

## Violência institucional e saúde da pessoa idosa: interfaces



*Maria Elisa Gonzalez Manso*

**E**ntende-se por violência institucional aquela que é perpetrada nos próprios serviços públicos, tanto por ação quanto por omissão. Nesta definição enquadram-se desde a falta de acesso a direitos quanto a má qualidade destes serviços.

Na área dos serviços de saúde, paradoxalmente, é um tipo de violência que ocorre frequentemente - rispidez, frieza, falta de atenção, discriminação, não respeito à vontade da pessoa, falta de consideração para com o saber popular, filas desnecessárias, até violência física, podem ser constatadas. Assim, a violência obstétrica, a violência de gênero e a levada a cabo contra a pessoa idosa estão aqui incluídas.

Berzins (2009), em pesquisa realizada com diversos profissionais de saúde em um hospital público da Grande São Paulo, no setor de emergência, constatou que estes trabalhadores associam a velhice à ocorrência de perdas, à fragilidade, à doença e à dependência, e que praticavam, mesmo sem perceberem ou se reconhecerem como agentes, violência institucional. Os mesmos profissionais reconheceram a existência desta violência no hospital como um todo, caracterizada por eles como sendo a peregrinação por diversos serviços, frieza, rispidez, falta de atenção, negligência, maus-tratos, entre outras.

Em pesquisa recentemente realizada em um Núcleo de Convivência para Idosos, situado na zona Leste da cidade de São Paulo, pudemos constatar, mediante aplicação de um questionário para verificação de violência institucional e simbólica, denominado *Ageism Survey*, que a maior queixa destas pessoas idosas se relacionava à visão cultural de que o idoso é frágil, dependente, sem autonomia e doente, seguidas pela afirmação: “um médico ou enfermeiro supôs que minhas dores são devidas à idade”. Segundo alguns destes idosos, esta última afirmação fez com que tratamentos não fossem instituídos na hora correta, trazendo prejuízos posteriores à sua saúde.

Pudemos constatar ainda, recentemente, em um hospital público também localizado na Grande São Paulo, um caso que chocou os alunos que estagiavam nesta instituição. Um senhor de 84 anos, portador de hipertensão arterial e diabetes, em uso contínuo de medicações para estas doenças e que podem trazer como efeitos colaterais a desidratação, procurou o serviço de emergência com dor de cabeça. Por ser um idoso, a equipe entendeu que se tratava de queixa comum relacionada à própria idade, lhe deu um remédio analgésico, e alta para casa.

Posteriormente, com o retorno desta pessoa idosa ao mesmo serviço, no mesmo dia foi constatado que ela apresentava desidratação e que por não ter sido feita uma boa anamnese, um adequado exame físico e não serem consideradas as alterações fisiológicas que o próprio processo de envelhecer traz ao corpo humano quando da realização da primeira consulta, acarretou uma injúria renal aguda, absolutamente evitável, levando à internação e consequências graves.

O não entendimento do processo de envelhecer, além de mitos e estereótipos sobre a velhice, podem desencadear situações como as anteriormente descritas, que variam desde diagnósticos imprecisos, prescrições de medicamentos inapropriados ou ineficazes, exames desnecessariamente solicitados, imposições dietéticas inadequadas, falta de respeito à vontade do idoso, paternalização, dentre outras.

Tradicionalmente associadas como ocorrendo apenas em Instituições de Longa Permanência para Idosos, ou em situações onde é necessário um cuidado de longa duração para com a pessoa idosa, não são reconhecidas, na prática diária dos profissionais de saúde, como situações violentas, em um processo de naturalização, o que as torna invisíveis.

A violência institucional ocorre em situações onde existam relações de poder desiguais entre as pessoas idosas e os profissionais dentro das instituições. Caracterizadas por um poder disciplinar, as relações profissionais de saúde-pessoa idosa passam a encobrir conflitos sociais, os quais são transmutados em doenças, em um processo que Foucault (2001) denomina de medicalização.

Este é um processo que não é notado pelos próprios profissionais, os quais, imersos na cultura e nas relações sociais, transferem para sua prática diária os pressupostos, os estereótipos e mitos que têm sobre a velhice. O próprio idoso, também imerso nas mesmas relações de biopoder, acaba por se acanhar ou envergonhar perante estes profissionais.

As relações de poder na área da saúde vêm sendo sistematicamente criticadas pela sociedade, a qual, como cita Boaventura Souza Santos (1987), encara “a medicina atual como indispensável e necessária, porém perigosa e inadequada”. Esta inadequação é principalmente relacionada à forma como a prática médica, permeada pela medicalização e uso intensivo da tecnologia, relevando a segundo plano a relação médico-sujeito, a escuta ativa, o vínculo e a responsabilização pelo cuidado, vem sendo exercida (MANSO, 2015; TESSER, 2017).

Sem a problematização de seus próprios pontos de vista, o profissional acaba por potencializar o chamado efeito halo, segundo o qual o estereótipo invade tudo o que o paciente faz, como, por exemplo: “são todos ignorantes”, “não entendem nada”, “não gostam de se cuidar”, “não adianta falar, pois não escutam”. Dessa maneira, perde-se o potencial do encontro e a capacidade de transcender barreiras em direção ao paciente. Devemos lembrar que os pacientes sempre buscam no profissional de saúde mais do que um diagnóstico e uma orientação. Eles esperam escuta, acolhimento, suporte e esclarecimento. Prover isso é extremamente terapêutico. (UNASUS, 2013)

Pesquisas demonstram que, apesar das diretrizes curriculares e da legislação protetiva dos direitos dos idosos, vigentes no Brasil, destacarem a necessidade de que o estudo do processo de envelhecer deva fazer dos currículos dos cursos na área da saúde, grande parte dos recém-ingressos no mercado de trabalho, médicos e não médicos, não estão preparados para a atenção à saúde deste segmento populacional.

A maioria sequer dispõe de informações sobre o processo de envelhecimento normal e não reconhecem as síndromes geriátricas, o que pode acarretar aumento do tempo que o idoso fica hospitalizado, reinternações frequentes, elevação dos custos sociais e para o sistema de saúde, além de perda da capacidade funcional (CUNHA, CUNHA & BARBOSA, 2014).



Os graduandos já adentram os cursos da saúde com uma visão, inscrita na cultura, que prioriza o saber técnico na sua formação. Esta construção cultural, faz com que determinados conteúdos curriculares sejam considerados pelos educandos como tendo uma importância menor para seu preparo enquanto profissionais. Dentre esses temas, o estudo das humanidades são as que

provocam maior resistência, bem como as especialidades que demandam uma atenção interdisciplinar e mais cuidadosa, como, por exemplo, a medicina de família e a geriatria (AYRES *et. al.*, 2009; MANSO, 2017).

Sabe-se que a formação em medicina e nas demais profissões da saúde que irão, de alguma forma, atender à pessoa idosa em suas necessidades, deve incluir não apenas o saber técnico, mas, e principalmente, as denominadas tecnologias leves do cuidado. Estas são consideradas habilidades de comunicação, onde o profissional deve ter capacidade de vínculo afetivo, empatia e acolhimento. Além da utilização de tecnologias leves, hoje o conceito de prevenção quaternária se destaca na atenção à pessoa idosa.

O conceito de *prevenção quaternária* é atribuído a Jamouille, médico de família de origem belga, e busca proteger a população em geral de medidas médicas fúteis e de iatrogenias, tanto diagnósticas como terapêuticas. Pode ser definida como “o conjunto de ações implementadas para identificar um paciente ou uma população em risco de medicalização, protegê-los de intervenções médicas invasivas e propor procedimentos e/ou cuidados eticamente aceitáveis” (PIZZANELLI *et. al.*, 2016).

É um conceito cujo objeto é proteger a pessoa idosa e os próprios integrantes da equipe de saúde contra os excessos da medicalização e de práticas desnecessárias ou prejudiciais. Com a introdução deste conceito, busca-se promover mudanças na forma de desenvolver os cuidados de saúde e exercer a medicina. A literatura sobre prevenção quaternária ressalta a necessidade de uma formação mais humanística para os futuros profissionais de saúde, atenta à dimensão comunicacional e à cultura, a qual deve ocorrer proporcionalmente à formação técnica (TESSER, 2017).

São temas do interesse da prevenção quaternária, segundo PIZZANELLI *et. al.* (2016), entre outros: medicalização; sobrediagnóstico; excesso em intervenções preventivas; marketing de doenças; excessos no uso de exames complementares e imagens diagnósticas; sobremedicalização; polifarmácia; desprescrição; uso racional de medicamentos; segurança do paciente; bioética na prática clínica atual e o método clínico. Dentro deste último, a comunicação efetiva, o método clínico e os cuidados centrados na pessoa, a tomada de decisões compartilhadas e ajudas de decisão.

Nos últimos anos, vêm se observando um esforço mundial para reduzir o uso inadequado de tratamentos e exames médicos, onde sociedades médicas identificam testes, medicamentos e tratamentos que são utilizados de forma inadequada ou abusiva. O resultado são recomendações que desaconselham o uso dessas intervenções ou sugerem que elas sejam consideradas com mais cuidado, além de amplamente discutidas com as pessoas (CASARETT, 2016).

No Brasil, o programa Proqualis, criado em 2009, vinculado ao ICICT/Fiocruz e Ministério da Saúde-Secretaria de Atenção à Saúde, vem, em conjunto com várias sociedades médicas, tais como as sociedades de Cardiologia, Endocrinologia, de Geriatria e Gerontologia e de Medicina de Família e Comunidade, divulgando recomendações com relação aos cuidados desnecessários ou em excesso, dentro dos princípios da prevenção quaternária (PROQUALIS, 2018).

As listas de recomendações, no caso da atenção à saúde da pessoa idosa, publicadas pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, buscam não apenas informar idosos, cuidadores, familiares e profissionais de saúde, mas estimular o debate sobre os tópicos inclusos na lista, considerados controversos.

Para o geriatra Renato Bandeira de Mello, coordenador do grupo, as recomendações incentivarão questionamentos sobre condutas frequentemente adotadas na prática clínica. “São recomendações baseadas em evidência científica para que se evitem algumas condutas que estão presentes nas práticas de saúde e nem sempre são a melhor opção para aquele indivíduo, sobretudo por não apresentarem benefícios claros ou por agregarem risco ao paciente”, explica. (SBGG, 2018)<sup>1</sup>

Entre as recomendações, como exemplo, está o não rastreamento para câncer de próstata, mama ou colorretal em idosos assintomáticos com expectativa de vida inferior a 10 anos, ou seja, idosos fisicamente vulneráveis. Nestas condições o benefício do diagnóstico e tratamento pode não existir, já que o câncer somente trará consequências muitos anos após o diagnóstico, sendo que outras condições de saúde possivelmente poderão limitar o prognóstico antes que isso aconteça. As pessoas idosas que se encontram nestas condições ainda são mais suscetíveis às complicações decorrentes da própria investigação e do tratamento do câncer, o que pode abreviar seus anos de vida e comprometer a qualidade desta, o que o próprio câncer não faria (SBGG, 2018).

Todas estas recomendações ressaltam a importância de uma consulta clínica metódica e da comunicação com a pessoa idosa, destacando que nenhum procedimento deva ser realizado sem a concordância do idoso. Para tanto é necessário que o profissional de saúde entenda que a decisão de realizar ou não um tratamento ou um procedimento diagnóstico é uma decisão conjunta. Não basta informar o idoso, deve-se compartilhar a decisão, evitando-se situações como a abaixo descrita, onde se percebe o caminho deixado para a imposição da visão médica.

Ensaio clínico randomizado utiliza a metodologia de uma boa comunicação das evidências (panfletos com figuras que demonstram as probabilidades de benefício e risco) para que o paciente tome sua decisão. Porém esta metodologia faz o paciente se sentir sozinho, a ponto de ele retornar a pergunta ao médico: “Dr., se fosse seu pai, o que você faria?”. (UNASUS, 2013)

---

<sup>1</sup>[http://www.crfsp.org.br/comissoes/616-cuidados-farmaceuticos-ao-idoso/noticias/9775-sbgg-divulga-recomenda%C3%A7%C3%B5es-sobre-escolhas-sensatas-em-sa%C3%BAde-em-parceria-com-choosing-wisely-brasil-3.html#link\\_tab](http://www.crfsp.org.br/comissoes/616-cuidados-farmaceuticos-ao-idoso/noticias/9775-sbgg-divulga-recomenda%C3%A7%C3%B5es-sobre-escolhas-sensatas-em-sa%C3%BAde-em-parceria-com-choosing-wisely-brasil-3.html#link_tab)

Estudos salientam vários fatores que levam o profissional de saúde, desconsiderando a prevenção quaternária, a exceder-se em diagnósticos e/ou terapêuticas. Dentre estes: as incertezas quanto à doença da pessoa; relatos enviesados de pesquisas; pressão dos próprios enfermos ou de sua família por exames e medicamentos; marketing da indústria farmacêutica e de equipamentos; falta de compreensão sobre estudos epidemiológicos, e estatísticas de saúde e risco; além do medo de processos e movimentos tais como medicina defensiva, fomentam a cultura na qual a qualidade do cuidado é apenas baseada na quantidade de procedimentos realizados, sejam estes necessários ou não.

A própria pessoa idosa e/ou seus cuidadores e/ou familiares, todos também imersos na cultura, acabam por incorporar que a realização de exames diagnósticos e o uso de medicamentos representa o melhor que a medicina pode propiciar e é a solução para seus problemas, impulsionando a medicalização. Assim, crenças relacionadas ao papel do médico ou ao processo saúde-doença; a aversão à presença de qualquer sintoma; a mídia, dentre outros, tem gerado o que se denomina “demanda da cura”, transformando a saúde em uma mercadoria e não em um direito, em um movimento que naturaliza e menospreza os efeitos colaterais que esta prática gera.

A indústria farmacêutica conseguiu convencer a população em geral, e muitos dos profissionais de saúde, que um fator de risco deve ser medicalizado, ou seja, é tornado uma doença algo que é apenas um indicador possível (geralmente, nem sequer provável, a não ser em face de índices muito altos) e que deve ser sempre avaliado em relação a uma série de outros fatores. A existência do grande número de substâncias genéricas (como a sinvastatina) em países como Portugal identifica claramente o poder da indústria farmacêutica na criação de necessidades medicamentosas por puro marketing. (OLIVEIRA E REIS, 2012, 1488)

Casarett (2016) destaca o que estudos psicológicos descrevem como “ilusão terapêutica”, o que ocorre quando os médicos acreditam que suas ações ou ferramentas são mais eficazes do que realmente o são - fenômeno que pode ter como resultado cuidados desnecessários e dispendiosos. Daí a necessidade da prevenção quaternária.

Assim, a prevenção quaternária trata da sobreutilização (*overuse*), a subutilização (*underuse*) e a má-utilização (*misuse*), ou seja, o excesso, a falta, e a utilização inadequada, respectivamente, as quais expõem pessoas a iatrogenias e riscos inerentes aos procedimentos.

A sobreutilização associa-se ao excesso de oferta e pode tratar-se de um procedimento que leve ao diagnóstico de condições que nunca irão causar danos ou sintomas à pessoa durante sua vida (*overdiagnosis*), ou relacionar-se à procedimentos terapêuticos que, apesar da aceitação pelo paciente, não irão auxiliá-lo na sua condição clínica (*overtreatment*). Estes, quando realizados, além de exporem as pessoas a procedimentos pouco ou nada

eficazes podem causar danos físicos e/ou psíquicos e/ou sociais (LAGUARDIA *et. al.*, 2016).

O sobrediagnóstico inclui excessos de: triagem de indivíduos assintomáticos; de dependência de biomarcadores; de tratamentos ineficientes e/ou caros demais; de marketing farmacêutico; de reações adversas e de monitoramento inadequado, ou seja, “onde há muita assistência médica há muito pouco cuidado efetivo” (BRODERSEN *et. al.*, 2018).

O sobrediagnóstico tem duas causas principais: a sobredetecção e sobredefinição de doença. Embora as formas de sobrediagnóstico sejam diferentes, as consequências são as mesmas: diagnósticos que acabam causando mais danos do que benefícios.

A detecção excessiva ou sobredetecção refere-se à: (i) identificação de anormalidades que nunca causariam danos e (ii) anormalidades que não progridem ou que progridem muito lentamente para causar sintomas ou danos durante a vida restante da pessoa. Quanto maior o uso de tecnologias de diagnóstico de alta resolução, maior o risco de sobredetecção.

Já a sobredefinição ocorre por dois mecanismos: (i) reduzir o limiar para um fator de risco sem evidência de que isso ajuda as pessoas a se sentirem melhor ou a viver mais e (ii) expandindo as definições da doença para incluir pacientes com sintomas ambíguos ou muito leves. As consequências prejudiciais do sobrediagnóstico por meio da sobredefinição excessiva vêm dos tratamentos (incluindo mudanças no estilo de vida) que oferecem pouco ou nenhum benefício (dados os baixos níveis de risco), mas que podem ter importantes consequências físicas, psicológicas, sociais e financeiras para as pessoas.

Retornando à definição de violência institucional, pode-se depreender que a prevenção quaternária nada mais é que uma forma de a evitar, no que tange apenas aos aspectos da medicalização e tecnologização, reduzindo-se danos causados pelo excesso, pela falta ou pelo mau uso de procedimentos terapêuticos ou diagnósticos.

Um dos aspectos que mais se discute, quando da prevenção deste tipo de violência, além da modificação da forma como se graduam os profissionais de saúde, passa pela priorização de habilidades hoje não tão valorizadas e que dizem respeito à comunicação, empatia, vínculo, responsabilização, como mencionado.

Os profissionais de saúde, imersos em uma cultura que ainda tem o envelhecer como não desejado e associado à morte - vista como um fracasso do sistema de saúde e do próprio profissional - são instruídos para ocupar um *locus* que lhe é próprio, onde predominam seus saberes. O cuidado é então transferido para um contexto organizacional e tecnológico, do qual o profissional de saúde passa a depender cada vez mais, reproduzindo o efeito “halo” e a ilusão terapêutica, gerando violência institucional, desapercibida por eles e pela grande maioria das pessoas, em um processo de naturalização.

Conhecer as necessidades e especificidades das pessoas idosas, pessoas singulares e diversas; entender que a velhice é apenas uma das várias fases da vida; incluir o estudo do envelhecimento e não apenas das doenças dos idosos na formação destes profissionais, pode amenizar o quadro aqui apresentado.

Porém, há que se ressaltar que a violência institucional é parte do que se denomina “violências”, estruturalmente mais amplo, não um fenômeno natural, e sim histórica e socialmente produzido, que “amplia o sofrimento de muitos, as disparidades sociais, cerceia oportunidades e projetos de vida, inibe a escolha racional, favorecendo a escolha constrangida. Fomenta preconceitos e causa danos morais, psicológicos, físicos e até a morte” (Neto e Moreira, 1999 modificado de Almeida e Coelho, 2008, p.4).

## Referências

ALMEIDA, N.K.D.; COELHO, M.T.Á. D. *A Violência Estrutural*. 2008. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/viewFile/323/270>. Acesso em 23/02/2016.

AYRES, J.R. *Cuidado: Trabalho e Interação nas Práticas de Saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ/IMS- ABRASCO, 2009.

BERZINS, M.A.V.S. *Violência institucional contra a pessoa idosa: a contradição de quem cuida*. [Tese]. Universidade de São Paulo, 2009.

BRODERSEN, John et al. Overdiagnosis: what it is and what it isn't. *BMJ*, 23, 2018.

CASARETT, D. The Science of Choosing Wisely — Overcoming the Therapeutic Illusion. *N Engl J Med*. 374:1203-1205, 2016.

CUNHA, A.C.N.P.; CUNHA, N.N.P. & BARBOSA, M.T. Geriatric Teaching in Brazilian Medical Schools in 2013 and Considerations Regarding Adjustment to Demographic and Epidemiological Transition. *Revista Associação Médica Brasileira*, 62 (2):179-183, 2014.

FOUCAULT, M. *A História da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

LAGUARDIA, J. et. al. Qualidade do cuidado em saúde e a iniciativa “Choosing Wisely”. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2016, 10(1).

MANSO, M.E.G. Construção Ativa do Conhecimento: Experiência em um Centro Universitário de São Paulo, SP. *Revista Graduação USP*, v.2, n.3, p.151, 2017.

MANSO, M.E.G. *Saúde e doença: do controle sobre os corpos à perspectiva do adoecido*. São Paulo: Max Limonad, 2015.



MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2000, p. 109-116.

OLIVEIRA, C.C.; REIS, A. Questões epistemológicas e bioéticas da prevenção quaternária. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 22 [4]: 1485-1502, 2012.

PIZZANELLI, M; ALMENAS, M; QUIRÓS, R *et. al.* Prevenção Quaternária: Ética Médica, Avaliação e Eficiência nos Sistemas de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 11(Supl 2):75-85, 2016.

PROQUALIS. [Choosing Wisely Brasil](https://proqualis.net/choosing-wisely-brasil). 2018. Disponível em: <https://proqualis.net/choosing-wisely-brasil>. Acesso em 12/09/2018.

SANTOS, B.S. *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez Editora, 1987.

TESSER, C.D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Rev Saúde Publica*. 51:116, 2017.

UNASUS. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. 2013. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/>

*Data de recebimento: 10/04/2019; Data de aceite: 20/06/2019*

---

**Maria Elisa Gonzalez Manso** - Doutora em Ciências Sociais, com pós-doutorado e mestrado em Gerontologia Social pela PUC/SP. Master em Psicogerontologia, Universidade Maimônides, BS, Argentina. Médica, bacharel em Direito e professora dos cursos de Medicina da UNISA SP e Centro Universitário São Camilo SP. E- mail: [mansomeg@hotmail.com](mailto:mansomeg@hotmail.com)