas idosas. No caso das mulheres, muito se tem discutido sobre a violência de gênero, mas as especificidades das violações contra as mulheres idosas ainda são pouco investigadas.

A análise dos registros de órgãos de proteção aos idosos demonstra que mulheres na faixa de 70 a 79 anos foram as vítimas mais comuns nas queixas realizadas em 2004 (Souza et al., 2008). Das 1876 mulheres idosas internadas no município do Rio de Janeiro, em 2009 por acidentes e violência 70,4% tinha 70 ou mais anos (Brasil, 2011). Nesse mesmo período, 11,6% das mulheres atendidas em serviços de urgência e emergência na capital, por acidentes e violência tinham 60 ou mais anos (Brasil, 2010).

Os abusos mais comuns envolvem a violência doméstica, cometida por familiares e pessoas próximas devido a choques intergeracionais, problemas de espaço físico e financeiros, por preconceitos e estereótipos da velhice como decadência. As violências também acontecem nos serviços públicos de transportes, saúde, INSS e bancos (Minayo, Souza, 2005; Machado et al., 2001).

Muitas situações de violência que vitimizam os idosos não geram distúrbios/ferimentos físicos, como é o caso da violência financeira, psicológica, negligências e abandono. Nem mesmo os maus tratos físicos levam os idosos a buscar, necessariamente, a ajuda de profissionais de saúde. Por esse motivo, pequena parcela dos casos é registrada e inclui aqueles em que as lesões são mais graves e obrigam os idosos a procurar ajuda.

Quando a pessoa considerada doente decide procurar um serviço de saúde realiza uma série de movimentos que compõem uma seqüência de eventos sociais rumos às agências de cuidado (Freidson, 2009). Essa trajetória, denominada itinerário terapêutico (Alves, 1993) é o resultado de um conjunto de estratégias voltadas para o objetivo de tratar uma aflição (Alves,

Souza, 1999). Como apontam os estudos sobre esse tema, se torna fundamental compreender os sentidos atribuídos por essas mulheres ao agravo à saúde, provocado pela violência, que as fizeram buscar atendimento médico.

A busca por atendimento de saúde revela uma trajetória construída e influenciada por diversos elementos que a favorecem ou dificultam. Dentre eles estão aspectos socioeconômicos, culturais, disponibilidade de serviços e, no caso da violência a abordagem que é oferecida a uma pessoa vítima. Muitas expressões de violência sequer são reconhecidas como tal pelas pessoas envolvidas (idoso, família e profissionais). Freidson (2009) discute que os conselhos oferecidos a uma pessoa doente por seu grupo social interferem significativamente em sua trajetória de tratamento. Nesse caso, as influências ocorrem pelo conhecimento das pessoas sobre saúde e serviços médicos e pelas inter-relações dos membros dessa rede de contatos.

Assim, as redes de apoio social do idoso, principalmente a família, os vizinhos e os amigos exercem papel fundamental na interpretação da doença e na decisão sobre os cuidados a serem incorporados. A família analisa as alternativas, toma decisões, busca recursos pessoais e materiais e se torna “sustentação e direção para minimizar os sofrimentos” (Visentin, Lenardt, 2010).

Construir uma trajetória em busca de tratamento para um problema provocado pela violência pressupõe a mobilização de estratégias internas (subjetivas) para enfrentar o problema (Skaba, 2003) e também requer uma rede de serviços atenta e apta para uma abordagem integral. Isso se torna particularmente verdadeiro quando a violência sofrida não apresenta sinais e sintomas aparentes como uma fratura ou hematomas, como a violência econômica, psicológica, abandono ou negligência. Por outro lado, mesmo a violência que provoca danos físicos costuma passar despercebida, pois a situação que gerou a lesão não é revelada pela paciente e nem investigada pelos profissionais.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo exploratório qualitativo da trajetória percorrida por idosas em busca de atendimento de saúde para os agravos provocados pela violência que se expressa na forma de abusos físicos, psicológicos, negligência, abandono, tanto no ambiente doméstico como em vias públicas. Foram incluídas mulheres com 60 anos ou mais, que procuraram atendimento de saúde no setor de emergência de quatro hospitais, um em cada região do município tentando abarcar a diversidade de casos: Hospital Municipal Miguel Couto na zona sul, Hospital Municipal Salgado Filho, na zona Norte, Hospital Municipal Lourenço Jorge na zona oeste e Hospital Municipal Souza Aguiar na região central. O caso de violência poderia ser diagnosticado tanto pela investigação profissional, como relatada espontaneamente pela idosa.

Elegemos como opção metodológica abordar essas mulheres no serviço hospitalar considerando que, por ser um nível de maior complexidade no sistema de saúde, possibilitaria encontrar casos mais complexos visando ao maior aprofundamento da problemática. A dinâmica para a identificação dos sujeitos se deu a partir da apresentação do projeto de pesquisa à chefia e às profissionais da equipe de serviço social dos hospitais. Ao identificar uma idosa em situação de violência, as assistentes sociais comunicavam à pesquisadora, via telefone. Além disso, foram realizadas visitas aos hospitais para a identificação desses sujeitos, sempre em conjunto com a equipe.

As entrevistas semi-estruturadas contemplavam dois pontos centrais: o primeiro focalizava as trajetórias percorridas pela idosa para conseguir atendimento e continha questões sobre o motivo pelo qual ela procurou o serviço de saúde, o acesso e o acolhimento recebido, o meio de transporte usado pela idosa para se locomover entre os serviços e as dificuldades e facilidades encontradas em todo este processo. O segundo ponto abordou a qualidade do atendimento e a percepção da idosa sobre a atenção recebida.

Não buscamos uma representatividade numérica, mas um aprofundamento e compreensão da trajetória empreendida e dos sentidos atribuídos pelas idosas à violência. O trabalho de campo, realizado entre os meses de julho a dezembro de 2010, foi difícil, pois muitas idosas após a admissão no hospital apresentavam um quadro de desorientação e confusão

impossibilitando a entrevista. Os impactos negativos da hospitalização de pessoas idosas foram discutidos por autores como Cavalcanti e Souza (2010).

Durante o trabalho de campo foram identificadas oito idosas: cinco delas participaram da entrevista e outras três aceitaram conversar, mas não tinham condições de fornecer informações mais detalhadas. Nesses casos, suas falas foram analisadas parcialmente no presente artigo. Outras mulheres idosas foram identificadas como caso de violência, mas se encontravam em condições de saúde mais graves que não permitiam a realização da entrevista. Todas as participantes da pesquisa, codificadas com nomes fictícios, foram entrevistadas nas dependências do hospital, tomando-se o cuidado de preservar sua intimidade, suas histórias de vida, seu anonimato e confidencialidade. As entrevistas foram gravadas, transcritas e revisadas. Um diário de campo foi confeccionado durante as visitas da pesquisadora aos hospitais com o objetivo de captar as condições em que se encontravam as idosas no ambiente hospitalar e as percepções da pesquisadora sobre o atendimento.

As informações foram analisadas com base na Análise de Conteúdo, modalidade Temática adaptada da proposta de Bardin (Minayo, 2006). Após leitura exaustiva do acervo de entrevistas foram identificadas as idéias centrais presentes nas falas das mulheres e a partir daí essas idéias foram classificadas em núcleos de sentidos. Na seção Resultados e Discussão optou-se por apresentar esses núcleos de sentidos agrupados em temas mais abrangentes. Emergiram das análises as categorias: percepção da velhice, sentidos atribuídos à violência sofrida, visão do atendimento recebido e, por fim, a trajetória percorrida em busca do atendimento – acesso ao hospital, apoio da família antes de sua internação e também no retorno ao lar.

A pesquisa foi autorizada pelos diretores dos hospitais, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, parecer número 01/10 e apoiada pela Faperj.

## **Resultados e Discussão**

A idade média das entrevistadas foi 76,7 anos, variando entre 73 a 82 anos. O problema mais comum que as levou ao atendimento hospitalar foi a

fratura de fêmur, seguida pela dificuldade de locomoção por problemas nos membros inferiores, problemas cardíacos, descompensação da hipertensão arterial e fratura de mandíbula.

As situações de violência que agravaram as condições de saúde ou que provocaram fraturas nessas mulheres foram violência física por parte de empregados, companheiro e motorista de ônibus; violência da criminalidade do local onde reside; negligência familiar e abandono da idosa em seu domicílio ou hospital.

### **Sentidos atribuídos aos agravos provocados pela violência e à velhice**

A experiência da enfermidade envolve a construção de significado que se dá de forma intersubjetiva, desenvolvendo-se através de processos comunicativos de definição e interpretação (Alves, Rabelo, 1999). Ser vítima de violência na velhice suscita sentimentos de culpa, constrangimento e vergonha fazendo com que a situação vivenciada seja interdita para muitos idosos.

Na presente pesquisa, as mulheres não pronunciaram a palavra violência, como se quisessem minimizar as situações agressivas vivenciadas por elas. No entanto, recorreram a outros termos para nomear as agressões sofridas como: “tiroteio”, “bang bang”, “fui atropelada”, “gente maldosa”, “ela me agride”, “ela é estressada comigo”, “ela não cuida de mim”, “ele é muito grosso”, “ele aumenta a voz”, “me dá patada”, “me jogou de qualquer maneira”, “me empurrou”, “é orgulho deles”, “não quer me tirar do hospital”, “ela me xinga demais”.

Algumas mulheres não mencionaram o agravo à saúde como consequência da violência, mas atribuíram seus problemas de saúde a quedas anteriores e às alterações que consideraram normais para sua idade. Apesar disso, os relatos dos conflitos familiares, dos desrespeitos, da ausência de recursos para manter seus cuidados e de não ter onde morar foram acompanhados de lágrimas e desconforto para algumas delas.

Parte das idosas mencionou os maus tratos como motivos da hospitalização, mas conseguiram identificar e verbalizar apenas as agressões

externas à família. Entretanto, no decorrer dos depoimentos foram emergindo conflitos intergeracionais, negligências, abusos psicológicos e abandono.

Essas situações de violência intrafamiliar afloram a percepção de que as idosas representam um peso e atrapalham a vida da família com suas necessidades de cuidados. Os sentimentos de insegurança, descrédito e rejeição estiveram muito presentes nos depoimentos.

“Ela [irmã] não estava acreditando que eu estava com a perna quebrada” (Dora – 77 anos).

“Eu morava com minha filha, mas ela foi morar em outro lugar e não me levou junto. Tive que alugar um quarto” (Dina – 78 anos).

O abandono é a forma extrema de negligência e se expressa na falta de alguém que assuma os cuidados e necessidades das idosas. Para as entrevistadas, a negligência e o abandono por parte da família foram determinantes para a internação e também para a permanência desnecessária no hospital. A percepção de exclusão de seu núcleo familiar e do isolamento a que foram submetidas ficou evidente em suas falas. Algumas idosas sequer receberam visita de familiares durante a hospitalização e outras se recusaram a retornar para a família, com a qual mantém uma relação conflituosa.

Vale lembrar que as idosas do presente estudo possuíam família que, mesmo ausente, foi localizada pelo serviço social. No entanto, é importante considerar que muitas idosas vivem sozinhas por não terem constituído família, por perdas e separações ou mesmo por opção pessoal. Nesses casos, voltar para casa após uma hospitalização torna-se ainda mais difícil quando há dependência física. Souza et al. (2006) discutem que a valorização da rede de apoio social informal do idoso é fundamental para os que não possuem vínculos familiares, pois os amigos e a comunidade podem substituir o cuidado familiar, oferecer suporte e encaminhá-los a um serviço formal de saúde.

A falta de estrutura, de condições financeiras da família em manter a casa e os cuidados necessários e também as relações pouco afetuosas trazem insegurança e aflição para as idosas. Dália expressou com lágrimas nos olhos que confiava no filho para sair do hospital. No entanto, tentou justificar a falta

de afeto e empenho dos familiares na resolução de seu problema pelo próprio comportamento em relação aos filhos.

“Nunca fui, assim... muito próxima do meu filho. Eu criei, mas nunca teve aquele carinho, assim... Minha nora, essa não gosta de mim, mas eu revido as coisas que ela me fala... [lágrimas]. Meu filho vai arrumar um lugar pra mim, não posso ficar mais com minha nora” (Dália – 80 anos).

Nas entrelinhas as idosas revelaram sua decepção por não terem retorno, na forma de cuidado e afeto, do investimento que fizeram na educação dos filhos e netos que poderiam apoiá-las em seu sofrimento e não o fazem: “ela é minha neta, eu criei [...] paguei colégio em Botafogo e tudo” (Dalila – 82 anos); “meu neto é formado em administração e eu que paguei pra ele, mas não quer saber de mim” (Dina – 78 anos).

A violência de gênero também faz parte do cotidiano das mulheres idosas. Muitas delas convivem com companheiros agressivos durante longo tempo e na velhice essas situações tendem a se agravar. Para Delfina a violência do ex-marido, associada à negligência dos filhos resultou em diversas internações hospitalares, fraturas, além do sofrimento emocional, extremamente visível durante a entrevista. Para ela, a violência de gênero e a intergeracional a levaram a mais uma internação e culminou em sua morte.

A violência vivenciada na comunidade e nos transportes públicos foi referenciada como falta de respeito, humilhação e desprezo por sua condição de pessoa idosa. Nesse contexto, usufruir dos direitos garantidos por lei é um desafio e um risco cotidiano, principalmente nos ônibus. Um exemplo disso é a postura agressiva de um motorista que vociferando palavras grosseiras e humilhantes para as pessoas idosas no interior do ônibus assume uma condução inadequada provocando quedas, às vezes com conseqüências muito graves.

“Não foi bem um acidente (...) quando entro, pego a carteirinha, aí eles xingam e dizem ‘essas pragas não morrem’”(Dulce – 74 anos).

Percepções semelhantes foram identificadas por Machado et al. (2001) em que os idosos denunciam que quando embarcam, os motoristas ficam acelerando o veículo, provocando quedas e ainda que são alvo de deboche por

usarem o serviço gratuitamente, garantido pelo Estatuto do Idoso. As queixas também incluem os usuários dos ônibus que, por preconceito, se recusam a sentar ao lado de uma pessoa idosa no interior do transporte público (Souza et al., 2006).

Em seu depoimento, Dulce revela o constrangimento por não reagir ao abuso, demonstrando claramente uma imagem negativa de si mesma nessa situação. Essa atitude também pode ser interpretada como uma tentativa de se proteger contra a ameaça de uma agressão ainda mais grave, com violência física.

“[...] se você responde pode até apanhar, se não responde é covarde. Eu não respondo, prefiro ser covarde” (Dulce – 74 anos).

A violência da criminalidade do local onde vivem representa uma ameaça à vida, à integridade física da idosa e da família e também foi associada aos problemas de saúde que as levaram à internação hospitalar. Dina faz uma descrição permeada de medo e insegurança, onde relata a influência dos narcotraficantes na rotina de sua comunidade. Para ela, o controle exercido pelos criminosos representou a interrupção de seu tratamento médico, o agravamento de seus problemas crônicos de saúde e a queda que aconteceu em meio a um confronto de policiais e traficantes.

Esse controle e intimidação, por parte de narcotraficantes, em comunidades de baixa renda foram destacados por idosos, em pesquisas anteriores, como um fator impeditivo para a busca de atenção à saúde e garantia dos direitos (Souza et al., 2006).

Na visão das idosas entrevistadas, a mulher mais velha é vista e interpretada de forma negativa, tratada com preconceito na sociedade.

“Não devia existir velhice. É verdade, se a gente se arruma, se cuida é metida a garotinha, se não se arruma é velha porca, nojenta. Eu me cuido, me gosto. [...] Mas hoje em dia acabou o carinho, acabou o amor, a solidariedade das pessoas” (Dulce – 74 anos).

Essa visão negativa da velhice foi observada por Bassit (2002, p.185) nas histórias de vida de idosas que descreviam o envelhecimento como “tempo

de solidão, abandono e desvalorização, por parte da sociedade, dos amigos e da família”.

Uma idosa entrevistada se referiu ao envelhecimento como “fim da vida”, e revelou seu desprendimento dos pertences e bens que acumulou ao longo do tempo, numa atitude de aceitação da velhice como renúncia da vida: “eu tinha um apartamento, mas no fim da vida eu não preciso de nada” (Dalila – 82 anos).

Se referindo à sua trajetória de vida, condições de saúde, moradia e às relações conflituosas com a família uma idosa comparou sua história com a trama de uma novela: “... minha vida é uma novela. Está pior que uma novela, porque a novela tem um final bonito, mas a minha vida... está demorando demais” (Dina – 78 anos).

Essa visão negativa de algumas idosas é uma forma de significar a velhice que está permeada pelo contexto social onde vivem e pelas experiências de doença e de violência. Houve também quem interpretasse essa fase da vida como um momento de ganhos, de trabalho, de valorização da experiência adquirida ao longo da vida e da liberdade para realizar atividades antes impossíveis.

“Tenho 77 anos... é velha não é? Mas me sinto com 15, uma garota. Eu trabalho, faço pintura, costuro, faço doces maravilhosos” (Dora – 77 anos).

### **Atendimento de saúde aos agravos provocados pela violência**

As idosas entrevistadas foram atendidas na emergência dos hospitais municipais estudados. Algumas foram submetidas ou aguardavam pela cirurgia para correção da fratura; outras receberam tratamento medicamentoso, imobilização do membro fraturado e estavam em observação na própria emergência. Também estavam internadas nas enfermarias dos hospitais para estabilização clínica cardiovascular e outras realizavam consultas de acompanhamento após a alta.

Nas entrevistas, as mulheres não conseguiram diferenciar quais os profissionais de saúde que participaram do seu atendimento, citando apenas médicos e enfermeiros. Uma delas mencionou que realizava tratamento com “duas médicas fisioterapeutas”, se referindo às fonoaudiólogas que a acompanhavam. Na observação de campo, durante as entrevistas, foi possível identificar o atendimento médico, os cuidados de enfermagem, serviço social e fonoaudiologia. Um psicólogo de uma das emergências informou que não tinha conhecimento de casos de violência contra pessoas idosas no setor e que não atendia essa clientela. Esse fato vai de encontro às premissas das políticas de saúde do idoso e de atenção às vítimas de violência que recomendam o atendimento multidisciplinar para esses casos.

Durante a permanência da pesquisadora nos hospitais, identificou-se a pouca comunicação dos profissionais com as idosas, que não informavam sobre suas condições de saúde, os procedimentos que seriam realizados e o motivo pelo qual teriam que ficar mais tempo no hospital. Mesmo para os profissionais, a questão da violência era interdita no contato com as idosas. Essa forma de lidar com as pacientes e abordar a situação de violência gerava uma relação distante e pouco humanizada com essas usuárias, contrariando o que é preconizado para o atendimento às vítimas de violência.

A comunicação e integração dos profissionais na abordagem às idosas em situação de violência também se mostraram escassas. As discussões de caso, observadas durante as visitas aos hospitais, bem como os encaminhamentos posteriores ao caso, eram realizados somente pelas assistentes sociais, sem a participação de outros profissionais da equipe de saúde.

Alguns trabalhos têm demonstrado que muitos casos de violência chegam aos serviços de saúde não são identificados e não recebem abordagem adequada. Talvez isso ocorra pela sobrecarga de trabalho, pela pouca sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para essa identificação no ambiente hospitalar, sobretudo no atendimento de emergência, onde a prioridade é a manutenção da vida (Cavalcanti, Souza, 2010; Kennedy, 2004).

O tempo de permanência das idosas nos hospitais variou de dois a 15 dias na emergência e de dois a quatro meses nas enfermarias. Esse tempo prolongado de hospitalização das idosas evidencia um problema típico dos hospitais do município, que na linguagem dos profissionais dessas instituições representa a “internação social”, que ocorre, na maioria das vezes, não pelo agravo à saúde, mas pela falta de alternativas de moradia, como discutido por Romero et al. (2010).

Mesmo em alta, as idosas não tinham para onde retornar, pois as famílias se negavam a recebê-las ou não possuíam estrutura adequada para cuidar delas.

A conduta dos profissionais de saúde, dos hospitais estudados, diante de um caso suspeito ou confirmado de violência é o encaminhamento ao serviço social do hospital. Diante dessas situações as assistentes sociais fazem visitas domiciliares, chamam a família, tentam mediar e negociar com ela o retorno e os cuidados da paciente. Em muitos casos é necessário acionar a família no Ministério Público para que se responsabilize pela idosa. Essa ação, na experiência dos profissionais é morosa, requer acompanhamento e certa pressão com ligações periódicas para verificação do andamento do processo e, muitas vezes, as resoluções não chegam a tempo e os idosos acabam morrendo sem usufruir da decisão da justiça (Cavalcanti, Souza, 2010).

Por todas essas questões percebe-se uma resistência por parte de alguns profissionais de saúde em realizar a internação do paciente idoso. Além do abandono no hospital, são comuns doenças crônicas, comorbidades, uso de vários medicamentos, desorientação, susceptibilidade a doenças infecciosas, perda da autonomia e independência. Apesar da prioridade no atendimento, garantida pelo Estatuto do Idoso, na prática a situação é inversa. As pessoas idosas não têm prioridade, seguem o fluxo comum a todos os pacientes atendidos na emergência e, muitas vezes, não recebem atenção integral e multiprofissional (Cavalcanti, Souza, 2010).

Nos casos, em que não foi possível negociar o retorno da idosa para a família, a alternativa foi encaminhá-la para instituição de longa permanência para idosos/ILPI. Conseguir a inclusão de um idoso nessas instituições é tarefa

difícil, pois são raras as vagas e existem poucas unidades públicas no município do Rio de Janeiro. A rede de ILPI na cidade é composta por dois serviços próprios, um sob gestão e sete conveniados, com capacidade para 700 vagas, número muito aquém da demanda (Pollo, Assis, 2008).

Por vezes, o setor de emergência dos hospitais estudados se encontrava congestionado de macas e pacientes de diversas faixas etárias que chegavam através do SAMU, aguardavam por atendimento ou estavam em observação após a consulta inicial. Todas as idosas entrevistadas estavam em camas na ala feminina do setor de emergência ou internadas na enfermaria, vestidas e cobertas com roupas e lençóis dos hospitais. Apesar de mantê-las protegidas e sem exposição do corpo, uma idosa reclamou por estar sem suas roupas e temia ter que retornar à sua casa enrolada no lençol. Mesmo usando as vestes do hospital se sentia despedida: “Eu estou sem roupa, eles pegaram minhas roupas. Quando for embora, vou enrolada no cobertor, se precisar” (Dora – 77 anos).

Na sala da emergência de um dos hospitais uma idosa se encontrava em meio a outras seis mulheres de várias idades. Ela expressou o receio de que estivesse em meio a pessoas com doenças contagiosas e, por esse motivo, recusava alguns alimentos que eram oferecidos a ela pelos funcionários do hospital.

O trabalho intersetorial nos casos de violência contra as idosas se mostrou frágil e pouco articulado. Os profissionais desconheciam os órgãos de proteção no município e não há um fluxo determinado para esses casos. A falta de articulação formal entre serviços de saúde e órgãos de defesa dos direitos, a lentidão no atendimento e resolução dos casos são dificuldades enfrentadas pelos idosos no município do Rio de Janeiro (Cavalcanti, Souza, 2010; Souza et al., 2008).

Mesmo com todos os problemas identificados, o atendimento recebido nos hospitais foi avaliado positivamente pelas idosas entrevistadas. Algumas apontaram com surpresa e admiração seu contentamento com a atenção oferecida, por se tratar de um serviço público de saúde. Ao contrário do que foi observado e registrado no diário de campo, nos depoimentos elas descrevem

uma escuta atenta, valorização das queixas e sintomas apresentados e atenção humanizada.

“Você imagina, um hospital do governo e me tratar assim? [...] Teve um dia que eu tava com tanta dor aí ela ligou pra mim. Pensa bem, uma médica ligar pra mim pra saber como eu estou, assim é muito bom” (Dulce – 74 anos).

Outras também expressaram de maneira mais tímida, sua satisfação com o atendimento: “Fui atendida por um pessoal, médico. Fui bem tratada, eles são bons, foram muito bons comigo” (Dora – 77 anos).

Uma idosa que aguardava uma vaga em ILPI verbalizou sua gratidão às assistentes sociais pelo empenho em resolver sua situação de não poder contar com a família para a concretização de sua alta hospitalar. Mesmo revelando seu descontentamento de ir para um abrigo estava satisfeita pela “paciência” do hospital em esperar que ela encontrasse um local seguro para viver.

Embora percebam o atendimento recebido de forma majoritariamente positiva, alguns pontos negativos foram destacados. Um deles foi o ambiente hospitalar ruidoso que parecia deixá-las agitadas e nervosas: “[...] aqui é muito barulhento, muita gente falando ao mesmo tempo, nem dá pra descansar direito” (Dália – 80 anos).

Outra questão que trouxe incômodo para algumas idosas foi o longo tempo de hospitalização e o fato de estar na enfermaria sem conseguir ter alta. Mesmo consciente de sua dependência física e de não ter um cuidador para ajudá-la em casa, a idosa se queixava: “se eu ficar aqui mais um dia vou morrer do coração, eu não vou aguentar” (Diana – 76 anos). Nesse caso, é importante destacar que a idosa transfere para o hospital a responsabilidade por sua longa internação sem levar em conta suas próprias condições desfavoráveis para o retorno à residência.

Em condições semelhantes, outra idosa que se encontrava no setor de emergência de um dos hospitais revelou arrependimento por ter procurado atendimento, pois não tinha quem se responsabilizasse por sua saída. Segundo ela, já tinha sido medicada, se sentia bem, mas nenhum membro da família aceitou assinar sua documentação da alta.

Esses casos revelam uma atitude protetiva dos profissionais dessas unidades na tentativa de suprir o problema social dessas idosas, retardando sua volta para casa quando as condições são desfavoráveis para seu retorno, gerando as internações sociais, já mencionadas anteriormente.

### **Compreendendo a trajetória das idosas em busca de atendimento de saúde**

A trajetória das vítimas de violência em busca de atendimento de saúde é muito peculiar, pois muitas vezes não se tem um sinal ou um sintoma que apareça de forma insidiosa e leve a pessoa a procurar um diagnóstico como ocorre com algumas doenças crônicas muito freqüentes entre as pessoas idosas. Alguns trabalhos descrevem essa trajetória com o início dos sinais e sintomas, a percepção dos pacientes sobre eles, passando pela busca do diagnóstico, o acesso aos serviços de saúde, as representações da doença e o tratamento propriamente dito (Skaba, 2003). No caso da violência, esses sintomas podem ser percebidos pelo aumento da pressão arterial, pelas dores difusas, pela ansiedade, pelas diversas visitas aos serviços de saúde e, freqüentemente, esses indícios das agressões não são percebidos como tal pelos próprios pacientes e também pelos profissionais.

A violência contra a pessoa idosa pode surgir como uma ameaça ou agressão verbal, como a violência psicológica, que não gera lesão física e, posteriormente, evoluir para a violência física causando hematomas, fraturas e até a morte. A procura pelos serviços de saúde tende a acontecer nos casos mais graves de lesão física ou psicológica que afetam a saúde do idoso.

Para as idosas pesquisadas, a violência caracterizou-se como um evento agudo exigindo atendimento médico imediato. De certa forma, a gravidade da lesão propiciou um acesso rápido ao atendimento de emergência sem a necessidade de peregrinar pelos serviços de atenção básica em busca de cuidados. Em alguns casos, a lesão que as levou ao hospital foi fundamental para tornar pública a violência vivenciada por elas em seu contexto familiar. Isso aconteceu principalmente com as idosas que sofreram

fraturas, ou seja, a natureza da lesão determinou a necessidade e a busca por ajuda médica. Entre aquelas que procuraram atendimento por problemas cardíacos, problemas nos membros inferiores e hipertensão arterial o tempo de permanência no hospital foi maior, pois essas mulheres não contavam com a família para seu retorno à casa. Provavelmente essas idosas tiveram suas condições de saúde e doenças crônicas agravadas pelos maus tratos e negligência de cuidados.

O acesso ao hospital ocorreu principalmente através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU ou dos bombeiros que foram acionados pela própria idosa, por um vizinho ou pela família. Uma idosa chegou ao hospital levada por um familiar e, nesse caso, o acesso foi menos traumático para ela. Saber que contam com alguém de seu convívio para ampará-las em momentos difíceis traz conforto e tranquilidade na procura pelo atendimento. Dulce mencionou que foi levada ao hospital pelo genro, se referindo a ele com confiança e gratidão.

Esse acesso nem sempre foi fácil e com a urgência necessária. Muitas idosas não têm quem as acompanhe e precisaram protagonizar essa busca com os poucos recursos que dispõem. Uma delas revelou sua busca solitária pelo atendimento de saúde: “É, eu chamei o bombeiro [...] eu vim sozinha na ambulância” (Dora – 77 anos).

Algumas delas chegaram a ficar até 10 dias após a fratura sem receber qualquer atendimento médico por não ter quem as encaminhasse ao hospital. Esse fato aconteceu com Delfina que, após o episódio que provocou sua lesão física, só foi levada ao hospital graças a uma vizinha que notou sua ausência e em uma visita constatou a fratura e acionou o SAMU que a encaminhou ao atendimento de emergência do hospital.

Em casos como o de Delfina, a rede de apoio social exerce papel essencial na proteção da pessoa idosa, compartilhando informações, ajudando em momentos de crise e na produção de cuidados à saúde (Souza et al, 2006). Contraditoriamente, nessa fase da vida em que a rede social se faz mais necessária é que ela se torna mais restrita e há o risco do isolamento que se agrava com a perda da autonomia e independência.

As dificuldades no acesso aos serviços de saúde ocorrem quando há problemas de locomoção e em situações de pobreza, que restringem a procura pelo atendimento e favorecem uma pior avaliação da atenção recebida. O local onde moram também influencia nessa utilização de serviços de saúde: onde há menor disponibilidade de serviços os moradores tendem a procurar menos pelos cuidados médicos (Souza et al., 2006).

Esse retardo na busca do atendimento para a fratura de fêmur também aconteceu com Dalila que, apesar de morar com a família, passa grande parte do tempo sozinha e somente na semana seguinte à queda conseguiu acionar o SAMU e ter acesso ao atendimento no hospital.

Para muitos idosos, a família é o principal constituinte de sua rede de suporte social e tem a responsabilidade, quase que exclusiva, de ampará-los já que as redes formais e o apoio governamental se mostram bastante incipientes.

Por sua vez, a família com baixa capacidade de mobilizar recursos internos e externos e que convivem com importantes conflitos entre seus membros tendem a sofrer repercussões extremamente negativas na saúde dos indivíduos, tornando-os “passivos” diante das condutas necessárias (Gerhardt, 2006).

O acesso das idosas ao serviço de saúde se mostrou marcado por contrastes e muito influenciado pela situação de violência sofrida freqüentemente expressa pela negligência familiar. O fato de algumas idosas não conseguirem protagonizar essa busca pelo atendimento evidencia a vulnerabilidade dessas mulheres aos maus tratos de seus cuidadores. Além disso, é necessário considerar a falta de equipamentos sociais para dar suporte à família, muitas vezes despreparada e desinformada sobre os cuidados indispensáveis aos idosos, principalmente àqueles que apresentam alguma dependência.

Essa falta de apoio por parte da família acontece também quando a idosa precisa realizar acompanhamento para seus problemas de saúde. Dalila revelou que quando precisa ir a um serviço de saúde raramente conta com a neta para acompanhá-la até a unidade.

Essa mulher verbalizou também que sua neta freqüentemente a impedia de comparecer à unidade básica de saúde para acompanhamento médico, o que a levou a denunciá-la à delegacia do idoso, mas como ocorre em grande parte dos casos, a idosa não tinha para onde ir e continuou a viver na mesma residência com esse membro da família. A lentidão nos processos, a pouca resolução e, muitas vezes, a atuação desastrada dos órgãos de proteção na atenção aos idosos vítimas de violência foram evidenciadas por Cavalcanti e Souza (2010). No caso de Dalila, sua funcionalidade preservada ainda lhe permitia chegar até o posto de saúde sozinha, mas a fratura que comprometeu sua mobilidade e a tornou dependente dificultou seriamente esse acesso aos cuidados médicos.

Diante dessas observações, é possível compreender que as decisões e escolhas das condutas a serem adotadas ante a um problema de saúde não são empreendidas de forma individual e isolada, mas são influenciadas pelo contexto em que ocorre a doença, a assistência disponível e também pelas relações intersubjetivas de quem está enfermo (Freidson, 2009; Alves, Souza, 1999).

A violência da criminalidade da comunidade onde vivem também foi citada como um obstáculo para o acesso ao serviço de saúde. Dina descreveu suas dificuldades em realizar tratamento na unidade de saúde próxima de sua casa, pois os tiroteios freqüentes e a presença dos narcotraficantes que influenciam no ir e vir das pessoas na comunidade fez com que ela faltasse a diversas consultas e abandonasse o acompanhamento médico.

Pessoas idosas, vítimas de violência, que vivem em comunidades de baixa renda, como Dina, tendem a adiar sua procura por atendimento de saúde por medo de relatar as agressões e que sua família sofra retaliações dos criminosos da área (Souza et al., 2006).

Em situação um pouco mais confortável que as demais idosas entrevistadas, Dulce mencionou que faz tratamento fisioterápico no hospital e que sua filha sempre a acompanha levando e buscando ao final das consultas.

A família da pessoa idosa tem papel fundamental no processo de busca por cuidados de saúde. Visentin e Lenardt (2010) estudando o itinerário

terapêutico de idosos com câncer evidenciaram a função vital que a família tem na avaliação das alternativas de cuidado, na tomada de decisões e na mobilização de recursos pessoais e materiais. Os idosos abordados por essas autoras enfatizaram que sua família é a sustentação e direção para minimizar o sofrimento.

No entanto, o apoio natural que se espera da família nem sempre acontece. Alguns estudos apontam que a violência contra a pessoa idosa frequentemente ocorre nas relações familiares. No entanto, é preciso relativizar esse papel de agressora atribuída à família, pois é ela que, na maior parte dos casos assume os cuidados, provê recursos materiais e emocionais para a manutenção das necessidades das pessoas idosas (Minayo, Souza, 2005; Souza et al., 2006; Souza et al., 2008). Isso ocorre mesmo sem que a família conte com apoio profissional e governamental para assumir essa responsabilidade atribuída a ela até mesmo pelas leis e políticas públicas brasileiras. Considerar esse contexto é fundamental para compreender a trajetória empreendida pelas idosas para o tratamento de sua aflição.

Assim como as trajetórias percorridas por mulheres com doenças crônicas, as que estão em situação de violência não seguem uma racionalidade científica na busca por tratamento. Essa busca é fortemente influenciada por aspectos subjetivos e pelos apoios recebidos nesse processo (Skaba, 2003). Nesse sentido, destacamos a importância das redes sociais para as pessoas idosas que em momentos difíceis podem atuar, como ocorreu no caso da idosa que foi encaminhada ao hospital através da vizinha. Essas redes sociais podem também minimizar o isolamento social, muito comum entre os idosos mais velhos e também considerado um fator de risco para a ocorrência de violência.

Acreditando que poderia amenizar o sofrimento e levada pela impossibilidade de buscar ajuda no momento da queda, uma idosa informou o uso de condutas alternativas para obter alívio da sua dor. Sozinha em casa, após a queda, passou uma “pomada” fitoterápica que segundo ela era a base de uma erva “arnica”. Sem sucesso no alívio da dor que provinha da fratura de fêmur colocou gelo no local até ser levada à emergência do hospital, depois de uma semana após a lesão.

Alguns estudos demonstram que a utilização da automedicação antes da busca pelo sistema formal de saúde é comum e, muitas vezes, ocorre para suprir as dificuldades no acesso aos serviços oficiais (Scholze, Silva, 2005). No presente estudo, grande parte das idosas recorreu ao sistema formal de saúde, talvez pela gravidade e emergência que a lesão sofrida requeria.

Parte das idosas entrevistadas se encontrava internada na enfermaria e parte nas emergências dos hospitais estudados para tratamento das lesões geradas pela violência sofrida. Algumas aguardavam procedimentos cirúrgicos, mas outras estavam no hospital há tempo, seus problemas de saúde já tinham sido controlados, estavam de alta clínica, mas sem condições de retornar à família que não as queria receber. Esse era o caso de Dalva internada há pelo menos 4 meses e de Dina, há 2 meses no hospital esperando que as assistentes sociais lhe conseguissem uma vaga em ILPI.

Alguns casos foram encaminhados ao Ministério Público para as providências legais de garantia de seus direitos, outros esperavam a reestruturação da família para seu retorno ao lar. Uma idosa voltou para seu domicílio e continuou sua peregrinação em busca de cuidados, foi internada pela última vez em outro hospital, onde veio a falecer.

### **Considerações finais**

Esse estudo apresenta algumas limitações metodológicas como a escolha dos hospitais para acesso às idosas, o que talvez tenha impossibilitado a captação de situações de violência menos graves, que levam as mulheres a uma procura mais longa, com uso de diversos serviços e recursos alternativos concomitantemente. Esses casos poderiam ser encontrados em uma unidade básica de saúde, por exemplo. Além disso, a internação hospitalar gera desorientação, o que dificultou algumas entrevistas. No entanto, esse trabalho revelou algumas especificidades da trajetória de idosas em situação de violência, consideradas mais graves, pois as fizeram recorrer ao hospital, um nível mais complexo do atendimento de saúde.

A gravidade da lesão foi determinante, mas o apoio familiar também influenciou sobremaneira na trajetória empreendida pelas idosas rumo ao atendimento de saúde.

As idosas do presente estudo apresentaram um percurso peculiar com seu início desencadeado pelo evento agudo de violência que suscitou atendimento de emergência. Algumas delas procuraram o serviço por problemas de saúde, mas ao longo da internação a violência emergiu, sobretudo a intrafamiliar.

O acesso ao serviço de saúde foi “facilitado” pela emergência de atendimento que a lesão requeria e foi garantido pelo SAMU. Mas algumas dificuldades retardaram esse acesso como a falta de mobilização pessoal e familiar para acionar o socorro.

As idosas buscaram preferencialmente o serviço de emergência dos hospitais estudados, o que pode ser justificado pela gravidade da lesão com urgência de atendimento, mas algumas faziam acompanhamento de problemas de saúde em outras unidades básicas da rede SUS.

Uma vez atendidas clinicamente, as idosas enfrentavam o drama de não conseguir retornar à casa após a alta. Isto se deu pela impossibilidade ou pela recusa da família em recebê-las e prover seus cuidados.

As idosas, em geral, se mostraram satisfeitas com o atendimento recebido e as reclamações se devem à preocupação de estarem internadas junto com pessoas com doenças infecto-contagiosas, o ambiente ruidoso e a demora para a alta clínica e retorno à casa.

Algumas barreiras podem ser destacadas nessa busca por cuidados ao agravo provocado pela violência: dificuldade em reconhecer a violência da família; a negligência e o abandono; o atraso na procura pelo atendimento; a hospitalização prolongada; a abordagem incipiente do problema pelos profissionais de saúde, comprometendo a integralidade da atenção.

Conhecer essas trajetórias, os recursos usados, as dificuldades enfrentadas pelas idosas e suas famílias e as necessidades de adequação na abordagem são questões que devem ser valorizadas na busca de uma atenção

qualificada, mais humanizada e integral para as necessidades das mulheres idosas em situação de violência.

Destacamos a necessidade de um olhar mais atento dos profissionais para identificar as situações de violência silenciadas e camufladas pelas condições de saúde das pacientes que, por essas mesmas agressões, se vêem mais passivas que protagonistas de sua trajetória pela busca de cuidados à sua saúde.

## Referências

ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Públ**, v.9, n. 3, p. 263-71, 1993.

ALVES, P. C. B.; RABELO, M. C. M. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 171-85.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 125-38.

BASSIT, A. Z. Histórias de mulheres: reflexões sobre a maturidade e a velhice. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. (Orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 175-90.

BRASIL. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/frRJ.def>>. Acesso em 13 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAVALCANTI, M.L.T.; SOUZA, E.R. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.6, p.2699-708, 2010.

FREIDSON, E. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. Tradução de Pereira Neto, A.F.; Morais, K.B. São Paulo: editora UNESP, 2009.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.11, p.2449-63, 2006.

KENNEDY, R.D. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. **Fam Med**, v.37, n.7, p.481-5, 2005.

MACHADO, L.; GOMES, R.; XAVIER, R. Meninos do passado: eles não sabiam o que os esperava. **Insight Inteligência**, v.15, p.37-52, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. de. Instituições de longa permanência para idosos – ILPIs: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Geriat. Geront.**, v.11, n.1, 2008.

ROMERO, D. E. et al. Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p.249-78.

SCHOLZE, A. S.; SILVA, Y. F. Riscos potenciais à saúde em itinerários de cura e cuidado. **Cogitare Enferm.**, v.10, n.2, p.9-16, 2005.

SKABA, M. M. V. F. **Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama**: uma perspectiva sócio-antropológica. Tese (doutorado). Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

SOUZA, E. R. et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, n.4, p.1153-64, 2008.

SOUZA, E.R. et al. **O estado de direito e a violência contra o idoso**. Relatório de pesquisa – Centro Latino americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, fundação Oswaldo Cruz, rio de Janeiro. 2006.

VISENTIN, A.; LENARDT, M. H. o itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta Paul Enferm.**, v.23, n.4, p.486-92, 2010.

### **CAPÍTULO 3**

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A metodologia usada na realização da pesquisa permitiu ter uma visão diferenciada da violência que acomete mulheres idosas no município do Rio de Janeiro. Os diferentes olhares, a partir de diversos ângulos foram a base de análises e reflexões que se complementaram ao longo do trabalho para tentar responder às questões que motivaram esse estudo.

O estudo epidemiológico propiciou o conhecimento do cenário mais amplo dos acidentes e violências que causam agravos à saúde das pessoas idosas no município do Rio de Janeiro e, sobretudo, no que se refere às mulheres. Na análise histórica da mortalidade de idosos por essas causas, as taxas masculinas permanecem mais elevadas que as femininas, no entanto, destaca-se a tendência de aumento das taxas de mortes de idosas, ao contrario do que ocorre entre os idosos, com taxas tendendo à redução. Tanto na mortalidade como nas internações hospitalares as idosas estão proporcionalmente mais presentes que os homens, demonstrando uma clara vulnerabilidade delas a esses eventos. Os eventos principais que levaram as pessoas idosas aos hospitais gerando atendimentos de emergência e internações e também mais impactaram na mortalidade foram as quedas.

Embora seja um evento considerado acidental, as quedas podem ser o resultado de uma violência, o que foi observado no aprofundamento qualitativo realizado no presente trabalho. É importante chamar a atenção para a necessidade de estudos que avaliem melhor essas quedas suas causas, as situações de violência a que estão submetidas as idosas que sofreram esses

eventos e também suas conseqüências, que as tornam dependentes e vulneráveis à ocorrência de outros eventos violentos.

Na estratificação por idade, é possível observar que as violências são mais graves e, por isso, fatais para as idosas com 60 a 69 anos. Na faixa de 70 a 79 anos encontram-se as mulheres que mais se internaram por uma causa violenta. Os acidentes, por sua vez, atingem mais as mulheres mais velhas, principalmente a partir dos 80 anos.

Outro ponto que merece destaque, do ponto de vista epidemiológico, é o tempo elevado de permanência das pessoas idosas nos hospitais por causas acidentais ou violentas, que no município chegou a 17 dias em média, no ano de 2007. Média superior a observada no país e em outros estudos já citados. Deve-se levar em consideração que as pessoas idosas frequentemente têm condições de saúde mais desfavoráveis, apresentam co-morbidades, uso de vários medicamentos e maior susceptibilidade a doenças infecciosas que interferem no tempo de permanência hospitalar. No entanto, o estudo qualitativo, realizado nos hospitais municipais do Rio de Janeiro, mostrou que esse longo período de internação das mulheres idosas também é influenciado por questões sociais, por não ter condições de retornar à residência, não ter quem se responsabilize por seus cuidados e pelas situações de violência vivenciadas por elas na família.

Essa visão geral do impacto da violência sobre esse grupo etário dá subsídios para a reflexão que se segue sobre como se dá o atendimento de saúde prestado às pessoas idosas, vítimas de violência, no município do Rio de Janeiro. Ao aproximar um pouco mais o nosso foco em direção à rede de

serviços e ao atendimento oferecido foi possível identificar raros avanços e muito mais desafios e necessidades de adequação para atender às especificidades requeridas nessa atenção.

Os serviços que prestam atendimento em nível pré-hospitalar se mostraram um pouco mais preparados para atuar na prevenção da violência e promoção da saúde com ações que favorecem o autocuidado, estimulam a participação das pessoas idosas em grupos e identificam a rede de apoio social desses usuários. As unidades de saúde, nos três níveis da atenção reconhecem o papel fundamental da família na abordagem à saúde da pessoa idosa, principalmente, àquela em situação de violência e, nesse sentido se esforçam para promover o envolvimento serviço/idosos/família.

Muitos desafios estão colocados para gestores e profissionais de saúde na implementação de uma atenção integral à saúde da mulher idosa em situação de violência na capital do Rio de Janeiro. Entre eles destacam-se: a) a pouca sensibilização para abordar o tema da violência com os pacientes idosos; b) a falta de capacitação dos profissionais de saúde para a identificação dos casos e a abordagem adequada; c) a incipiente comunicação interna entre os setores da unidade de saúde, a frágil articulação e interlocução com outros serviços de saúde e com os diversos setores da rede de proteção à pessoa idosa no município; d) a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra os idosos que só é realizada dependendo da sensibilização e do conhecimento de cada profissional; e e) o despreparo das instituições que não apóiam suas equipes para lidar com esses casos, muitos profissionais seguem sua intuição e o bom senso.

Nos serviços hospitalares que participaram do estudo qualitativo, a abordagem aos casos de violência foi realizada predominantemente pelos assistentes sociais, que foram acionados por outros profissionais da equipe de saúde para resolver um problema que para a unidade representava a questão mais urgente: a ocupação do leito por tempo prolongado. A notificação dos casos de violência contra as idosas, prevista no Estatuto do Idoso, só acontecia quando a equipe não conseguia êxito no contato com a família dessas mulheres.

Além disso, é preciso destacar algumas dificuldades enfrentadas pelos idosos e prestadores de cuidados para fazer frente a essa demanda como a resistência à internação de pessoas idosas devido às condições e vulnerabilidades próprias da idade, mas também ao abandono hospitalar que muitos vivenciam em relação à família. Esse abandono gera internações ainda mais prolongadas que o necessário. Este é um problema muito freqüente na rede hospitalar do município do Rio de Janeiro e foi mencionado por gestores centrais, diretores de hospitais e profissionais que atuam nessas unidades de saúde e confirmado no estudo qualitativo.

Outro ponto frágil nessa atenção é a inexistência de um fluxo determinado para os idosos vitimizados pela violência, que na rede de saúde seguem o mesmo caminho dos pacientes em geral. Soma-se a isso a falta de prioridade no atendimento e a violação do direito ao acompanhante no hospital, garantias previstas no Estatuto e não concretizadas no cotidiano dos serviços.

De modo geral, os serviços que prestam atendimento pré-hospitalar e hospitalar se apresentaram mais próximos do que recomendam as leis e

políticas públicas que normatizam o atendimento ao idoso e à vítima de violência. Os serviços de reabilitação estão aquém do desejável em relação a essas normas.

Aproximando-se o foco em direção ao atendimento hospitalar às mulheres idosas em situação de violência, esses problemas mencionados anteriormente se amplificam interferindo na qualidade da atenção prestada.

A trajetória das mulheres em busca de atendimento para o agravo provocado pela violência teve início com a lesão aguda que exigia cuidados imediatos. A gravidade dessa lesão foi determinante, mas o apoio familiar e, principalmente a sua falta, influenciou sobremaneira a trajetória empreendida pelas idosas na procura de atenção médica.

O acesso ao serviço de emergência foi, de certa forma, “facilitado” pela urgência de atendimento clínico e garantido pelo SAMU.

Alguns obstáculos enfrentados nessa busca por cuidados ao agravo provocado pela violência se referem à dificuldade de reconhecer a violência por parte da família; à experiência da negligência e do abandono; ao atraso na procura pelo atendimento que ocorreu pela dependência física e pela negligência dos familiares; à hospitalização prolongada; à abordagem incipiente do problema pelos profissionais de saúde, comprometendo a integralidade da atenção.

Ao final desse trabalho, retornamos à questão inicial: como se dá o atendimento de saúde prestado às mulheres idosas em situação de violência no município do Rio de Janeiro? As respostas encontradas indicam que esse

atendimento está longe de ser o ideal, ou pelo menos próximo do que preconizam as políticas públicas do setor saúde. O envelhecimento populacional é fato concreto na sociedade contemporânea, no entanto, os serviços de saúde ainda precisam se adequar para responder às demandas desse grupo de pessoas.

Os ajustes necessários para fazer frente às situações de violência que atinge as mulheres idosas que procuram os serviços de saúde passam pela ampliação das ações de prevenção da violência e promoção da saúde, ainda escassas na rede de serviços do município, nos três níveis da atenção; pelo apoio à família, incentivando a ampliação da rede social, criando estratégias para o resgate dos vínculos e laços afetivos; pela capacitação dos profissionais para uma abordagem interdisciplinar, integral e articulada intersetorialmente; pela atenção humanizada e pela visibilidade das especificidades da violência que acomete a mulher idosa e sua saúde física e emocional.

Advogando em conjunto com o Estatuto do Idoso, com as políticas nacionais direcionadas a esse grupo, com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e também com alguns gestores mais sensíveis a essa problemática advertimos que essas adequações são necessárias e urgentes para se evitar a (re)vitimização da pessoa idosa nos serviços de saúde, caracterizando a violência institucional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### (Primeiro Capítulo)

1. Ribeiro AP e Schultz GE. Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas. Ver. Bras. Geriatria e Gerontologia. 2007; 10(2): 191-201.
2. Ribeiro AP et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc. saúde coletiva*, 2008; 13(4): 1265-73.
3. Souza ER et al. O estado de direito e a violência contra o idoso. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro. Claves/Fiocruz, 2006.
4. Souza ER et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008a; 13(4): 1153-63.
5. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11, supl: 1259-67.
6. Souza ER et al. Análise diagnóstica de sistemas locais de saúde para atender aos agravos provocados por acidentes e violências contra idosos. Relatório de pesquisa. Claves/Fiocruz, 2008.
7. Figueiredo AEB et al. Centro de atenção e prevenção à violência contra a pessoa idosa e observatório nacional do idoso: uma questão de direitos. In: Berzins MV e Malagutti W (Orgs.). Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice. São Paulo, Editora Martinari, 2010. p.107-21.
8. Ribeiro AP, Barter EACP. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(6): 2729-40.
9. Santos ER et al. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(6): 2741-52.
10. Datasus. Ministério da Saúde. Estimativas populacionais, 2010. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popRJ.def>, acesso em 13 set 2010.
11. Minayo MCS; Deslandes SF. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.
12. Minayo MCS, Souza ER 2003. As múltiplas mensagens da Violência contra idosos. In: Minayo, MCS & Souza, ER (orgs) *Violência sob o olhar*

- da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003: 223-42.
13. Minayo MCS, Souza ER, Paula R. Revisão sistemática da produção acadêmica brasileira sobre causas externas e violências contra a pessoa idosa. *Ciênc. saúde coletiva*, 2010; 15(6): 2709-18.
  14. Silva SB e Oliveira AC. Violência doméstica como tema de estudo em programas de pós-graduação no estado do Rio de Janeiro. *Rev. katálysis [online]*. 2008; 11(2): 187-94.
  15. Deslandes SF et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11, supl: 1279-90.
  16. Brasil. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994: Política Nacional do Idoso. Disponível em <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm> Acesso em 26 mar 2008.
  17. Brasil. Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003: Estatuto do idoso. Diário Oficial da União, edição 192, 3 de outubro de 2003.
  18. Brasil. Ministério da Saúde. *Política de Saúde do Idoso*: Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
  19. Brasil. Portaria nº 2528, de 18 de outubro de 2006: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 2006; 19 out.
  20. Brasil. Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União, Brasília, nº 96. Seção 1E, 18 maio, 2001.
  21. Pasinato MT, Camarano AA, Machado L. Idosos vítimas de maus tratos domésticos: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia. Texto para discussão n. 1200. Rio de Janeiro, 2006.
  22. Ribeiro AP. Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas. Dissertação de mestrado. Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2006.
  23. Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança. *Estudos Avançados* 2003; 17 (49): 35-63.
  24. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*, 1997; 31(2): 184-200.
  25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2000. Disponível em

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>. [16/ago/2006].

26. Neri AL. Feminização da velhice. In: Neri AL (Org.). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, 2007.
27. Lebrão ML. Projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. In: O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde 2003: 33-44.
28. Camarano AA. O envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002. (Texto de discussão, 858).
29. Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano, AA (orgs) Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p.25-73.
30. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. Rev. Saúde Pública 2005; 39(3): 383-91.
31. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, 2003; 19(3): 733-81.
32. Omram AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001; 79(2): 161-70.
33. Schramm JMA et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2004; 9(4): 897-908.
34. Datasus. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>, acesso em 24 fev 2010.
35. Datasus. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>, acesso em 24 fev 2010.
36. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Gawryszewski VP, Costa VC et al. Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes: Brasil, 2006. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(5): 1657-68.
37. Minayo, MCS. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Brasília, 2004: 48.

38. Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME e Costa MFL. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, dic. 2004; 13(4): 239-46.
39. Gomes R et al. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
40. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Franca-Junior I et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2002; 36(4): 470-7.
41. Casique LC, Furegato ARF. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2006; 14(6): 950-56.
42. Minayo MCS, Souza ER. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
43. Faleiros VP. Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores. Brasília: Universa, 2007.
44. Ferreira AL, Gonçalves HS, Marques MJV e Moraes SRS. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciênc Saúde Coletiva*, 1999; 4(1): 123-30.
45. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?" *Ciênc Saúde Coletiva*, 1999; 4(1): 81-94.
46. Grossi PK e Souza MR. Os idosos e a violência invisibilizada na família. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 2003; 2: 1-14.
47. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad. Saúde Pública*, 1994; 10 suppl.1: 146-55.
48. Araújo MF; Martins EJS; Santos AL. Violência de gênero e a violência contra a mulher. In: Araújo MF; Mattioli OC (Orgs). *Gênero e Violência*. São Paulo: Arte e Ciência, 2004, p.17-36.
49. Programa para tecnologia apropriada em saúde (PATH). *OutLook*, 2002; [S1], 20 (1). Disponível em [www.benfam.org.br](http://www.benfam.org.br) Acesso em 14 out 2007.
50. Gomes R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: Minayo, MCS & Souza, ER (orgs) *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003. p 199-222.

51. Fundação Perseu Abramo. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: 2001 [sn, 200-?]. Disponível em <http://www.fpabramo.org.br>. Acesso em 11 dez. 2008.
52. Schraiber LB; Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. Rev. bras. epidemiol. 2010, 13(2): 237-45.
53. Schraiber LB et al. Prevalence of intimate partner violence against women in regions of Brazil. Rev. Saúde Pública. 2007, 41(5): 797-807.a
54. Schraiber LB et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2007, 41(3): 359-67.
55. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Rev. Saúde Pública, 2006; 40(4): 604-10.
56. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev. Saúde Pública, 2005; 39(5): 695-701.
57. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2003; 19, suppl.2: 263-72.
58. Organização Mundial de Saúde & Rede Internacional de Prevenção de Abuso em Pessoas Idosas. Missing Voices: views of older persons on elder abuse. Genebra: WHO/INPEA, 2002.
59. Faleiros VP. Violência contra a pessoa idosa no Brasil. In: Lima FR, Santos C (Orgs.). Violência doméstica: vulnerabilidade e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar. Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2ª edição, 2010.
60. Debert GG, Oliveira AM. A polícia e as formas de feminização da violência contra o idoso. São Paulo em Perspectiva, 2007; 21(2): 15-28.
61. Motta AB. Violência contra as mulheres idosas: questão feminista ou questão de gênero? [preparado para apresentação no congresso de 2009 da LASA (Associação de Estudos Latino-Americanos), no Rio de Janeiro, Brasil, de 11 a 14 de junho de 2009]. Jun 2009 [acessado 2011 Fev 15]; [cerca de 19 p.]. Disponível em: [http://http://lasa.international.pitt.edu/members/congress\\_papers/lasa2009/files/BrittoMottaAlda.pdf](http://http://lasa.international.pitt.edu/members/congress_papers/lasa2009/files/BrittoMottaAlda.pdf)
62. Menezes MR. Violência contra idosos: é preciso se importar! In: Berzins MV e Malagutti W (Orgs.). Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice. São Paulo, Editora Martinari, 2010. p.27-58.
63. Zink T et al. Older Women's descriptions and understandings of their abusers. Violence Against Women, 2006; 12: 851-65.

- 64.Souza AS et al. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. *Textos Envelhecimento*, 2004; 7(2): 63-85.
- 65.Melo VL, Cunha JOC, Falbo Neto GH. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, 2006; 6 (supl1): 43-8.
- 66.Costa AM, Bahia L, Conte D. A Saúde da Mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres no Brasil. *Revista Saúde em Debate* 2007; 31(75/76/77):13-24.
- 67.Freitas GL, Vasconcelos CTN, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev. Eletr. Enf. [internet]*, 2009; 11(2): 424-8.
- 68.Brasil. Portaria GM, 2.048, 5 nov. 2002. In: Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília Ministério da Saúde, 2004.
- 69.Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 3ª edição ampliada, 2006.
- 70.Camarano AA, Pasinato MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Camarano, AA (orgs) Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Ipea, Rio de Janeiro, 2004; p.253-92.
- 71.Brasil. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 72.Rio de Janeiro (Governo). *Constituição Estadual do Rio de Janeiro*. Disponível em: <http://www.alerj.rj.gov.br/processo6.htm>. Acesso em: 04 ago 2006.
- 73.Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública México*, 1990; 32(2): 113-7.
- 74.Acurcio FA, Cherchiglia ML, Santos MA. Avaliação de qualidade dos serviços de saúde. *Saúde em Debate*, 1991; 33: 50-3.
- 75.Gattinara BC, Ibacache J, Puente C, Giaconi J, Caprara A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos em los distritos Norte e Ichilo, Bolivia. *Cad Saúde Pública*, 1995; 11:425-38.
- 76.Akerman M, Nadanovsky P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o que? *Cad Saúde pública*, 1992; 8:361-5.

77. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(suppl. 2): S190-S198.
78. Alves PCB, Rabelo MCM. Significação e Metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA (Orgs.). *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 171-185.
79. Freidson E. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. Tradução de Pereira Neto AF, Morais KB. São Paulo: editora UNESP, 2009.
80. Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad. Saúde Públ*, 1993; 9(3): 263-71.
81. Skaba MMVF. *Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva sócio-antropológica*. Tese doutorado. Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2003.
82. Alves PCB, Souza IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA (Orgs.). *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p. 125-138.
83. Minayo MCS et al. *Avaliação e monitoramento dos Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa e do Observatório Nacional do Idoso, 2008 – 2009*. Relatório de pesquisa. Claves/Fiocruz, 2010.
84. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, 1994; 10(suppl.1): 7-18.
85. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22(8): 1587-96.
86. Minayo MCS, Assis SG; Souza ER. *Avaliação por triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005.
87. Deslandes SF, Assis SG. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. *Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças*; p. 195-223.
88. Cavalcanti MLT, Souza ER. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, 2010; 15(6): 2699-708.