

Rompendo o silêncio: violências e acidentes com idosos no município de Guaíba/RS

PATRÍCIA KRIEGER GROSSI*

ANA LUIZA TROIS DE MIRANDA**

MARISA CAMARGO***

HELOÍSA SALVADORA DE CARVALHO BARRILI****

JAINA RAQUELI PEDERSEN*****

Resumo: A Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul iniciou, em 2001, um sistema de vigilância epidemiológica de caráter sentinela para acidentes e violências em serviços com urgência e emergência. Para realizar as notificações criou o Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violências (Rinav), que, em 2006, foi estendido a todos os serviços de saúde e faixas etárias do ciclo de vida e teve como municípios

* Assistente social, especialista em Gerontologia Social, doutora em Serviço Social, PhD pela Universidade de Toronto, Canadá, professora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência (Nepevi) da PUCRS. *E-mail:* pkgrossi@puhrs.br

** Assistente social, especialista em Supervisão em Serviço Social, especialista em Desenvolvimento Sustentável e Questões de Gênero, e Swedish International Development Authority (Sida), terapeuta de família, pesquisadora associada do Nepevi/FSS/PUCRS. *E-mail:* analuiza-miranda@saude.rs.gov.br

*** Assistente social, especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Básica em Nível de Residência, mestranda em Serviço Social na PUCRS, bolsista integral do CNPq, integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST/FSS/PUCRS). *E-mail:* marisacamargo05@gmail.com

**** Assistente social, especialista em Gerontologia Social pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), mestre em Serviço Social, pesquisadora associada do Nepevi/FSS/PUCRS. *E-mail:* hbarrili@terra.com.br

***** Assistente social, mestranda em Serviço Social na PUCRS, bolsista integral do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), integrante do Nepevi/FSS/PUCRS. *E-mail:* jainaraqueli@bol.com.br

pioneiros Caxias do Sul e Guaíba. Esta pesquisa se propôs a identificar o processo de notificação dos acidentes e violências com idosos e a articulação da rede de serviços em Guaíba (RS) para qualificar o atendimento e prevenir as diferentes expressões de acidentes e violência. Para a coleta de dados, utilizaram-se entrevista, questionário e grupo focal, que permitiram identificar as características sociodemográficas dos sujeitos, os fatores de risco e proteção para acidentes e violências e os entraves/possibilidades da rede de apoio.

Palavras-chave: acidentes, violências, idosos, cuidadores.

Breaking the silence: violence and accidents with elderly people at Guaíba City/RS

Abstract: The State Health Secretariat of Rio Grande do Sul started in 2001 a system of epidemiological surveillance of sentinel character for accidents and violence in services with urgency and emergency. In order to notify, it was created the Individual Report of Accidents and Violence Notification (RINAV), which in 2006 was extended to all health services and ages of the cycle of life and had as the pioneer municipalities Caxias do Sul and Guaíba. This research had the purpose of identifying the procedure for notification of accidents and violence in the elderly and the relationship with the services network of in Guaíba in order to qualify for the elderly care and prevention of the different expressions of accidents and violence. For the data collection, it was used techniques and tools of research such as interviews, questionnaires and focus group, identifying the socio-demographic characteristics of the subjects, protection and risk factors for accidents and violence and obstacles/possibilities of the network of support.

Keywords: accidents, violence, elderly, caregiver.

Introdução

A violência contra idosos é responsável por elevados índices de morbimortalidade e manifesta-se de diversas maneiras: violência física, psicológica, autonegligência,

negligência, abandono e exploração financeira. Os acidentes domésticos também merecem atenção especial, pois podem ocultar situações de violência. O enfrentamento da violência e a prevenção dos acidentes tornam-se cada vez mais foco de desenvolvimento de políticas públicas, ocupando grande espaço no debate público e demandando a efetivação de ações calcadas na perspectiva da integralidade e intersetorialidade.

No Estado do Rio Grande do Sul, a Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS) através do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), no intuito de criar um sistema de vigilância epidemiológica de caráter sentinela, iniciou, em 2001, a implantação da rede informatizada de Observatórios de Acidentes e Violências em hospitais com serviços de urgência e emergência. Para realizar a notificação dos acidentes e violências nos hospitais- sentinela, desenvolveu o Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violência (Rinav) em meio eletrônico. A partir de 2006, a notificação adquiriu caráter compulsório e universal, devendo ser utilizada por todos os serviços públicos de saúde sempre que há suspeita ou confirmação de violência em qualquer faixa etária do ciclo de vida. A notificação dos acidentes permaneceu em caráter sentinela, constituindo assim o sistema de vigilância das causas externas.

O processo de notificação dos acidentes e violências com idosos e a articulação da rede de serviços nos municípios pioneiros na universalização das notificações – Caxias do Sul e Guaíba – através do Rinav, constituiu tema da pesquisa interinstitucional envolvendo a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) através do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência (Nepevi) da Faculdade de Serviço Social e a Secretaria Estadual da Saúde (SES-RS), através do

Núcleo de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (NVDANTs) do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). A pesquisa teve como motivação a busca de subsídios para a qualificação do atendimento ao idoso no enfrentamento das diferentes expressões da violência e prevenção de acidentes.

Para a coleta de dados foram realizadas visitas domiciliares, visitas institucionais e entrevistas com idosos que sofreram acidentes e/ou violências notificadas através do Rinav no período de janeiro a setembro de 2007, bem como entrevistas com familiares/cuidadores de idosos residentes no município de Guaíba, escolhidos aleatoriamente em plantões de pronto-atendimento nos serviços de saúde locais e/ou indicados pelos profissionais de saúde. Os dados foram complementados com o produto dos grupos focais realizados com idosos que freqüentavam atividades de convivência e educação em saúde, com as informações obtidas nos questionários encaminhados a todos os serviços da rede pública de saúde, e com a análise documental dos registros de atendimentos realizados pelo Conselho Municipal do Idoso no mesmo período.

A identificação dos sujeitos e dos entraves e possibilidades da sua rede de apoio sinalizou quatro problemas principais:

- 1) fragilização da rede de apoio ao idoso em Guaíba e a necessidade de promoção do seu fortalecimento com ações intersetoriais;
- 2) insuficiência de registros, informações e recursos humanos no Conselho Municipal do Idoso;
- 3) baixa oferta de atividades voltadas à população idosa;
e
- 4) inexistência de ações de formação, qualificação e/ou apoio à atividade de cuidador.

Reflexões acerca da repercussão dos acidentes e violências no âmbito da saúde

A redução da morbimortalidade por acidentes e violências no Brasil mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas permeou o objetivo do Ministério da Saúde ao aprovar, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria GM/MS de 16 de maio de 2001). Na formulação da proposta, a violência foi definida como “fenômeno representado por ações humanas realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e espirituais a outrem” (Brasil, 2001, p. 7). Os acidentes foram caracterizados como eventos não intencionais e evitáveis, causadores de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico e em outros ambientes sociais, como os de trabalho, trânsito, escola, esportes e lazer (Brasil, 2001), ratificando-se que constituem em maior ou menor escala, eventos previsíveis e, portanto, passíveis de serem prevenidos.

Em consonância com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a SES-RS, objetivando identificar os eventos e fatores de risco à saúde associados às causas externas de morbimortalidade da população, iniciou em novembro de 2001, no âmbito da Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Paist), o processo de implantação da rede informatizada de Observatórios de Acidentes e Violência em hospitais com serviço de urgência e emergência. Para o registro dos casos suspeitos ou confirmados de violências e de acidentes atendidos, nesse sistema de vigilância epidemiológica de caráter sentinela,¹

¹ Sistema de vigilância epidemiológica de caráter sentinela é aquele em que são escolhidas uma ou mais instituições para determinar a tendência, focalizar atividades e indicar intervenções preventivas. Não tem representatividade populacional; seu mérito está em chamar a atenção e identificar situações de risco.

desenvolveu o Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violência (Rinav).

Em dezembro de 2006, a notificação das situações de violência adquiriu caráter compulsório² e universal, estendendo-se a todos os serviços da rede pública de saúde e faixas etárias do ciclo de vida. A orientação em relação ao processo de notificação pressupõe que as situações de suspeita ou confirmação de violência sejam notificadas, independentemente do nível de atenção em saúde em que foram atendidas, enquanto a notificação dos acidentes fica reservada exclusivamente aos hospitais-sentinela para acidentes, constituindo-se, assim, num sistema de vigilância das causas externas.

Visando sensibilizar e orientar os profissionais de saúde envolvidos no processo de notificação dos acidentes e violências, o CEVS/SES-RS, responsável pela vigilância, publicou, em 2007, material informativo com conteúdo esclarecedor de questões pertinentes aos aspectos técnico-operativos do instrumento de notificação. A violência foi identificada como um problema de saúde pública, a compulsoriedade da notificação dos acidentes e violências foi justificada com embasamento legal (Portarias do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual, Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso, Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, dentre outros) e foram definidas as responsabilidades das diferentes instâncias no âmbito da saúde. Exemplares do material foram distribuídos às 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do Estado, às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e a seus respectivos serviços. Para fins de consolidar

² A concepção de notificação compulsória utilizada neste contexto diz respeito ao registro sistemático e organizado, em formulário próprio, dos casos onde se conhece o sujeito vitimizado, suspeita-se ou tem-se a confirmação de situação de violência, independentemente de ser conhecido ou não o responsável pelo ato violento (Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde, 2006).

e homogeneizar a caracterização das formas de violência, a SES-RS (2007) adotou as seguintes definições:

Suspeita de maus tratos: Situações onde os sinais indicam alerta, mas não há posicionamento conclusivo ou declaração expressa da violência.

Violência sexual: Ato ou jogo sexual praticado por pessoa em condição de superioridade (física, psicológica ou financeira) em relação hetero ou homossexual, com ou sem contato físico, com o objetivo de obter excitação sexual, práticas eróticas, pornográficas e/ou ganhos financeiros.

Violência psicológica: Submeter a situação de humilhação, constrangimento, ameaça, intimidação, abuso do poder e autoridade ou omissões que afetem a auto-estima.

Violência física: Violência praticada com uso da força física ou de objetos com o objetivo de produzir dor, causando ou não marcas e lesões.

Negligência/abandono: Falta de cuidados, pela família ou cuidadores, em relação às necessidades específicas da pessoa que exige cuidado, com especial atenção para as condições de higiene, nutrição, saúde e educação.

Auto-agressão: Lesão ou envenenamento auto-infligido intencionalmente, incluindo suicídio ou tentativa. (Rio Grande do Sul, 2007a; 2007b)

A violência e os acidentes constituem um conjunto de agravos à saúde, que podem ou não levar à morte, cujos eventos constam na Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde, 1995). A ocorrência desses eventos independe dos diversos níveis de desenvolvimento econômico e social e atingem as diversas classes sociais, destacando-se entre as principais causas de óbito no Brasil nos últimos anos.

A Organização Mundial da Saúde (2002) define violência como o uso deliberado da força física ou do poder contra si mesmo, outra pessoa, um grupo ou comunidade, seja em grau de ameaça ou de forma efetiva. É o fenômeno representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros (Brasil, 2001) e se expressa através da agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional.

Enquanto expressão da questão social, a violência contribui para o agravamento das desigualdades sociais, obstaculiza o desenvolvimento individual e social e impacta as condições de vida e saúde dos sujeitos. Especificamente contra a pessoa idosa, a violência pode ser definida como qualquer ação que cause dano físico, emocional ou financeiro ao idoso, cometido por uma pessoa que está numa posição de confiança, seja um amigo, familiar, vizinho ou cuidador (Ontario Association of Professional Social Workers, 1992).

Num artigo de revisão literária realizado por Fernandes e Assis (1999) sobre a violência doméstica contra a pessoa idosa, esse fenômeno é conceituado com a terminologia maus-tratos e também ocorre numa relação de confiança, produzindo danos físicos, psicológicos, sociais e/ou financeiros, constituindo-se em uma perda ou violação de direitos humanos e diminuição da qualidade de vida da pessoa idosa. Não existe uma definição consensual acerca do problema da violência doméstica contra a pessoa idosa. A maioria das definições também não incorpora a dimensão de gênero, apesar de a literatura apontar o gênero como um fator de risco para o abuso (Salber; Talliaferro, 1995, Whal, 1998).

Os acidentes são eventos não intencionais, geralmente evitáveis, causadores de lesões físicas e/ou emocionais

que ocorrem em âmbito doméstico, profissional, de trânsito, escolar, de lazer e demais ambientes. Suas causas podem ser caracterizadas como acidentais, ou serem assim percebidas aquelas situações ocorridas, por exemplo, devido ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e entorses; como intencionais são identificados as agressões, as lesões autoprovocadas, os maus tratos e/ou a violência sexual. Para fins de notificação dos acidentes no Rinav, a SES-RS adotou a seguinte tipologia:

Acidente de trabalho típico: Todo o acidente que ocorre no exercício da atividade laboral, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como informal de trabalho, podendo causar morte ou lesão e prejudicar o desenvolvimento físico e emocional.

Acidente de trânsito/transporte: Todo acidente com veículo envolvendo transporte de pessoas ou mercadorias não sendo situação de trabalho.

Acidente na escola: Todo acidente com brinquedos, em atividades lúdicas, esportivas, artísticas ou de interação com outras crianças em escolas e afins.

Acidente de trabalho de trajeto: Todo o acidente que ocorre no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como informal de trabalho.

Acidente doméstico: Todo acidente que ocorre no desempenho de atividade sem fins lucrativos no espaço da residência e adjacências do acidentado ou de outrem.

Esporte e lazer: Acidente ocorrido na prática do esporte e lazer.

Outros: Todas as situações não enquadradas nas categorias anteriores. (Rio Grande do Sul, 2007a; 2007b)

No contexto nacional, a proteção aos direitos da população idosa não diz respeito somente ao âmbito da saúde.

Está respaldada na Constituição Federal (Brasil, 1988), cujo artigo 230 estabelece que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. O texto legislativo específico, o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 –, reforça que

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

Para subsidiar ações de prevenção e potencializar intervenções, faz-se necessário conhecer os ambientes e fatores de risco para acidentes e violências com idosos, aprofundando e ampliando o conhecimento do que vem acontecendo no seu cotidiano. O desvendamento dos elementos implicados no processo de identificação dos acidentes e violências com idosos e a articulação da sua rede de apoio parte da necessidade de prevenir a ocorrência desses eventos, visando melhorar a qualidade de vida, efetivar direitos, qualificar continuamente as políticas públicas com vista à integralidade e à promoção da intersetorialidade no atendimento ao idoso.

Considerações sobre o processo de coleta e análise das situações de acidentes e violências com idosos em Guaíba

A pesquisa, a partir da abordagem qualitativa e quantitativa, enfatizou as vivências dos sujeitos em relação ao impacto dos acidentes e violências na sua vida e no processo de saúde/doença. As situações de acidentes e violências com idosos disponíveis foram identificadas no banco de dados constituído pelas notificações realizadas com o Relatório Individual de Notificação de Acidentes e Violência (Rinav/SES-RS). A abordagem quantitativa compreendeu dados do período correspondente ao início das notificações no Estado do Rio Grande do Sul, de novembro de 2001 até o início da universalização da notificação, em dezembro de 2007. A abordagem qualitativa contemplou as informações referentes às notificações realizadas nos três primeiros trimestres de notificação universal em 2007.

A coleta dos dados³ qualitativos envolveu técnicas e instrumentos como:

- entrevistas estruturadas com aplicação de formulário contendo questões abertas e fechadas para idosos cujo atendimento em saúde gerou notificação no Rinav;
- entrevistas estruturadas com aplicação de formulário contendo questões abertas e fechadas para familiares/cuidadores de idosos indicados pelos profissionais de saúde e/ou abordados em serviços de pronto-atendimento;
- grupo focal com idosos participantes de atividades de educação em saúde e convivência; e,

³ Agradecimentos às bolsistas de iniciação científica da Faculdade de Serviço Social da PUCRS: Débora do Nascimento de Paula e Nadine Gavski da Silva que participaram da coleta de dados da pesquisa no município de Guaíba (RS).

- questionários com questões abertas e fechadas aos serviços de saúde do município.

A fim de complementar os dados qualitativos e identificar os encaminhamentos posteriores à notificação, realizou-se análise documental dos atendimentos feitos pelo Conselho Municipal do Idoso. A identificação da rede de apoio social ao idoso (familiar e institucional) também foi um instrumento essencial para se efetuar um diagnóstico situacional das ações que vinham sendo promovidas em matéria de atenção à população idosa no município de Guaíba, bem como às pessoas e/ou familiares que se caracterizaram como cuidadores. As técnicas e instrumentos escolhidos permitiram a identificação dos tipos de acidentes e violências na população idosa, suas características sociodemográficas, a existência de rede de apoio social a idosos vitimizados, a articulação da rede de serviços nos encaminhamentos dessas situações, bem como sensibilizar os profissionais de saúde para a notificação dos acidentes e violências.

Em encontro de sensibilização para colaboradores da pesquisa – que contou com a participação de representantes dos serviços de saúde e Conselhos Municipais do Idoso dos municípios de Caxias do Sul e Guaíba –, mapeou-se a rede de atenção ao idoso utilizada pelos profissionais do âmbito da saúde, identificando os seus entraves e possibilidades no atendimento das demandas dos idosos. A produção coletiva destacou a intersectorialidade nas políticas de saúde e assistência, entre outras, como essencial para a efetivação dos direitos fundamentais preconizados pelo Estatuto do Idoso: educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito, convivência familiar e comunitária, vida, saúde e alimentação (Brasil, 2003).

Dos 321 registros realizados pelo Conselho Municipal do Idoso de Guaíba no período de janeiro a setembro de 2007, 146 foram atendimentos de idosos, 65% do sexo feminino e 78% na faixa etária de 60 a 74 anos, sendo 23% com idade entre 60 e 64, 35% de 65 a 69 e 20% de 70 a 74 anos. Setenta por cento dos idosos residiam com um ou mais filhos e 17% sem a presença de filhos.⁴ Apenas 5% dos idosos informaram exercer alguma atividade de trabalho remunerado. O município de Guaíba está dividido em 40 bairros, dos quais 73% tiveram idosos atendidos pelo Conselho do Idoso nesse período. Cinco por cento dos registros não estavam completos e um se referia a sujeito residente noutro município.

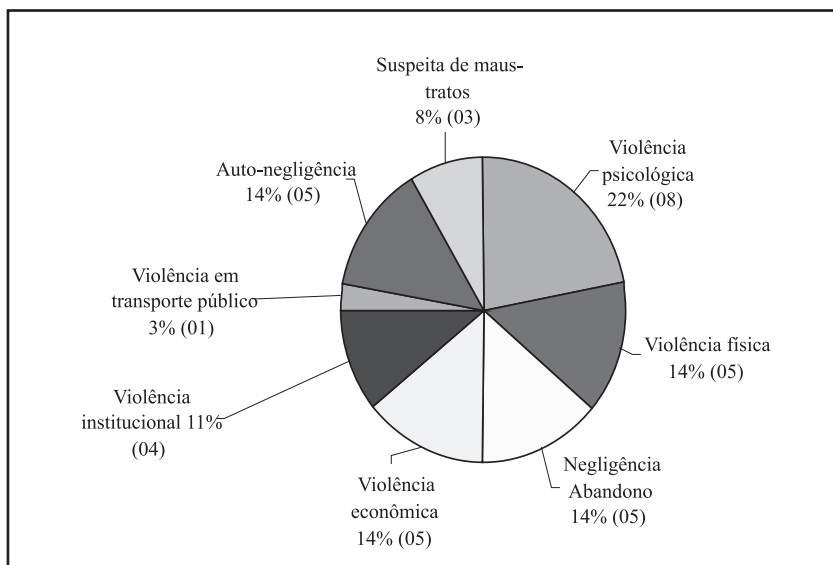
A análise das 32 atas sistematizadas pelo Conselho Municipal do Idoso de Guaíba revelou 20 diferentes expressões de violência e violação de direitos de idosos, sendo 11 delas praticadas por familiares,⁵ 5 casos de autonegligência⁶ e 6 situações de agressões por profissionais de instituições e/ou serviços públicos e privados,⁷ havendo casos em que foram identificados mais de um autor. Conforme Whal (1998), existem diferentes expressões de violência contra os idosos, que vão desde a violência física, sexual, emocional até negligência, podendo ocorrer na própria residência da pessoa idosa ou em instituições (asilos, clínicas geriátricas, hospitais, etc.). As 20 situações de violência identificadas através dos registros do Conselho Municipal do Idoso de Guaíba estão distribuídas conforme o Gráfico 1.

⁴ Cinquenta e um por cento residiam na companhia de um a três filhos, 15% com 4 a 6 e 4% com 7 ou mais. Houve ausência de dados em 19 casos, ou seja, 13% dos 146.

⁵ Filhos, filhas, enteados, sobrinhos, netos, ex-companheiros e ex-companheiras.

⁶ Recusa à realização de higiene pessoal (tomar banho, etc.), recusa a alimentar-se adequadamente, entre outros.

⁷ Agentes de instituições e/ou serviços públicos e privados, tais como: casa-lar, serviço de saúde, transporte coletivo e outros.



Fonte: Sistematização das autoras, 2007.

Gráfico 1 – Tipo de violência sofrida pelos idosos

Houve dois casos envolvendo uso abusivo de álcool por parte do idoso e um caso de doença mental. Verificou-se falta de dados nos registros existentes, necessidade de revisão do instrumento de registro dos atendimentos e falta de apoio administrativo.

Estatísticas norte-americanas revelam que metade das vítimas de violência doméstica acima de 65 anos são mulheres agredidas pelos próprios companheiros ou maridos (Salber; Talliaferro, 1995). Um estudo realizado em nível nacional no Canadá indicou que de 3 a 6% das pessoas acima de 65 anos experienciaram alguma forma de violência no âmbito doméstico (Podniecks, 1990).

Nas notificações de acidentes e violências com idosos residentes em Guaíba realizadas pelo Rinav no período de janeiro a setembro de 2007, foram identificadas 11 situações

de violência, sendo 82% contra o sexo feminino e 64% na faixa etária compreendida entre os 60 e 79 anos. Conforme Minayo e Souza (2005, p.156), “[...] no Brasil e em muitas outras sociedades, elas são mais vitimizadas que seus companheiros” e a “violência institucional [...] se realiza como uma forma de agressão política, cometida pelo Estado, [...] nas instituições públicas de prestação de serviços e nas públicas e privadas de longa permanência dos idosos” (p. 154). O domicílio foi identificado como o local de maior frequência das ocorrências com 82%, seguido pelas instituições de saúde com 18%. Como autores da violência, os familiares foram identificados em 46% das situações, 36% foram praticados por pessoas desconhecidas e 18% por agentes institucionais.

Em 45% dos 11 atendimentos com idosos que sofreram violência, o desfecho foi a internação hospitalar, 45% foram encaminhados para outros serviços de saúde e 10% obtiveram alta. A totalidade de casos notificados no Rinav foi encaminhada ao Conselho Municipal do Idoso, para que, na condição de órgão de representação dos idosos e de interlocução junto à comunidade e ao poder público, promovesse as ações necessárias para a proteção e a efetivação dos seus direitos.

Na ocasião das visitas domiciliares, constatou-se que 6 dos 11 idosos, isto é, 54% vieram a óbito por causas diversas ainda em 2007, um não foi localizado e os demais foram entrevistados para obtenção dos dados. Os quatro sujeitos entrevistados eram do sexo feminino, duas analfabetas e duas com escolarização entre três a cinco anos de estudo, variação de faixa etária de 61 a 90 anos e situação conjugal solteira, casada, separada e viúva, respectivamente. Três referiram ser aposentadas e seus benefícios variavam de um a dois salários mínimos e uma não aposentada tinha renda mensal inferior a um salário mínimo. Todas eram provenientes de

outros municípios do Rio Grande do Sul e se declararam de raça/etnia branca.

Os dados encontrados estão de acordo com os estudos de Minayo e Souza a respeito da heterogeneidade na distribuição de renda e faixa etária dos idosos tanto no contexto nacional quanto internacional, que acabam caracterizando riscos diferenciados de vitimização pela violência. Segundo as autoras, no Brasil “[...] apenas 25% das pessoas acima de 60 anos ganham três salários mínimos ou mais” (Minayo; Souza, 2005, p.143), condição que evidencia a necessidade de assistência por parte das políticas públicas. A consonância também está nas considerações feitas a respeito do grupo etário dos 60 a 69 anos, o qual, de um modo geral, ganha destaque entre os que procuram ajuda, visto que,

nele há menos pessoas física e mentalmente dependentes, maior número delas ainda possui capacidade e atividade laboral e, geralmente, é desse segmento até 75 anos que surgem as denúncias de maus-tratos e violências, uma vez que dispõe de mais autonomia e condições de buscar ajuda (Minayo; Souza, 2005, p.143).

No item saúde e capacidade para o desenvolvimento das atividades diárias, dos quatro sujeitos entrevistados, 75% (3) informaram algum tipo de doença para a qual faziam uso contínuo de pelo menos um tipo de medicação, administrada por cuidadores em 75% dos casos e pelo próprio idoso em 25%. Duas das idosas faziam uso de aparelho corretivo visual e uma necessitava de cadeira de rodas para se locomover, tendo 75% referido enfrentar no cotidiano algum tipo de dificuldade para andar, ouvir, memorizar, fazer higiene pessoal e/ou administrar a medicação. Todos os domicílios contavam com saneamento básico e 50% foram informados como moradias irregulares.

Na avaliação de fatores de risco para acidentes domésticos com idosos, observou-se que 50% dos domicílios apresentavam desníveis em seus interiores e 25%, apenas nos seus arredores. Todos possuíam pisos inadequados para a deambulação do idoso, constatando-se em 75% o uso de tapetes que indicavam risco de quedas e em 25% havia escadas desprovidas de corrimão ou barra de apoio. Cinquenta por cento dos idosos referiram dispor de serviços de iluminação de boa qualidade em todos os cômodos, 25% contavam com iluminação em todos os cômodos, porém a consideraram de má qualidade e os outros 25% referiram dispor de iluminação na maioria dos cômodos com qualidade considerada boa, sendo observada a existência de interruptor próximo ao local onde o idoso dormia em 50% dos domicílios. Nenhum idoso permanecia sem a presença de, pelo menos, um familiar ou cuidador durante o dia. Metade dos entrevistados referiu possuir algum animal de estimação, que era mantido fora de sua área de circulação.

Em Guaíba, os dois grupos focais realizados com idosos participantes de atividades de educação em saúde e de convivência propiciaram a discussão coletiva com base em três perguntas. A primeira delas objetivou identificar as situações de acidentes que ocorrem com a população idosa e as estratégias pensadas pelos sujeitos para evitá-las; a segunda, a concepção de violência contra o idoso; e a terceira, a quem ou a qual serviço o idoso em situação de violência deveria se dirigir para buscar ajuda. Participaram dessa técnica de coleta de dados 19 idosos entre 63 a 80 anos. A análise de conteúdo das falas dos sujeitos permitiu identificar aspectos significativos no que tange aos tipos de acidentes e violências vivenciados pela população idosa, fatores de risco e proteção.

Em relação ao entendimento do que seriam situações de acidente, os idosos evidenciaram alguns exemplos de

quedas e traumas que ocorreram no cotidiano dos sujeitos, especialmente no âmbito doméstico e na via pública, tais como:

Acidentes geralmente com idosos é se quebrarem, caírem. (Sujeito 1)

É... na calçada ruim. (Sujeito 2)

O que mais acontece com idosos são fraturas. (Sujeito 3).

Uma idosa caracterizou algumas formas de acidentes domésticos evidenciando suas estratégias de prevenção e segue socializando a aplicação das informações recebidas de profissionais da saúde no seu cotidiano:

Dentro de casa ocorre muitos acidentes porque os idosos nem sempre estão bem preparados. Acender o fogão a gás, esquecer ligado. Um tapete. Escada dentro de casa. Então eu acho que uma coisa a ser providenciada seriam as casas dos idosos serem mais adequadas para a nossa faixa etária [...] Na minha casa eu já tirei tapetes, certo?

Esquecer onde largou seus pertences... Então o geriatra me ensinou que nós devemos ter lugar certo para cada coisa. Óculos, por exemplo, sempre, sempre no mesmo lugar para evitar acidentes.

E recorrer também muito à memória escrita. Ter uma cadernetinha e anotar tudo para evitar acidentes, para não esquecer de uma consulta médica, etc.

E na rua eu acho que tem que redobrar os cuidados que nós tínhamos quando éramos mais jovens. Temos que estar muito atentos ao trânsito [...]. (Sujeito 4)

As medidas de proteção adotadas pela idosa não são restritas ao âmbito doméstico, estendendo-se para o espaço público. Essas medidas estão dentro do eixo de promoção de saúde, visto que o conceito de saúde, numa visão mais plena,

incorpora questões pertinentes à qualidade de vida, qualidade ambiental, alimentação, trabalho, lazer, cultura, saneamento, entre outros. Assim, para melhor promover a saúde do idoso, é imperativa a ampliação da divulgação de conhecimentos úteis para a efetivação de sua autonomia, o que é determinante para assegurar uma melhor qualidade de vida.

Na descrição da violência com idosos foram caracterizados exemplos das mais variadas expressões, como a psicológica, a física e a econômica:

Eu acho que o idoso está muito à mercê de tudo quanto é coisa. Primeiro: qua-se nin-guém gos-ta de i-do-so! Às vezes, os próprios idosos chamam os outros de velhos. [...] Todo idoso praticamente vive sozinho. E com grande necessidade que nunca tiveram na vida, porque tudo pra idoso é difícil. Tudo é muito mais difícil. Ele é olhado com desrespeito porque tá velho. A única coisa que não é olhado no velho é a carteira, é o dinheiro, é a situação financeira. Se tiver alguém por perto que possa meter a mão, ele mete. Até a família. A família, às vezes, é o pior inimigo. (Sujeito 5)

A descrição ratifica que a violência contra o idoso faz parte da violência social, que segundo Minayo e Souza (2005, p.142) se expressa “[...] nas formas como a sociedade organiza suas relações de classe, de gênero, de etnias e de grupos etários e de como o poder é exercido nas esferas macro e micropolíticas e institucionais”. Também evidencia uma identidade estigmatizada do idoso e subalternizada que pode ser internalizada contribuindo para sua vitimização e reprodução.

Outra situação de violência verbalizada foi a institucional, evidenciada pelas longas filas de espera a que são submetidos para terem acesso a consultas médicas e a demora para a realização de exames e, em algumas situações, têm que acessar o sistema de saúde privado para poder ter acesso a seus direitos:

Ah... em primeiro lugar é a saúde agora que nós estamos mal. Aquelas filinhas... Vão para a fila às 4 horas da madrugada, 3 horas e meia para disputar uma fichinha. Chega na hora, não tem médico. Marcam um exame, leva dois meses para ser atendido [...](Sujeito 6)

[...] mas se fosse pagar sai na hora. [...] Tu vai esperar por isso, tu morre! (Sujeito 7)

Ressaltou-se ainda nos grupos focais a importância da educação e dos limites para as gerações mais novas, apontando para a necessidade de um trabalho intergeracional para lidar com a questão do respeito dos jovens em relação aos idosos:

[...] eu acho que nós somos os exemplos. Os meus filhos eu tenho certeza que não vão me pegar cartão [para receber o dinheiro da aposentadoria], que não vão me bater, que não vão me largar de lado. Agora... eles viram os exemplos, tanto de mim como do meu marido. A gente cuidava do pai, a gente cuidava da mãe. Então, são coisas assim que eu acho que a gente também tem que mostrar. Por que é muito fácil quando a gente envelhece, a gente achar que as pessoas têm que respeitar a gente. Mas aquilo ali é uma base. Eu acho que tudo vem lá do começo. (Sujeito 8)

A promoção das relações intergeracionais consiste em um dos desafios para as políticas voltadas para idosos.

Finalmente, em relação à utilização da rede de serviços, verificou-se que os grupos de educação em saúde e convivência constituem fontes de informação, troca de saberes e experiências que contribuem para o rompimento do isolamento social, promoção da autonomia dos sujeitos e fortalecimento de vínculos em contraste com os sentimentos de tristeza e solidão. Passeios, bailes e outras atividades organizadas nos grupos de convivência – comumente criticados pelo senso comum –, foram caracterizadas pelos idosos como

importantes, pois promovem a socialização e o acesso ao lazer e à cultura, fatores fundamentais para a saúde e para a qualidade de vida. Os grupos enumeraram a ausência da Delegacia do Idoso como aspecto a ser melhorado no município de Guaíba e o Conselho Municipal do Idoso foi identificado como o principal recurso que acessam em caso de violações de direitos.

As inquietações sobre o papel do cuidador no cotidiano, o processo de saúde/doença e a qualidade de vida do idoso fundamentaram a necessidade de investigação de como se efetiva a atividade do cuidado. Para tanto, foram realizadas sete entrevistas com familiares/cuidadores de idosos indicados pelos profissionais de saúde ou escolhidos aleatoriamente a partir de abordagem feitas em serviços de pronto-atendimento em saúde de Guaíba. Os sete entrevistados referiram raça/etnia branca, faixa etária de 41 a 68 anos, 57% era do sexo feminino, 43% casados, 29% separados e o mesmo indicador para os solteiros. Oitenta e seis por cento apresentava algum grau de parentesco com o idoso (filho, filha e/ou cônjuge), 29% não tiveram filhos, 43% tiveram dois e 29% de três ou quatro, 57% concluíram formação técnica em enfermagem, 86% foram alfabetizados dos quais 57% estudaram de 11 a 14 anos, 29% não possuíam nenhum tipo de renda, 14% recebiam de dois a três salários mínimos e outros 29% de um a dois salários mínimos. Dentre as implicações do desempenho da atividade no cotidiano do cuidador, constatou-se que 91% se dedicavam integralmente ao cuidado do idoso, 81% contavam com o apoio de outras pessoas, das quais 71% eram familiares e 14% funcionários. O tempo de desempenho da atividade de cuidador variou de um mês a 46 anos e 29% dos sujeitos tiveram que abandonar alguma atividade para se dedicar ao cuidado do idoso.

No que diz respeito à saúde do cuidador, 71% apresentavam algum tipo de doença, e a necessidade de

medicação de uso contínuo foi referida por 43% dos sujeitos e 57% eram fumantes. Quanto às condições do idoso cuidado, 86% enfrentavam algum tipo de dificuldade para andar, alimentar-se, enxergar, ouvir, memorizar, fazer a higiene pessoal e administrar a medicação, havendo casos em que foram constatadas dificuldades múltiplas. A totalidade de idosos apresentava algum tipo de doença, sendo a hipertensão arterial associada a outras doenças crônico-degenerativas a mais prevalente em 57% e o tratamento e/ou estabilização em todas as situações necessitavam de, pelo menos, um tipo de medicação de uso contínuo.

De acordo com Ramos (2004), sem o adequado conhecimento da população idosa e da rede de apoio utilizada, nenhuma rede de promoção, proteção e defesa de direitos tem possibilidade de manter-se com eficiência. Um dos aspectos relevantes a ser ressaltado neste estudo refere-se à valorização da pesquisa como instrumento de conhecimento e intervenção na realidade social, visto que a particularidade da pesquisa em Serviço Social reside na perspectiva de apreender o sujeito na sua integralidade e a partir do contexto em que se encontra inserido.

As informações coletadas servirão de subsídios para a qualificação das políticas públicas destinadas à população idosa no município de Guaíba, visando, para além da atenção a esses sujeitos, a abrangência de atividades voltadas ao fortalecimento dos sujeitos familiares/cuidadores de idosos, para a promoção de serviços voltados à atenção integral, intersetorial e à prevenção dos acidentes e violências na perspectiva de efetivação de direitos.

Considerações finais

Os resultados da pesquisa apontam que os desafios para a articulação de uma rede de prevenção e proteção nas situações de acidentes e violências no município de Guaíba são muitos, porém já existem iniciativas de movimentos sociais como os de idosos que, participando de grupos de convivência, se articulam também com os profissionais de saúde e com o Conselho Municipal do Idoso na busca da democratização da informação para a garantia de direitos. Esse tipo de rede possibilita o fortalecimento das relações entre os membros, o acesso às instituições e é importante para a promoção de saúde dos idosos que vivenciam situações de vulnerabilidade social e as múltiplas expressões de violência aqui identificadas.

Neste artigo, desvendamos os entraves e as possibilidades de uma rede de prevenção à violência e acidentes, que exige um movimento contínuo e intenso dos diferentes atores sociais (instituições, grupos, pessoas da comunidade) para se articularem perante as demandas emergentes de violências sofridas que são mediatizadas por relações de gênero, raça/etnia e classe social, entre outras. Considerando a complexidade dos fatores envolvendo violência e acidentes, urge a capacitação dos profissionais para a compreensão do fenômeno, revendo preconceitos e formas reducionistas de abordagem. Isto é fundamental para romper o silêncio diante dessa realidade.

Referências

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Capítulo VII: Da família, da criança, do adolescente e do idoso, cap. 230, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Portaria GM/MS, n. 737 de 16/mai. 2001.
- _____. *Estatuto do Idoso*. Lei nº 10.741 de 1/out. 2003.
- FERNANDES, M. G. M.; ASSIS, J. F. Maus-tratos contra idosos: Definições e estratégias para identificar e cuidar. *Gerontologia*, São Paulo, v. 7 n. 3, p.144-149, 1999.
- GROSSI, Patrícia Krieger et al. *Análise, sistematização e classificação dos tipos de violações de direitos dos idosos das atas do Conselho Municipal do Idoso de Guaíba*. Guaíba (RS), 2007.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência contra idosos: é possível prevenir? In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, 2005. cap. 5, p. 141-165.
- ONTARIO ASSOCIATION OF PROFESSIONAL SOCIAL WORKERS. *Elder abuse: a practical handbook for service providers*. Toronto: The Association, 1992.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação internacional de doenças – CID*. 10. revisão, 1995. v. 1.
- _____. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002.
- PODNIECKS, E. et al. *National survey on abuse of the elderly in Canada*. Toronto: Ryerson Polytechnical Institute. 1990.
- RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. *Rede de proteção ao idoso*. 2004. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/eixos_tematicos.doc>. Acesso em: 29 fev. 2008.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. *Manual de preenchimento do RINAV: notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência*. Versão papel. Porto Alegre/RS: CEVS, 2007a.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. *Manual de preenchimento do RINAV: notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência*. Versão completa. Porto Alegre/RS: CEVS, 2007b. 31 p.

SALBER, P.; TALLIAFERO, E. *The physician's guide do domestic violence*. CA: Volcano Press, 1995.

WHAL, J. *Elder abuse: the hidden crime*. Toronto: Advocacy Centre for the Elderly and Community Legal Education Ontario, 1998.