

Desvelando Caminhos: A subnotificação de acidentes e violência contra a pessoa idosa

Anna Elisa T. de Oliveira Ricca

Bernadete de Oliveira

O processo de envelhecimento está cada vez mais acelerado e somente alguns países estão preparados para tal fenômeno e, mesmo assim, o setor previdência vem sofrendo transformações para atender a demanda eminente.

Somente há algumas décadas iniciaram-se trabalhos voltados para essa população, como promoção de qualidade de vida, da saúde, prevenção de incapacidades decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis, estimulação biopsicossocial; elaboração de testes para avaliação do déficit cognitivo, dependência, independência, autonomia, depressão, fragilidade; atenção ao abuso de fármacos, suas interações e eventos na população idosa; reconhecimento e estabelecimento de redes de suporte ao idoso e equipe capacitada para atender a demanda.



Atrelado a tudo isso, pode-se dizer que a tecnologia e a comunicação também vêm sofrendo, como nunca visto, grandes transformações e evoluções nas últimas décadas tal qual a rapidez do processo de envelhecimento. Porém, apesar do acesso à tecnologia e às informações, ainda há grandes dificuldades e limitações em utilizá-las para benefício da saúde coletiva, pois ao invés da qualidade do serviço prestado, busca-se a quantidade – a produtividade no atendimento da demanda.

Ricca (2010)¹ observou que a inércia de muitos profissionais da saúde pode ser resposta à sobrecarga de atividades, desvios de funções, massificação da mão-de-obra, condições precárias e dificuldades de acesso a equipamentos básicos para o exercício da profissão, o que produz negligência às informações fornecidas, inclusive aos meios de comunicação. Isso solidifica a burocracia

¹ Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização Enfermagem em Saúde Pública da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob orientação da Professora Aparecida Yoshie Yoshitome, 2010.

dos serviços (como preenchimento de papéis dispensáveis) que impossibilita o profissional de acolher adequadamente usuários e familiares. Por outro lado, a burocracia também pode ser traduzida em desconhecimento da importância da investigação e notificação dos agravos à saúde do idoso e, consequentemente, das subutilizações de documentos e protocolos essenciais para mapeamento e expansão de ações de prevenção de doenças, promoção de saúde e reabilitação – ou seja, a subnotificação.²

A autora entende, nesse contexto, por subutilização, uma “pequena utilização ou utilização abaixo da média”, segundo dicionários da Língua Portuguesa (MICHAELIS, *online*) de documentos que constatem dados concretos de acidentes, violências e seus agravos à população idosa. Entende-se por agravo um “mal ou prejuízo à saúde de um ou mais indivíduos, de uma coletividade ou população”, de acordo com Pereira (2007:5).

A população idosa representa uma parcela de aproximadamente 12% da população brasileira (IBGE, 2010), na qual está interligada a diminuições fisiológicas que acarretam maior dependência, abusos, estresses, déficits biopsicossociais e violência. Por isso concordamos com Vieira e seus colaboradores, quando ele assinala: “suscita a reflexão acerca do envelhecimento e das suas demandas que exigem, dos diferentes setores (saúde, educação, assistência social, entre outros), ações direcionadas à proteção e garantia da qualidade de vida do idoso” (2008:390).

Também se apoia no cenário da transição demográfica pela qual vem passando o Brasil, pois a mesma trouxe uma demanda de mudanças e/ou adaptação no perfil sócio-político e de saúde, “exigindo estratégias e implementação de benefícios, serviços, programas e projetos relacionados à promoção dos direitos humanos dos idosos” (SDH, 2005: 9), para melhoria da qualidade de vida e garantia dos direitos desta parcela da população.

A violência se torna um tema do setor saúde pelo impacto que provoca na qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares. (MINAYO apud SANTOS *et al.*, 2010: 2742)

² Uma das piores armadilhas para a estatística – além de outros vícios profissionais e populares - atende pelo nome de subnotificação. Isoladamente, esta inação consciente de comunicação danifica sobremaneira a construção dos índices reais da evolução de delitos e violência, prejudica o planejamento das ações coordenadas de contenção e limita o alcance dos esforços da prevenção. Em tese, a subnotificação recebe influência de duas vertentes distintas, mas conceitualmente subordinada uma a outra, para se concretizar. A primeira diz respeito à falta de credibilidade nas instituições públicas e a outra, consequente, versa sobre a ausência de respostas eficientes (preventivas e corretivas) destas mesmas forças, derivada da falta ou leitura incorreta de indicadores baseados em dados inconsistentes. Ou seja, as influências recíprocas geram um ciclo vicioso que, por sua vez, produz uma espiral sem fim de resultados equivocados. O fenômeno é complexo e exige mais que a simples aferição de sua existência. É necessário estudo minucioso de suas causas e a caracterização precisa de seus efeitos. Disponível em: <<http://forumseguranca.org.br/www2/content/subnotifica%C3%A7%C3%A3o>> Acesso em: 25/06/2012.

Para tanto, Minayo questiona: Será que equipes dos serviços de saúde estão capacitadas para atender o idoso em qualquer situação de fragilidade e/ou vulnerabilidade? Será que conseguirão oferecer um suporte interdisciplinar à pessoa idosa, familiar e/ou cuidador para garantir seus direitos? Será que tanto o idoso como o profissional de saúde reconhecem os cuidados médicos, de enfermagem, o apoio psicológico, o suporte social, o auxílio para aquisição de materiais e equipamentos não disponíveis prontamente no serviço público, o auxílio no transporte, entre tantas outras como direito? Ou ainda acreditam que evitar a morosidade destes serviços e o acesso escasso a estes recursos não interfere no estresse e na violência doméstica?

A definição de violência utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é o “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (2002: 5), mas também é conhecida como “ato, único ou repetido, que acarreta danos ou aflição e que ocorre em relações na qual existe expectativa de confiança.” (MINAYO apud VIEIRA *et al.*, 2008: 390).

Diante da relevância do tema, recorreremos ao primeiro documento mundial sobre a violência, *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, publicado pela OMS, em 2002. Nesse documento, o capítulo 5 trata do Abuso de Idosos, na qual reforça que o abuso intrafamiliar ocorre mundialmente desde tempos antigos, mas que até então não era investigado e dado a devida importância. Como esse tema tornou-se um problema de saúde pública e de justiça criminal, o documento auxilia a entender o modo como ocorrem, indicando caminhos para analisar e lidar com esse problema.

A publicação desse documento sobre a violência tornou-se um marco, pois a partir dele houve uma compreensão da extensão do problema, dos cenários, dos fatores de risco, das causas, e inclusive da ausência de estudos dos efeitos da violência na vida do idoso. Trouxe também propostas de intervenções e de estratégias para prevenção mais eficazes, como a conscientização da população, através da educação, sendo os profissionais de saúde e da assistência social os principais atores para essa capacitação; e apontou ainda a mídia como um veículo importante para se abordar e conscientizar a população geral e as autoridades sobre a violência em suas diferentes facetas.

No mesmo ano, 2002, em Toronto, Canadá, a *Declaração de Toronto para a Prevenção Global da Violência à Pessoa Idosa* foi um dos resultados do estudo “Vozes Ausentes”, segundo Berzins e Malagutti (2010:97), na qual foi reconhecido que a violência contra a pessoa idosa é um problema universal. Portanto, de responsabilidade de todos os setores, sendo que os profissionais de saúde têm um papel importante na orientação, vigilância e notificação dos casos, por estarem mais próximos dos usuários idosos e serem, muitas vezes, o único vínculo (elo) entre a pessoa idosa e o serviço de saúde.

Em 2003, foram regulamentados no Brasil os direitos da pessoa idosa, através da Lei 10.741 de 01/10/2003, intitulado Estatuto do Idoso, composto por 118 artigos, divididos em VII Títulos: Disposições Preliminares, Direitos Fundamentais, Medidas de Proteção, Política de Atendimento ao Idoso, Acesso à Justiça, Crimes e Disposições Finais e Transitórias.

Destaca-se, neste documento, o artigo 4, presente nas Disposições Preliminares, no qual é assegurado que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei” (Estatuto do Idoso, 2011:9).



Os §§ 2.º diz que “direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais”; e § 3.º diz que “é dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”, ambos do artigo 10 (Estatuto do Idoso, 2011:11).

Assim como o artigo 19, que se refere aos “casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos: I - Autoridade Policial; II - Ministério Público; III - Conselho Municipal do Idoso; IV - Conselho Estadual do Idoso; V - Conselho Nacional do Idoso” (Estatuto do Idoso, 2011:15-16).

Como a situação de violência, muitas vezes é ocultada pelo idoso ou familiar, causando a impressão de impunidade e falta de resolução dos casos, “torna-se essencial desencadear um processo sólido de informações sobre os direitos desse segmento, bem como o desenvolvimento de ações simples e consistentes, comprometendo, dessa forma, efetivamente, as comunidades e o Estado a prevenirem e enfrentarem todo e qualquer tipo de violência praticada contra as pessoas de idade avançada” (SDH, 2005:9). O que corrobora com o observado por Ricca (2010) enquanto atendia idosos residentes na comunidade. Ela constatou que dos 40 casos notificados no serviço que atuava somente um foi por violência, sendo que neste a família assumiu que o idoso sofreu agressão física por um dos familiares com o qual residia.

Contudo, segundo Araújo e Lobo Filho (2009:157), “apesar da existência do amparo legal ao idoso vítima de maus tratos, devido ao fato dos agressores em geral serem familiares, proporciona conflitos relacionados ao afeto, dependência ao idoso em denunciá-los aos órgãos de direitos humanos e policiais, contribuindo diretamente para a não notificação dos casos de violência contra a pessoa idosa no âmbito familiar”, o que contribui como importante fator da subnotificação dos casos de violência.

Somando a isso, quando a pessoa idosa apresenta alguma dependência para realizar as atividades básicas da vida diária, há um problema maior no momento da decisão pela notificação da violência. Ricca (2010) apontou que em seu estudo 70% dos casos, portanto, 28 idosos tinham algum grau de dependência para as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's), como leve, moderada ou grave, acarretando necessidade/demanda de cuidador, aumentando, assim, a chance de estresse e conflitos interpessoais.

“Sabe-se que apenas a promulgação das Leis não solucionará a impunidade das agressões cometidas contra pessoas idosas na vida em sociedade. A promulgação do Estatuto do Idoso em 2003, a instalação de Promotorias de Defesa dos Direitos do Idoso, de Delegacias de Proteção à Pessoa Idosa representou um avanço no que se refere à disponibilidade de um dispositivo legal de fiscalização/punição dos casos de maus tratos e violência na velhice” (MACHADO & QUEIROZ apud ARAÚJO & LOBO FILHO, 2009:157), entretanto, isso não é garantia de diminuir/reprimir os casos de violência e maus tratos contra essa população.

Em São Paulo, a partir de 1991, foi implantada a Delegacia do Idoso e inúmeros casos de violência e maus tratos contra idosos foram registrados. Com o Estatuto do Idoso, em 2003, intensificou-se “as notificações superando 99% dos atendimentos. Quando comparados com o ano de 2002 houve um crescimento significativo de 127%. Destas notificações, 90% dos casos se referem a situações em que familiares próximos, como filhos, eram os agentes da violência, que envolviam queixas de abuso econômico, maus tratos e negligência” (SANCHES apud ARAÚJO & LOBO FILHO, 2009:157).

Em 2005 foram registrados 60 mil casos de maus tratos nas capitais brasileiras, 54% dos casos, o agressor é o próprio filho, dos quais 25% ocorreram no âmbito familiar, de forma majoritária entre mulheres (60% das vítimas de violência) e na faixa etária a partir dos 80 anos. Salienta-se ainda que 90% das denúncias de violência contra idosos são anônimas. (FALEIROS apud ARAÚJO & LOBO FILHO, 2009:159)

Ricca, também constatou em seu trabalho que a prevalência é do sexo feminino nos casos notificados (92,5%= 37 casos) e a idade média de 77,6 anos. Sendo assim, 7,5% (3 casos) eram homens, com média de 84 anos de idade. Quanto ao nível de escolaridade, 25% (10 casos) eram analfabetos,

25% (10 casos) estudaram de 1 a 3 anos, 22,5% (9 casos) de 4 a 7 anos, 7,5% (3 casos) de 8 a 11 anos e 17,5% (7 casos) mais de 12 anos de estudo.

Segundo Vieira e colaboradores (2008:393),

os idosos sofrem e se sentem violentados diante da inversão de valores e dos conflitos intergeracionais. Na atualidade, tem-se diluído, entre as famílias e sociedade, a preservação do respeito aos mais velhos. Acredita-se que para os idosos vivenciarem o desrespeito é uma perda do valor moral, o que, para eles, é de grande importância. Em contrapartida, as dificuldades de relacionamento com os outros membros da família constituem-se como fatores que colaboram para que o idoso seja internado em uma instituição asilar.

Para Alves (2008:93) “os maiores agressores, dessa modalidade da violência, encontram-se os familiares mais próximos como filhos e netos”, o que facilita e/ou contribui para que os casos não sejam notificados e a violência se perpetue até que o idoso sofra alguma lesão de maior gravidade ou que cause alguma lesão física que chame a atenção dos profissionais de saúde no momento do atendimento. O autor destacou também que existe a subestimação, por parte dos profissionais, dos casos, principalmente, quando o idoso sofre de alguma deficiência cognitiva ou psicológica ou apresenta histórico de dificuldades de relacionamentos interpessoais. Nestes casos os profissionais não oferecem a devida atenção e deixam de vigiar ou banalizam (negligenciam) as reações e atitudes do idoso ante o agressor denunciado.

Ricca (2010) citou em seu estudo que em pouquíssimos casos (22,5%), o idoso procurou algum serviço médico-hospitalar, e atribuiu ao fato a minimização ou desvalorização do agravo, ou a dificuldade financeira e física para se deslocar até um serviço de saúde, ou o agravo não ocasionou algum tipo de lesão moderada ou grave ou o idoso foi atendido no seu próprio domicílio. Observou ainda que a deficiência visual (35%), mais a deficiência física (20%) e a deficiência mental (17,5%) prevaleceram na associação com as quedas e violência. No estudo destacou também que em 65% (26 casos) a queda ou violência causou um trauma superficial, seguido de 15% (6 casos) de algum tipo de ferimento; luxação e fratura representaram 3 casos respectivamente, portanto, 7,5% cada um; e em 5% (2 casos) foi caracterizada como outros por ser notificação de negligência, por que não causou nenhum tipo de lesão física.

O Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA, 2007:6-40) é um instrumento de notificação de casos suspeitos ou confirmado de violência e acidente contra qualquer pessoa, independente do gênero e faixa etária.³ Porém, os achados encontrados por Deslandes e Souza (2010:

³ Conforme está no Manual de Preenchimento de Ficha de Notificação, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, página 28:
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/08_09_10_manual_sivva_1254424639.pdf

2785) corroboram com os publicados pela literatura americana, “a qual relata que os profissionais de saúde já atuam nas situações de violência contra crianças, adolescentes e mulheres há décadas, mas a abordagem do abuso e negligência em relação à pessoa idosa ainda é recente”, o que reforça o desconhecimento ou a negligência dos profissionais perante os casos de violência, ou quando estes ainda não dão importância ao fato, causando uma sensação ao idoso de falta de apoio, suporte e abandono social, devido à atitude do profissional.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência preconiza a organização dos serviços para o diagnóstico dos acidentes e violências com atendimento resolutivo desde os primeiros níveis da atenção. Entretanto, a prevenção e a identificação dos casos de pessoas idosas vítimas de acidentes e violências são pouco realizadas. (DESLANDES & SOUZA, 2010: 2779)

Os profissionais não estão treinados para investigar esse agravo “tão íntimo” das relações pessoais e familiares e também não sabem como abordar o assunto, já que muitas vezes o idoso depende física ou psicologicamente do agressor que o aterroriza. Por não existir um suporte adequado para acolher a vítima idosa de maus-tratos e violência, o idoso se submete à situação de violência para obter o mínimo dessa relação conflituosa.

Na análise do atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras, Deslandes e Souza (2010: 2782), verificaram que “a mobilização de serviços da rede de saúde, suporte social e defesa dos direitos dos idosos para o acompanhamento dos casos de violência apresenta-se muito precária. São raros os serviços de referência para atender idosos no pré-hospitalar fixo. Recife é a capital com o maior número deles, sete ambulatórios especializados, talvez pela expressiva participação dos idosos na sua população. O Rio de Janeiro tinha um desses ambulatórios, com a retaguarda da Universidade Aberta da Terceira Idade (Unati), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Contudo, esse serviço padecia da pouca oferta de vagas na rede para atender aos idosos, gerando uma procura muito além da sua capacidade de absorção.”

Verificaram ainda que em Manaus, “poucas unidades possuíam protocolos clínicos para atendimento de idosos vítimas de acidentes e violência: uma unidade do Programa de Saúde da Família (PSF), quatro das 14 unidades de Atenção Básica Ampliada (ABA), um dos cinco ambulatórios especializados e o pré-hospitalar móvel. Em Recife, somente o serviço de resgate tem o protocolo. Em Brasília, essa especificidade de atendimento era encontrada em uma unidade de ABA e em um Pronto Atendimento 24 horas. No Rio de Janeiro, em apenas uma unidade de ABA e no pré-hospitalar móvel. Por fim, em Curitiba, esses protocolos faziam parte da rotina de dois Prontos-Socorros e de um dos dois pré-hospitalar móvel”.

O estudo mostrou que, “são poucos os serviços do pré-hospitalar que envolve a família do idoso ou que fornecem alguma atenção ou orientação a ela. E podem ser resultantes da percepção de que este é um problema social ou policial e não um problema relacionado ao campo da saúde”. Constatou ainda que “a notificação, preconizada pelas políticas dirigidas ao idoso e pelo Estatuto, só é feita excepcionalmente; quando ocorre, o encaminhamento costuma ser feito para o Ministério Público. Entretanto, os fluxos ainda não estão estabelecidos e é precária a mobilização da rede de serviços de saúde, suporte social e defesa dos direitos para acompanhamento dos casos”.

Outro estudo na cidade de Manaus informou que “embora a violência seja um problema que pode e deve ser abordado pelo setor saúde, observa-se que a notificação de casos suspeitos ou confirmados ainda é uma prática incipiente nos três níveis de atenção à saúde de Manaus. Em depoimentos dos entrevistados, permitiram identificar que, na prática, o encaminhamento aos órgãos de defesa e proteção dos idosos com agravos provocados por violência é muito difícil. Por isso, encaminham-se apenas os casos mais graves e a equipe busca solucionar os casos no âmbito do próprio serviço, por meio da sensibilização do idoso e da família. Quanto à notificação dos casos de violência, verifica-se que grande parte dos serviços não notifica” (SANTOS *et al.*, 2010:2749-2751).

Os autores mostraram ainda que em relação aos registros dos casos atendidos, poucos serviços possuíam ficha de notificação e nenhum deles enviava os dados para serviços de vigilância epidemiológica. Os resultados encontrados mostraram a falta de ficha de notificação padronizada em toda a rede. Outra categoria avaliada foi com relação ao atendimento que, entre outros, chamou a atenção pela “falta de registro e notificação dos casos de violência e de capacitação de profissionais para identificar e notificar os casos suspeitos e confirmados”. Portanto: “o registro de dados e a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência aos órgãos competentes aparecem como um dos pontos mais frágeis do atendimento às vítimas. Melhorar a qualidade de notificação desses agravos é condição básica para o dimensionamento desse problema e estabelecimento de medidas de prevenção”, assinala Santos *et al.* (2010:2749-2752).

Souza e Minayo (2010: 2661) ressaltaram que “nem todos os episódios de violência que ocorrem com os idosos chegam ao conhecimento dos serviços de saúde”, contribuindo para o subnotificação das ocorrências. Ricca (2010), também descreveu a dificuldade que encontrou para notificar um agravo violento, pois de “40 casos notificados, somente um foi confirmado pelo idoso e a própria família, permanecendo em quarto lugar, enquanto a notificação de queda do mesmo nível prevaleceu no seu estudo, com 62,5% dos casos”.

Notificar é ser contra a violência

Conheci a ficha de notificação de violência e acidentes, em uma reunião técnica na unidade e saúde onde trabalhei. Nessa ocasião, foram convidadas,

pela gerente da unidade, as enfermeiras das equipes, para participarem de uma reunião sobre Vigilância Epidemiológica.

O objetivo era reforçar a importância das notificações das doenças de notificação compulsória e entrega de uma cópia do Manual de Orientações para Ações de Vigilância Epidemiológica, elaborado pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP) e Ministério da Saúde. Ao final da reunião, fui informada sobre a ficha SIVVA e a importância das notificações de quedas dos idosos, população a qual eu atendia.

Em seguida, aproveitei o momento para realizar uma capacitação da equipe, com foco nos membros que tinham maior contato diário com os idosos. O enfoque baseou-se na importância da investigação do agravo, para que, através desta, fosse dada a devida orientação, suporte e encaminhamento do idoso ao serviço de saúde e, posteriormente, fossem coletadas as informações importantes para a notificação e, através dos dados levantados, orientar cuidados de saúde, prevenção de futuras quedas, prevenção ou minimização de incapacidades, manutenção e acompanhamento daqueles que adquiriram alguma sequela, visando uma boa qualidade de vida do indivíduo acima de 60 anos de idade.

Durante o período que estive na equipe, estabeleci com a enfermeira responsável pelo serviço o fluxo das notificações na unidade; reforcei a importância da notificação de diferentes tipos de agravo, especialmente da violência e das quedas entre os idosos. Com o tempo o treinamento se estendeu inclusive às equipes de outros serviços, com as quais eu me reunia para discutir casos que atendíamos conjuntamente. Fez parte do treinamento a disponibilização de fichas de notificação, apesar dos recursos limitados das unidades – muitas vezes não tinha equipamentos para fazer cópias do documento. Constatei que a notificação era novidade para os profissionais, pois até mesmo a enfermeira responsável pelo encaminhamento das notificações desconhecia a ficha e o seu fluxo.

O fluxo da notificação também é de suma importância e deve ser estabelecido na unidade, deixando um profissional responsável pelo encaminhamento ao órgão competente.⁴

No período de maio de 2009 a maio de 2010, foram notificados 40 casos de violência, sendo que 1 caso foi de agressão física pelo marido, 2 casos de negligência e 37 casos de quedas do mesmo nível e de um nível a outro. Destaco que mesmo com a implantação do fluxo na unidade, não tive informação se algum desses casos foi encaminhado e desconheço também se houve alguma intervenção de algum órgão competente.

⁴ O profissional responsável recebe a ficha preenchida e encaminha para Setor de Supervisão Técnica de Saúde (Órgão Competente que está acima da Unidade e se localiza na subprefeitura de cada regional). Teoricamente, a Supervisão Técnica faz duas cópias da ficha, uma delas encaminha de volta para a Unidade para ser arquivada no prontuário do usuário e a outra é encaminhada para o Conselho Municipal do Idoso, para que seja investigado o caso de suspeita de violência.

Por outro lado, observei em reuniões em outras unidades, que muitos profissionais desconheciam e/ou negligenciavam a notificação dos casos de violência e acidentes, bem como seu fluxo de encaminhamento; pois como eu, tiveram o conhecimento tardio da ficha de notificação que veio em uma reunião informal na unidade, na qual o foco principal era a importância da notificação de doenças compulsórias.

Esse desconhecimento do documento pode ser o que gera a subnotificação dos agravos nas unidades, assim como a sensação de impunidade pode estar atrelada ao desconhecimento da resolução por parte dos órgãos competentes. Paralelamente a isso, há a falta de confiança por parte dos idosos que omitem o fato com medo de represálias ou vergonha, já que muitas vezes o agressor é o próprio familiar, do qual ele depende para realizar alguma de suas atividades da vida diária, e além disso o próprio familiar quando agressor nega a ocorrência do fato.

Dos 40 casos de notificação, somente um caso de violência física foi confirmado pela própria idosa. Porém, a mesma dependia financeiramente e psicologicamente do agressor e o deixou impune. Tive a sensação que o ato violento é uma consequência “esperada e normal”, o que minimiza, muitas vezes, o fato agressivo – contra a pessoa idosa.

O tipo de agravo mais notificado foi de queda do mesmo nível, representando 62,5% (25 casos), seguindo para 25% (10 casos) de queda de um nível a outro, negligência 5% (2 casos), queda não especificada 1 caso (2,5%), agressão física 1 caso (2,5%) e 1 caso (2,5%) para outro tipo de acidente não especificado. Constatei também que, na maioria das vezes (52,5%= 21 casos), o idoso não estava acompanhado de cuidador familiar no momento da queda; em 17 casos (42,5%) estava acompanhado do seu cuidador familiar e em 5% (2 casos) não tinha esse dado. Sendo assim, pareceu-me que a presença do cuidador junto ao idoso fragilizado pode minimizar algum tipo de acidente, já que em 52,5% dos casos o idoso estava sozinho. A presença do cuidador também foi importante como informante da equipe de saúde sobre o dia a dia do idoso e na ocasião sobre a descrição da ocorrência do agravo, pois muitas vezes, o próprio idoso omite ou esquece algumas informações.

O local do agravo foi em 92,5% (37 casos) na própria residência do idoso, com prevalência no período da manhã (35% = 13 casos) e em 35% (13 casos) não tinha esse dado na ficha, em 29% (11 casos) o horário da queda foi no período da tarde. Em 3 casos (7,5%) o agravo ocorreu em via pública, sendo 2 casos (66,6%) no período da tarde e 1 caso (33,3%) não tinha informado o horário.

Em todos os casos, havia a utilização de polifarmácia pelos idosos, alguns utilizando concomitantemente de 7 a 11 tipos de medicações. Na grande maioria (42,5%= 17 casos), as condições de moradia eram precárias, seguindo para boas condições e regulares condições, representadas por 25% (10 casos) cada uma.

Constatei também a importância da sensibilização dos profissionais ao tema, para que busquem dados e informações e realizem a notificação de casos de violência e acidentes, preenchendo corretamente a ficha e encaminhando-a aos órgãos competentes. Assim, estaremos contribuindo com dados concretos contra a violência contra o idoso, bem como para uma ação política mais efetiva de resolução e punição.

Notificar ainda é um ato desconhecido e por isso temido por profissionais e usuários dos serviços de saúde. Como ter segurança profissional para conquistar a confiança do usuário? Será que melhorar o atendimento e o acolhimento ao idoso vítima de violência e quedas é um começo? É necessário e urgente que a falta de credibilidade na capacidade de resolução dessas ocorrências por parte dos profissionais de saúde e dos órgãos competentes seja revertida.

Como desvelar os caminhos da notificação para que a violência e a queda entre idosos não continuem sendo tratadas como fatos corriqueiros? Capacitar e treinar o profissional é o melhor caminho para se alcançar bons resultados? O que garante o comprometimento do profissional?

Uma resposta vinda de minha experiência é a importância dada ao assunto. Por isso, junto com a sensibilização o foco no agravo como algo importante ao ponto de ser notificado e encaminhado aos órgãos competentes é um dos estímulos para se deter o conhecimento quanto às orientações e encaminhamentos necessários. Disponibilizar as informações aos usuários e membros das equipes também deve fazer parte desse processo. Haja vista que não dispomos de condições ideais para oferecer um serviço adequado aos idosos, com equipe interdisciplinar e motivada, com enfoque na escuta e orientações para os usuários; e/ou serviços de apoio ao idoso agredido e seu agressor familiar; o que temos é uma grande barreira de recurso financeiro e de pessoal escasso e limitado, o que dificulta as ações, mas o que não impede de realizá-las com sucesso.

Referências

ALVES, C.M.L. Rompendo com o silêncio: uma breve análise sobre violência familiar contra idosos em São Luís, Maranhão. Revista Kairós. São Paulo, 2008, 11v. 2n. p.81-94. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2394/1487> Acessado em 29/04/2012.

ARAÚJO, L.F.; LOBO FILHO, J.G. Análise Psicossocial da Violência contra Idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre [online]. 2009, vol.22, n.1, p. 153-160. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/20.pdf> Acessado em 30/04/2012.

BERZINS, M.V.; MALAGUTTI, W. Documentos Norteadores para o Planejamento e Execução de Estratégias para Intervenção em Violência contra

a Pessoa Idosa. In Rompendo o Silêncio: Faces da Violência na Velhice. 1.ed. São Paulo, Martinari, 2010, p. 91-106.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 3.ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. 70p.

BRASIL. Subsecretaria de Direitos Humanos. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Subsecretaria de Direitos Humanos. – Brasília. 2005.

DESLANDES, S.F.; SOUZA, E.R. Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. Disponível em Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2010, vol.15, n.6, p. 2775-2786. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n6/a15v15n6.pdf> Acessado em 29/04/2012.

MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. [online]. Disponível em <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=subutiliza%E7%E3o> Acessado em 05/06/2012.

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde - Genebra. [online]. 2002. 351 p. Disponível em <http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf> Acessado em 22/06/2012.

PEREIRA, S.D. Conceitos e Definições da Saúde e Epidemiologia usados na Vigilância Sanitária. [online]. 2007. 33p. Disponível em http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf Acessado em 05/06/2012.

RICCA, A.E.T.O. Incidência e caracterização de quedas em uma população idosa. 2010. 10 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Enfermagem em Saúde Pública). Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. 2010.

SANTOS, E.R. et al. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus (AM, Brasil). Disponível em Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2010, vol.15, n.6, p. 2741-2752. ISSN 1413-8123. <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n6/a12v15n6.pdf> Acesso em 29/04/2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes – SIVVA. Manual de Preenchimento Ficha de Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados. [online]. 2007, 40p. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/08_09_10_manual_sivva_1254424639.pdf Acessado em 29/05/2012

SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. Disponível em Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2010, vol.15, n.6, p. 2659-2668. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n6/a02v15n6.pdf> Acessado em 29/04/2012.

VIEIRA, L.J.E.S. et al. A interface da violência com a institucionalização do idoso. Revista de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora, 2008. Disponível em <http://www.aps.uff.br/index.php/aps/article/view/127/136> Acessado em 29/04/2012.

Data de recebimento: 16/05/2012; Data de aceite: 27/06/2012.

Anna Elisa Tesima de Oliveira Ricca – Bacharel em Enfermagem (USP-RP), Especialista em Saúde Pública (UNIFESP) e Especializanda em Gerontologia (PUC-SP). E-mail: lisusp@hotmail.com

Bernadete de Oliveira - Fisioterapeuta, Mestre em Gerontologia e Doutorando em Sociais Ciências (PUCSP /FAPESP), Titulada pela SBGG e Associada Fundadora do OLHE. Pesquisadora do Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (NEPE/PUCSP), do *site* Portal do Envelhecimento e do *Programa Cuidar é Viver* (OLHE); Docente nos Cursos de Gerontologia, *lato sensu* (COGEAE/PUCSP) e de Cuidadores de Idosos (OLHE). Atua nas áreas: Reabilitação, Gerontologia e Antropologia. E-mail: bbell_o@yahoo.com.br