



ISSN 1517-5928



*Textos sobre
Envelhecimento*



volume 3



nº 6

UnATI/UERJ



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Reitora:

Nilcéa Freire

Vice-reitor:

Celso Sá

Sub-reitor de Graduação:

Isac Vasconcellos

Sub-reitora de Pós-graduação e Pesquisa:

Maria Andréa Rios Loyola

Sub-reitor de Extensão e Cultura:

André Lázaro

Universidade Aberta da Terceira Idade

Direção:

Renato Peixoto Veras

Vice-direção:

Célia Pereira Caldas

Gerência de Pesquisa:

Shirley Donizete Prado

Gerência de Extensão:

Sandra Rabello de Frias

Gerência de Ensino e Formação de Recursos Humanos:

Alzira Tereza G. L. Nunes



Textos sobre *Envelhecimento*



n° 6

Rio de Janeiro
UnATI/UERJ
Ano 3 • Número 6
2001

Editor: Shirley Donizete Prado

Editores Associados: Renato Peixoto Veras,
Célia Pereira Caldas

Editor Executivo: Conceição Ramos de Abreu

Conselho Editorial

Adriano Cezar Gordilho – Salvador/UFBA
Alexandre Kalache – Geneva/OMS
Emílio H. Moriguchi – Porto Alegre/PUC-RS
Evandro Coutinho – Rio de Janeiro/FIOCRUZ
Luiz Roberto Ramos – São Paulo/UNIFESP
Martha Pelaez – Washington,DC/OPAS
Úrsula Margarida Karsch – São Paulo/PUC-SP

Conselho Consultivo

Andréa Prates – São Paulo/CIES
Anita Liberalesso Neri – Campinas/UNICAMP
Benigno Sobral – Rio de Janeiro/UnATI-UERJ
Daniel Groisman – Rio de Janeiro/UFRJ
Eliane de Abreu Soares – Rio de Janeiro/UERJ
Emílio Jeckel Neto – Porto Alegre/PUC-RS
Guita Grin Debert – Campinas/UNICAMP
Beatrice Mânica da Cruz – Porto Alegre/PUC-RS
Jane Dutra Sayd – Rio de Janeiro/UERJ
Lúcia Hisako Takase Gonçalves – Florianópolis/
UFSC
Mabel Imbassahy – Rio de Janeiro/UnATI-UERJ

Estagiária

Carolina Silvano

Pesquisa Bibliográfica

Iris Maria Carvalho dos Santos

Nota: a Revista Textos Sobre Envelhecimento reúne produção científica neste âmbito de conhecimento, tendo como objetivos primordiais subsidiar discussões e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento. Os trabalhos são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Assinatura: anual, em qualquer época do ano.

Preço: R\$ 15,00 para pessoas jurídicas e R\$ 10,00 para pessoas físicas. Números anteriores podem ser adquiridos ao preço de R\$ 5,00 cada exemplar.

Aceita-se permuta.

Tiragem: 500 exemplares

Toda correspondência sobre produção, distribuição e assinatura deve ser encaminhada ao Editor Executivo no seguinte endereço:

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Universidade Aberta da Terceira Idade

Gerência de Pesquisa – Centro de Informação da UnATI – Textos sobre Envelhecimento

Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar - bloco F – Maracanã

Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20 559 – 900

Telefones: (21) 2587-7236 / 7672 / 7121 Ramal 6 – Fax: (21) 2264-0120

E-mail: crdetext@uerj.br – Internet: www.unati.uerj.br

Esta é uma Produção do Centro de Informação da UnATI, vinculado à Gerência de Pesquisa da UnATI – UERJ, e está disponível gratuitamente, em texto integral, no site www.unati.uerj.br/crde/crde.htm

**CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/PROTAT**

T 355 Textos sobre envelhecimento. - Vol. 1, n. 1 - (nov. 1998)- .-
Rio de Janeiro : UERJ, UnATI, 1998-
v. : il.
Semestral
ISSN 1517-5928

1. Envelhecimento - Aspectos sociais - Periódicos. 2.
Idosos - Cuidados médicos - Periódicos. 3. Idosos - Condições
econômicas - Periódicos. I. Universidade Aberta da Terceira Idade.

CDU 612.67(05)

SUMÁRIO
CONTENTS

EDITORIAL 5

TEXTOS SOBRE ENVELHECIMENTO NO
CONTEXTO DA COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA
ELETRÔNICA

The Texts on Ageing / Textos sobre Envelhecimento
Journal within the context of scientific eletronic
communication

Shirley Donizete Prado

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VIOLÊNCIA
CONTRA OS IDOSOS 9

The Social Construction of Violence against Aged People

Andréa Moraes Alves

DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E
CUIDADO AO IDOSO 33

Maintainable Development and Care to Aged People

Silvana Sidney Costa Santos

LEVANTAMENTO DO PERFIL DE IDOSOS
INTERNADOS EM UM HOSPITAL GERAL:
ANÁLISE DO PROCESSO DE INTERNAÇÃO
FRENTE ÀS DEMANDAS DA POPULAÇÃO GERIÁTRICA 47

Survey on the profile of hospitalized elderly in a
general hospital: analysing the process of stay concerning
demands of the geriatric population

Luciana Branco da Motta

EDITORIAL

Textos sobre Envelhecimento no contexto da comunicação científica eletrônica

*The Texts on Ageing / Textos sobre Envelhecimento Journal
within the context of scientific electronic communication*

Diversas concepções acerca do mundo atual têm estado na pauta das discussões no cenário internacional, dentre as quais aquelas que propugnam a vigência de uma sociedade da informação. Entre os autores que produzem nesse campo, as concepções vão desde considerações acerca do papel das inovações tecnológicas na área da informação no mundo globalizado até os que visualizam a concretude futura da computopia: um mundo de plena felicidade para a humanidade, construído a partir da informatização sem fronteiras.

De fato, percebemos um mundo cada vez mais informatizado e reconhecemos o quão amplas e profundas se anunciam as conseqüências para a humanidade em futuro não tão distante. Mas, em que pese a possibilidade de identificação e discussão de tendências, a previsão do futuro não está em nossas mãos.

É no espaço das possibilidades que situamos nossas considerações. O mundo da comunicação científica corresponde a uma força expressiva no desenvolvimento da informatização global.

Na América Latina, destaca-se o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME, que é um Centro Especializado da OPAS/OMS - <http://www.bireme.br>), em suas iniciativas de constituição de uma rede cooperativa de informação científica no campo da saúde: a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As características deste projeto merecem registro.

O desenvolvimento da BVS na América-Latina e Caribe iniciou-se em 1998, como uma estratégia de cooperação em informação científico-técnica da OPAS para os próximos anos. A BVS, como biblioteca, é uma coleção descentralizada e dinâmica de fontes de infor-

mação que tem como objetivo o acesso democrático ao conhecimento científico-técnico em saúde. Esta coleção opera em rede de produtos e serviços na Internet, de modo a satisfazer progressivamente as necessidades de informação em saúde de autoridades, administradores, pesquisadores, docentes, estudantes, profissionais, técnicos, meios de comunicação e o público em geral. Distingue-se do conjunto de fontes de informação da Internet por obedecer critérios de seleção e controle de qualidade. A BVS está em desenvolvimento nos países da América Latina e Caribe em âmbito nacional, regional e temático. Atualmente, estão em andamento cerca de 20 projetos. (BIREME, 2000)

O nosso Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento (CRDE) é um Centro Cooperante da BIREME/OPAS/OMS. Partilhando das concepções que marcam a constituição da BVS, temos trabalhado no desenvolvimento de bancos de dados geronto-geriátricos para disponibilização na Internet. Neste mês de julho de 2001 entra em operação a primeira versão do espaço do CRDE no *web site* da UnATI-UERJ: www.unati.uerj.br. Trata-se de um primeiro passo na busca de oferecer aos interessados na temática do envelhecimento humano informações qualificadas de abrangência nacional..

Na página específica www.unati.uerj.br/crde/crde.htm, o usuário encontrará *links* para pesquisa bibliográfica em Nosso acervo especializado e no Catálogo Nacional de Teses e dissertações em geriatria e gerontologia, perfazendo um total de quase mil títulos para busca, utilizando as mais avançadas ferramentas de pesquisa bibliográfica na *web*.

Os interessados poderão beneficiar-se do serviço de alerta bibliográfico CRDE Informa, que corresponde a um boletim eletrônico que informa novos lançamentos em geriatria e gerontologia no Brasil

Estão disponíveis também informações acerca dos Cursos de pós-graduação no Brasil que contam com orientadores neste campo do conhecimento; Instituições asilares do Rio de Janeiro; Legislação nas esferas federal, estadual e municipal; Publicações da UnATI-UERJ; e Revistas científicas, com *links* para os principais títulos nessa área. Em breve novos bancos de dados serão disponibilizados, buscando sempre o oferecimento de tecnologias de ponta que facilitem a navegação por conteúdos qualificados.

De modo especial, destacamos nossos *Textos sobre Envelhecimento*, a partir de agora em versão *on line*, integralmente disponível desde o primeiro número. Mais que facilidade no acesso, informamos também

algumas mudanças importantes na Revista, compondo o conjunto das iniciativas que vimos implementando no CRDE: o Corpo Editorial está totalmente reformulado, contando com nomes expressivos nos planos nacional e internacional. O processo de avaliação dos artigos recebidos incorporou os procedimentos de avaliação por pares, como forma de qualificar o produto final. Assim, nosso periódico que nasceu há três anos como “Série Temática” para divulgar a produção da UnATI-UERJ, hoje, em seu sexto número, amadureceu e inicia sua jornada pioneira como “Revista”, a primeira em texto integral neste campo do conhecimento na Internet, aberta ao recebimento de artigos de todos os quadrantes brasileiros e do exterior.

Na esfera das possibilidades que podemos vislumbrar para o futuro, consideramos que estamos dedicando nosso trabalho à redução das desigualdades sociais, mais acentuadas quando o tema é informação digital. Nossas parcerias com instituições sólidas no campo da disseminação qualificada de informação técnico-científica correspondem à construção de bases para que possamos contribuir com iniciativas que visem ao envelhecimento mais saudável possível no Brasil e no mundo.

Shirley Donizete Prado
Editor

A Construção Social da Violência Contra os Idosos *The Social Construction of Violence against Aged People*

Andréa Moraes Alves*

RESUMO

O artigo "A Construção Social da Violência contra os Idosos" tem como objetivo principal analisar o processo de produção dos sentidos da violência contra os velhos. Para isso, o artigo toma como foco de análise, um programa governamental chamado "Ligue Idoso". Esse programa recebe denúncias de maus tratos contra pessoas idosas, encaminhando-as para os órgãos competentes. Através do trabalho dos profissionais envolvidos com o programa é possível observarmos os conflitos e as interpretações acerca da violência contra o velho no Rio de Janeiro, qual encaminhamento deve ser dado a ela, quem são esses velhos e como são os possíveis agressores

Palavras-chave: idoso; violência; programas governamentais; maus-tratos ao idoso; direito dos idosos.

INTRODUÇÃO

"Somos sempre o jovem ou o velho de alguém." Com essa expressão, extraída do texto de Pierre Bourdieu, "A Juventude é apenas uma palavra", resume-se a dificuldade que encontramos ao tentar demarcar os limites e sentidos das idades e das gerações. As diferentes fases do ciclo da vida são socialmente manipuladas e comportam arbitrariamente características, qualidades, deveres e direitos. A imputação de algumas prerrogativas para determinada fase da vida é feita sempre em relação com o que se considera socialmente apropriado para essa fase e não para outra. Essas prerrogativas mudam ao longo do tempo e também não são as mesmas em todos os lugares.

Com a preocupação de iniciar um estudo sobre o campo de lutas que constitui as fases da vida e os limites que são atribuídos a elas em nossa sociedade, esse artigo tem como tema a construção que o estado faz da categoria idoso¹ e dos riscos que afetam esse segmento social. Lembremos que, além de não podermos naturalizar as idades, também não podemos supor que o estado seja um todo homogêneo, sem fissuras e cuja apresentação de si seja coesa e unívoca. O que se chama por estado aqui

deve ser identificado e, a partir desse ponto de vista, será feita a apresentação sobre de que forma esse estado constrói um sentido para a palavra idoso.

Esse estudo toma como contexto a trajetória das políticas sociais brasileiras voltadas para a velhice e detém-se em um programa social específico, realizado pelo governo do estado do Rio de Janeiro, a partir do ano de 1999, cujo objetivo é responder às denúncias de maus tratos contra os idosos do Rio de Janeiro, além de servir como orientador da população idosa sobre seus direitos. Esse programa - conhecido como "Ligue Idoso" - está baseado em outras experiências governamentais que possibilitam à população fazer denúncias anônimas de maus tratos e outras violências pelo telefone, como o Disque Denúncia, implantado em 1994 pela Secretaria de Segurança Pública.

O programa "Ligue Idoso" foi escolhido como foco de análise porque permite responder a perguntas sobre as formas vigentes de classificação social do idoso, incluindo nessa classificação a dimensão de risco, ou seja, quais são os fatores tidos como ameaçadores à segurança dos idosos (as) e dos quais eles (as) devem ser protegidos(as). Minha tese é de que as categorias de idade também envolvem a crença de que determinadas fases da vida são mais propensas a correr certos tipos de risco do que outras, gerando uma distribuição etária das ameaças e com ela uma pauta de recomendações acerca do que os velhos ou os jovens devem fazer para evitar o risco². A busca pela proteção pode, muitas vezes, revelar-se em campanhas agressivas que condenam certos atos, colocando-os no rol de atitudes negativas que depreciam a imagem de quem as executa; por exemplo, as campanhas publicitárias contra o uso de drogas, em geral voltadas para os jovens.

Esse artigo está organizado da seguinte forma: em primeiro lugar apresento uma visão geral das políticas voltadas para o segmento mais velho da população em nosso país; em seguida, uma descrição do programa "Ligue Idoso", situando-o no conjunto de políticas implementadas pelo Estado. Participei do cotidiano de trabalho do programa como pesquisadora e dediquei 8 horas semanais, durante cerca de 1 mês e meio, para estar junto às assistentes sociais que fazem o atendimento, observando seu trabalho, a forma como operam com a categoria de "idoso" e como se

constrói a noção de risco e perigo para esse grupo. O terceiro momento do texto oferece ao leitor uma análise das categorias acionadas por esse programa para tratar dos mais velhos e dos riscos que lhes são imputados. Gostaria de esclarecer desde já que não me proponho a fazer uma avaliação do programa e de seus objetivos e alcances, como se faz usualmente nas análises de políticas públicas. Meu propósito é situar as representações da velhice que, através desse programa, se constroem e se apresentam em nossa sociedade atual.

AS POLÍTICAS SOCIAIS VOLTADAS PARA A VELHICE

A partir da década de 90, multiplica-se, em larga escala, o número de leis federais, estaduais e municipais que contemplam a velhice no Brasil. Esse impulso na legislação é acompanhado pela constatação, através de pesquisas demográficas, de um crescente e irreversível processo de aumento do número de velhos no Brasil.

“Segundo projeção a partir dos dados do Censo Demográfico de 1980, a população idosa, composta por pessoas de 60 anos ou mais, alcança a marca dos 12.674 milhões em 1999 e representa 7,7% da população brasileira (...) Enquanto a população com menos de 20 anos cresceu 12% de 1980 a 1999, a população idosa cresceu, neste mesmo período 70%, passando de aproximadamente 7,2 milhões de idosos para 12,6 milhões.” (Araújo & Alves, 2000, p.08)

O estado do Rio de Janeiro se destaca nas estatísticas como o estado brasileiro que contém a maior proporção de idosos na população total: são 11,2%.

As primeiras legislações sociais federais que se referem diretamente a esse segmento da população são³: a Constituição de 1934 que, em seu artigo 121, registra a “instituição de previdência, mediante atribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte”; a “aposentadoria-velhice”, criada pelo Ministério do Trabalho e pelo INPS, em 1973, para os homens com mais de 65 anos e para as mulheres com mais de 60 anos - em 1991, a “aposentadoria-velhice” passa a chamar-se

oficialmente de “aposentadoria por idade”, efeito das mudanças de significado social da palavra “velhice”⁴ - o decreto-lei de 1974 que instituiu uma pensão vitalícia para os maiores de 70 anos (Peixoto,2000) e, em 1977, a “Política Social do Idoso”, definida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, que apresenta como um de seus objetivos a implantação de um “programa médico-social” para o idoso. (Goldman,1999)

A proliferação de leis em favor do segmento mais velho da população inaugura-se com a Constituição Federal de 1988. No capítulo da Seguridade Social, seção IV, relativa à assistência social, estabelece o artigo 203 que a assistência tem por objetivo “proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice” e garante “um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.” O Capítulo VII da Constituição Federal ainda prevê 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” (art.230)

A Lei Orgânica da Assistência Social, datada de 1993, obedecendo à Constituição, institui o “Benefício de Prestação Continuada”, ou seja, “a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com setenta anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.” (art.20)⁵

Em 1994, a Lei n.8842 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso⁶, considerando-se como idoso para efeito desta Lei a pessoa maior de sessenta anos. “A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.” (art.1º).

No âmbito estadual⁷, a Constituição Estadual do Rio de Janeiro, no Capítulo III, estabelece que “é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao idoso, com absoluta prioridade, direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a

salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (art.45). A Constituição ainda prevê o estabelecimento dos conselhos de defesa dos direitos dos idosos e das crianças e adolescentes (art. 62). O primeiro foi instituído em setembro de 2000.

Em 1996, a Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro aprova a Declaração Estadual dos Direitos do Velho. No texto da Declaração, lê-se: “Todo homem que tenha atingido os 65 anos, ou que seja considerado velho para o desempenho de função na vida social, por haver passado de certa idade, gozará dos direitos constantes desta Declaração.”

A Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro, em seu artigo 12, repete os mesmos princípios da Constituição Estadual: “O município buscará assegurar à criança, ao adolescente e ao idoso, com absoluta prioridade, o direito à vida, à moradia, à saúde, à alimentação, à educação, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária e à primazia no recebimento de proteção e socorro, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” A Lei Orgânica ainda prevê, em seu art.127, a criação do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Atualmente, esse conselho está em fase de estruturação.

Outras legislações que atingem a pessoa idosa e que podem ser lembradas aqui são aquelas que se referem ao lazer, como: a Lei n.2593 de 1996 que “autoriza o poder executivo do Estado do Rio de Janeiro a permitir a cessão, aos sábados e domingos, das áreas de recreação existentes nos colégios estaduais aos grupos de terceira idade, legalmente formados ou que venham a constituir-se para utilização como espaço de lazer”; a Lei 2796 de 1997 que “assegura ao idoso (maior de 65 anos) o ingresso gratuito em museus e casa de cultura de propriedade do Estado do Rio de Janeiro” e a Lei estadual 2454 de 1995 que “obriga os cinemas localizados no Estado a concederem aos maiores de 65 anos desconto de 50% na compra de ingressos para a primeira sessão de exibição de filmes, em todos os dias da semana”; as políticas de atenção à saúde, como: a Lei 2795 de 1997 que “autoriza o poder executivo do Estado do Rio a criar o ‘Programa de Vacinação para a Terceira Idade’ e a Lei municipal n.2384 de 1995 que “dispõe sobre o atendimento geriátrico nos hospitais da rede pública municipal”. Além dessas medidas, lembramos ainda: a Resolução

Sectran 557 de 1992 que regulamenta o uso gratuito de transportes coletivos para maiores de 65 anos e as legislações que obrigam a prioridade no atendimento em caixas de supermercado, agências bancárias e repartições públicas para maiores de 65 anos, no estado do Rio de Janeiro. Ainda no âmbito do estado, ressalto a criação da Delegacia Especial de Atendimento à Pessoa da Terceira Idade (Lei 2200 de 1993) e do Núcleo Especial de Atendimento à Pessoa Idosa da Defensoria Pública (Resolução DPGE n.80).

Esse conjunto de leis demonstra a crescente preocupação do Estado em contemplar o segmento mais velho da população⁸. Essa preocupação tem orientado as ações do atual governo do estado do Rio de Janeiro⁹, gerando algumas propostas de ação voltadas para os idosos - lembro que esse é o termo usualmente utilizado pelo estado, através da legislação e do discurso de seu "pessoal especializado", para referir-se às pessoas acima de 60/65 anos de nossa sociedade. A Subsecretaria de Ação Social e Cidadania tem se responsabilizado pelas políticas de atenção ao idoso no estado¹⁰. Com o nome de Programa de Atendimento à Pessoa Idosa, alguns projetos voltados para os idosos têm disputado espaço com uma série de outros programas e projetos. Embora seja uma disputa ainda desigual¹¹, se somarmos as iniciativas estaduais com as legislações já existentes observaremos um processo de "descoberta do idoso" como agente político importante em nossa sociedade.

O PROGRAMA DE ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA

O programa, executado pela Subsecretaria de Ação Social e Cidadania do Estado do Rio de Janeiro, abrange ações voltadas para os idosos. A maioria dos projetos, cinco, é direcionada para o lazer do idoso, são eles: "A Cidade da Melhor Idade", "Integrando Gerações", "Na Trilha da Vida", "Ação Cultural Itinerante", "Visitando o Maracanã" e os "Centros de Convivência" que, além de atividades de lazer e socialização, pretende oferecer também atendimento médico. Há, também, no âmbito do Programa de Atendimento à Pessoa Idosa do governo do estado, a previsão de realização de um censo dos asilos para idosos e dos asilados no Estado do Rio, com o objetivo de diagnosticar a situação dessas instituições e de seus internos. O programa "Ligue Idoso/Ouvidoria" - é esse seu nome comple-



to - encontra-se em atividade desde julho de 1999 e é o único em operação no Programa de Atendimento à Pessoa Idosa que não se vincula à idéia de promoção do lazer para os idosos, mas à defesa de direitos civis. O programa tem como objetivo “atender e encaminhar as denúncias de maus tratos e de desrespeito à legislação concernente a pessoa idosa, quanto a abuso e lesões de seus direitos, servindo para identificar situações de risco e no combate à violência doméstica física e psicológica, exploração, discriminação e outras ações classificadas na linha de maus tratos.” (Relatório Anual do Ligue Idoso/Ouvidoria, 2000, p.01)

O Programa de Atendimento à Pessoa Idosa funciona em uma pequena sala no prédio anexo ao Palácio Guanabara, sede do governo do estado. Na sala trabalham quatro assistentes sociais, uma estagiária de serviço social, uma digitadora, um estagiário e a coordenadora do programa de atendimento ao idoso. A maior parte do tempo de trabalho das assistentes sociais e da digitadora é consumido pelo “Ligue Idoso”. As assistentes sociais atendem aos telefonemas e relatam todos os atendimentos feitos. A digitadora coloca os dados no computador sob a forma de uma ficha de registro. Ao fim de cada mês ela, também, é responsável pela produção de uma estatística dos atendimentos.

Em geral, três assistentes sociais atendem telefonemas e fazem relatos. Existem três aparelhos telefônicos na sala, mas somente dois em condição de uso. Mesmo com essa infra-estrutura modesta, a carga de trabalho é grande; menos por um excesso de telefonemas/dia e mais pela forma como o serviço é prestado. As assistentes sociais tentam extrair o máximo possível de informações sobre o caso para que possam orientar o denunciante/usuário com mais segurança. Com isso, os atendimentos chegam a demorar alguns minutos¹². Grande parte das ligações é de gente que deseja obter alguma informação sobre serviços públicos e legislação ou de denúncias de maus tratos. Mesmo os problemas mais pontuais, como a demanda por um serviço ou um esclarecimento legal, pode demorar porque a prática do atendimento compreende que o denunciante/usuário precisa ser ouvido e que o atendimento tem que ser feito de forma a deixar aquele que usa o serviço confiante e esclarecido. Cada atendimento deve ser relatado por escrito, preservando ao máximo as expressões utilizadas pelo próprio denunciante/usuário. Uma vez registrada, a denún-

cia ganha um número de senha que é informado ao denunciante/usuário para que, através dela, ele (a) possa se informar sobre o andamento de seu caso. O prazo mínimo de retorno que se pede para o denunciante/usuário é de cinco dias úteis. A senha garante ainda o sigilo sobre a identidade do denunciante que, assim, não precisa se identificar¹³.

Além de atender o telefone e relatar denúncias, a assistente social é responsável também pelo seu encaminhamento aos órgãos competentes. O encaminhamento obedece a uma classificação prévia do conteúdo dos telefonemas. A classificação foi elaborada pelas próprias assistentes sociais junto com a coordenadora do programa e organiza-se da seguinte forma:

a) “denúncias de maus tratos: conflito familiar, conflito de vizinhança, conflito entre casal, conflito interpessoal, agressão física, ameaça de morte, negligência asilar, negligência hospitalar, discriminação, abandono e apropriação de bens.” (Relatório Anual do Ligue Idoso, p.03) Cada um desses tipos de maus tratos é definido segundo suas características:

- conflitos são entendidos como “brigas, xingamentos (sic), discussão, humilhação sem agressão física”;
- abandono é o nome que se dá “quando o idoso é abandonado em hospitais, instituição asilar, residência ou nas ruas por familiares”;
- apropriação de bens, “quando o denunciante ou o próprio idoso declara que algum membro da família, vizinho, empregado ou procurador, apropriou-se de seus rendimentos, de seu imóvel ou de qualquer outro bem que possua sem o aval do idoso”;
- negligência asilar, “quando o denunciante relata que o responsável técnico pela instituição não possui título de qualificação profissional na área de saúde, que a instituição não possui instalações físicas conforme determina a Portaria 810 do Ministério da Saúde, a inexistência de sistemática adequada na operacionalização dos serviços de substituição dos utensílios de cama, mesa e banho, a inexistência de quadro de funcionários qualificados para atender às necessidades básicas do idoso, tais como: saúde, alimentação, higiene e repouso, que a instituição asilar pratica lesões físicas e agressões verbais”;
- negligência hospitalar, “quando o denunciante relata que o idoso não vem recebendo o atendimento adequado por parte da equi-

pe da unidade de saúde, no que se refere a horários de medicação e enfermagem”;

- discriminação, “quando o idoso relata que lhe foi negado o direito de abrir crediários, seguros de saúde, seguro de vida, restringindo assim o exercício de cidadania.” (Relatório Anual do Ligue Idoso, p.03-04)

b) “Denúncias de desrespeito: descumprimento das leis que amparam o idoso, com referência a: transportes, atendimento em repartições públicas, bancos, supermercados, ingressos à casa de cultura, internações e atendimentos hospitalares, pagamento de impostos, utilização de espaços públicos.” (Relatório Anual do Ligue Idoso, p.04)

c) “Denúncias previdenciárias: problemas na revisão de cálculos de aposentadorias e pensões, interrupção de pagamento de benefícios, andamento de processos iniciais de aposentadoria e pensão, recadastramento de beneficiários, liberação de pagamento de benefícios, pagamento bloqueado de benefícios” (Relatório Anual do Ligue Idoso, p.05)

d) “Denúncias de desaparecimento”

e) “Ouidoria: situações de atendimento imediato sem que haja demanda de encaminhamento formal do Ligue Idoso ao órgão competente. Destina-se a orientar e esclarecer o idoso ou o denunciante quanto a seus direitos e reivindicações junto aos órgãos de competência” (Relatório Anual do Ligue Idoso, p.05)

Com o telefonema registrado e classificado, as assistentes sociais, através de fax e telefone, contatam as instituições competentes, expõem a situação e pedem providências. Dependendo do conteúdo do caso, as denúncias podem ser enviadas para: Delegacia Especial de Atendimento à Pessoa de Terceira Idade, Núcleo Especial para Atendimento da Pessoa Idosa/Defensoria Pública, órgãos responsáveis pelo serviço de transporte urbano, INSS, PROCON, rede hospitalar municipal e estadual, coordenadorias regionais e secretarias municipais de promoção social. Também faz parte da atividade checar se as denúncias foram efetivamente respondidas pelos órgãos acionados. Isso se faz através de recebimento de resposta por escrito da instituição acionada para resolver o caso, declarando seu parecer - o que a instituição deve fazer em no máximo quinze

dias, o que não ocorre¹⁴, ou também procurando contato direto com as vítimas para saber como está sua situação. Algumas vezes, as próprias assistentes sociais verificam denúncias *In loco* ou recebem usuários pessoalmente, o que não é oficialmente incentivado.

Em um ano de programa, registraram-se 863 denúncias, o que perfaz uma média de 3,5 atendimentos/dia. Desse universo, 308 correspondem a denúncias que se encaixam na classificação de maus tratos, 245 são casos que se apresentam sob a rubrica de ouvidoria e 148 são denúncias acerca do uso dos meios de transporte coletivo nas cidades. As demais denúncias distribuem-se sob as categorias de desrespeito (72), negligência (73), população de rua (06), abandono (03) e desaparecimento (08). Não se sabe exatamente a que essas últimas denúncias se referem e, se levarmos em conta a classificação acima apresentada, a estatística coloca em separado denúncias que supostamente deveriam estar juntas, como no caso da negligência - de quem? - que deveria ser classificada como maus tratos. De qualquer maneira, as três grandes áreas de denúncia que aparecem no "Ligue Idoso" são de casos relacionados a maus tratos, ouvidoria e desrespeito aos direitos de uso do transporte público urbano pelos idosos.

Se tomarmos o universo dos chamados "casos resolvidos", observamos que, em sua maioria, referem-se também às três áreas apontadas acima: maus tratos, ouvidoria e transportes. Em um ano de programa, foram resolvidas 481 denúncias, ou mais de 50% dos casos. Ouvidoria é o tipo de denúncia que é sempre registrada como resolvida porque trata-se da prestação de um esclarecimento ao usuário do serviço, portanto, ela tem uma efetividade praticamente absoluta. Já as denúncias de maus tratos e aquelas relativas a transportes encontram maior dificuldade, pois dependem diretamente da articulação com outros órgãos. Por isso, entre as 308 denúncias de maus tratos, 120 foram resolvidas (39%) e das 148 denúncias sobre meios de transporte, 35 foram solucionadas (23,6%).

O que se entende por "caso resolvido" é a denúncia que, sendo encaminhada ao órgão competente, recebeu por parte deste algum tipo de atenção, ou seja, uma resposta escrita foi enviada ao "Ligue Idoso", atestando que alguma providência estava sendo tomada para solucionar a situação. O "caso resolvido" não implica necessariamente que a assistente

social do “Ligue Idoso” saiba efetivamente a que termo o caso chegou. Algumas denúncias acabam se tornando processos judiciais que vão percorrer um longo caminho até serem realmente solucionadas. Também são registradas como resolvidas, denúncias que se provaram infundadas ou casos em que o próprio denunciante desiste da denúncia ou nega o seu teor posteriormente. Isso é bastante comum nos casos de maus tratos. Nos casos de maus tratos vistos como conflitos, ou seja, sem agressão física, a efetividade da solução tende a ser maior porque a intervenção direta da assistente social, entrando em contato com o acusado e com a vítima, permite um restabelecimento, pelo menos verbal, das relações entre os envolvidos.

Entre a classificação padronizada, o registro de cada caso pela assistente social e o encaminhamento da denúncia há uma distância. Essa distância demonstra uma certa flexibilidade que as assistentes sociais adotam em relação ao catálogo de classificações. Observei que elas costumam conversar umas com as outras sobre as denúncias e qual a melhor forma de encaixá-las na estatística ou de encaminhá-las. Quando não parece haver consenso, a voz da coordenadora ou da assistente social que está há mais tempo no trabalho, decide. Um caso por mim observado demonstra bem o grau de liberdade de interpretação que pode surgir na hora de classificar uma denúncia. Uma assistente social atendeu ao telefonema de uma instituição asilar que reclamava de um idoso que fora deixado na instituição, sem dinheiro e sem documentos, pela própria filha. O asilo estava tentando localizar a mulher, mas sem sucesso. Pediam então que a assistente social tentasse localizá-la através do número que ela havia deixado e do endereço. A assistente social liga para o número de telefone que lhe foi passado e também não consegue localizar a senhora. Ela comenta comigo e com a outra assistente social o “absurdo” da situação de “abandono” do idoso. Essa outra assistente social acha que a instituição é quem deve ser responsabilizada porque eles não podiam ter aceito um idoso sem documentação. Diante do impasse, se é um caso de negligência ou de abandono, a coordenadora, chamada a opinar, define a situação como “apropriação indébita” da filha que privou o pai de seu dinheiro e de seus documentos. De qualquer forma, permaneceu-se no campo dos maus tratos. O encaminhamento para o caso é o de tentar localizar a filha do idoso para que ela volte a se responsabilizar pelo pai, “como manda a Lei”¹⁵.



Como demonstra esse caso, as denúncias passam por um processo de “classificação” e “solução”. Nessa dupla grade de leitura, podemos perceber alguns riscos projetados para a velhice, ou para uma parte dela. Essa projeção é, em parte, uma forma de organização do risco pelo estado - forma essa que envolve contínuas disputas de interpretação por parte daqueles que operam o programa - e, por outro lado, é também um meio de expressão da/sobre a população mais velha¹⁶. O “Ligue Idoso” oferece um canal por meio do qual circulam representações sobre os tipos de ameaças ao segmento mais envelhecido da população de nosso estado.

OS CASOS

Um estudo mais atento de um conjunto de denúncias pode nos fornecer pistas importantes para delinear uma imagem de velhice e de risco para a velhice que estão sendo colocados em nossa sociedade.

O maior número de queixas registradas no “Ligue Idoso”, em seu primeiro ano de operação, concentra-se nas áreas de maus tratos, ouvidoria e transportes, como já mostramos. A partir de uma amostra do universo de “casos resolvidos” de denúncias de maus tratos, podemos perceber quais são as situações de risco mais reveladas pelo programa, os atores que fazem parte destas situações, como se relacionam e quais categorias são manejadas para descrevê-los.

A opção pelas denúncias de maus tratos é meramente operacional. Seria igualmente interessante cobrir também as denúncias relacionadas aos transportes urbanos e os casos de ouvidoria como formas de representação do risco para a velhice. Mas, por uma questão de tempo e espaço, limitar-me-ei ao estudo dos casos de maus tratos.

O estudo dos chamados “casos resolvidos” justifica-se por dois motivos: 1) como pesquisadora, eu não pude ter acesso às fichas de registro dos casos que ainda fossem considerados “em tramitação”, ou seja, que ainda não haviam recebido nenhum tipo de resposta da instituição acionada para resolvê-lo. A coordenação do programa e as assistentes sociais não julgaram apropriado fornecer-me esse material, sem que ele tivesse sido contemplado pela instituição responsável e 2) os “casos resol-

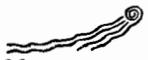
vidos” contêm informações sobre todo o andamento do caso até a sua suposta conclusão, o que me daria material para compreender os desenvolvimentos da denúncia, o tempo de resposta, a caracterização dos envolvidos pelo órgão competente e sua relação com o “Ligue Idoso”.

Um outro ponto fundamental em relação às denúncias é que precisamos compreendê-las como versões de um fato e como formas de representação do risco na velhice. O quadro que esboçamos aqui refere-se ao jogo de imagens que se produz sobre a violência contra os idosos. Essas produções são elaboradas pelos profissionais que trabalham no programa, pelas instituições que são acionadas para responderem pela situação de risco denunciada e pela população que utiliza o serviço. Essas visões sobre o que é a violência contra o idoso, tratada aqui sob a categoria “maus tratos”, nos mostram um conjunto de significados que atribuem sentidos ao que é ser velho e qual tipo de perigo afeta esse velho em nosso estado.

Dos 120 casos resolvidos ao longo de um ano de existência do programa - junho de 1999 a junho de 2000 - recolhi uma amostra aleatória de 50 denúncias e analisei as seguintes categorias: sexo e idade das vítimas, local das ocorrências denunciadas, grau de relação entre a vítima e o acusado, sexo do acusado, grau de relação entre o denunciante e a vítima, os tipos de maus tratos e os resultados obtidos até que o caso fosse considerado “resolvido” pelo programa. Essas categorias foram escolhidas por que são as que constam nas fichas e nos documentos relativos aos casos resolvidos.

Em 50 denúncias computaram-se 53 vítimas - em 2 casos as vítimas eram casais de velhos. Entre essas vítimas, 45 são mulheres e apenas 8 são homens. Esse dado revela que a imagem de violência com a qual lidamos através do “Ligue Idoso” é de um risco majoritariamente feminino¹⁷. A distribuição etária das vítimas é homogênea. Na faixa de 60 a 70 anos foram calculadas cerca de 18 vítimas; entre 71 anos de idade e 80 anos de idade, somou-se 16 vítimas e entre 81 e 90 contaram-se novamente 16 vítimas.

As ocorrências registradas concentram-se em outros municípios do estado do Rio (22 denúncias). Na capital, Rio de Janeiro, as denúncias ocorrem na zona norte (16 casos), na zona sul (11 casos) e na área do Centro da cidade (1 caso).



Os acusados de maltratarem os idosos possuem os seguintes modos de relacionamento com suas vítimas: 43 denúncias envolviam familiares da vítima como seus agressores. Esses familiares moravam com o(a) idoso(a). São cônjuge, filhos, irmãos, netos ou parentes afins. Em 2 casos, o acusado era um vizinho, em outros 2, o procurador, que não possuía grau de parentesco com a vítima. Em 1 caso, o agressor teria sido um médico e em outro houve uma denúncia contra a cuidadora. Um ponto curioso na caracterização do agressor, sempre que este é um membro da família, é que a ficha de registro, preenchida pela assistente social, conta com alguma observação sobre idade do acusado - sempre ressaltando-se o fato de ser jovem - sua inserção no mercado do trabalho - desempregado ou profissional de prestígio - e referências a alcoolismo ou doença mental. Esse dado nos apresenta a idéia de que os casos de agressão são percebidos como acontecendo prioritariamente dentro da casa do idoso(a) e que fatores como: juventude - sempre relativa à idade da vítima, pois para um idoso(a) de 80 anos, um agressor de 50 é considerado novo; desemprego ou seu extremo oposto, uma inserção em posto de prestígio no mercado; e, comportamentos desviantes são características necessárias para se referir ao agressor.

Em relação à variável sexo dos acusados não observamos a mesma diferença que podemos identificar nas vítimas, já que os agressores são tanto homens quanto mulheres. Na amostra de 50 denúncias, nos casos em que se identificaram o sexo dos denunciados, encontramos 25 homens e 24 mulheres.

O tipo de relacionamento entre o denunciante e a vítima é o dado mais difícil de ser identificado porque o denunciante pode manter sua identidade sob sigilo. Em metade das denúncias, ou seja, 25 casos, não há como saber o grau de relacionamento do denunciante com a vítima. Nos demais casos, observa-se que 7 denunciante eram vizinhos da vítima, 7 pertenciam a sua família, 4 eram instituições asilares ou hospitalares, 4 eram as próprias vítimas e 3 diziam-se amigos da vítima. O que mostra que aqueles que denunciam são ligados à vítima por laços de parentesco ou de vizinhança, sendo que as próprias vítimas ou pouco denunciam ou têm medo de se identificar.

Em relação à natureza dos maus tratos identificados nas denúncias, verifica-se a seguinte distribuição: negligência (22 ocorrências), maus tra-

tos físicos (14 ocorrências), apropriação de bens e pensão (13 ocorrências), abandono (10 ocorrências), maus tratos psicológicos (8 ocorrências) e cárcere privado (7 ocorrências). A soma ultrapassa 50 porque cada denúncia envolve tipos diversos de agressão. A negligência, que é o tipo de agressão mais denunciada, é definida pela classificação utilizada pelo programa como a falta de cuidados com a higiene básica, a alimentação e as condições de saúde do idoso, configurando um tipo de violência que afeta exatamente os idosos (as) que encontram-se em estado de dependência por motivos de saúde.

Quanto ao processo de encaminhamento das denúncias até sua classificação como caso resolvido, procedi a uma divisão do material em duas categorias. Primeiro, quais são as providências tomadas pelos órgãos acionados pelo programa “Ligue Idoso” para solucionar o caso? E, em segundo, como vítimas e acusados procederam durante o processo.

Em relação à primeira pergunta, observa-se que em 18 denúncias chegou-se até a fase de convite para prestar depoimentos na delegacia do idoso; em 15 casos houve visita domiciliar pela secretaria municipal de promoção social ou pela coordenadoria regional para checar a denúncia; 6 denúncias redundaram em inquérito policial; outras 6 resultaram na inserção do idoso e de sua família em programas sociais; em 7 casos, alcançou-se uma solução privada para o conflito, feita verbalmente entre os indivíduos, por intermédio da assistente social, sem envolver outras ações de intervenção e 2 denúncias não receberam qualquer tipo de encaminhamento. A soma é maior que 50 porque algumas denúncias compreendem mais de um tipo de encaminhamento.

Quanto ao segundo ponto, podemos afirmar que, em 6 casos, não houve apresentação dos envolvidos na delegacia do idoso para prestar esclarecimentos, seus endereços ou seus nomes não foram localizados. Em 22 casos, os depoentes (vítimas e acusados) negaram as denúncias na delegacia ou na ocasião da visita domiciliar. Desse universo de 22 casos, em 14 casos, os depoentes não incluíam as vítimas. Elas não foram ouvidas e a alegação para sua ausência era de que estavam com graves problemas de saúde, que impediam o deslocamento até a delegacia, ou “perda de lucidez”, o que invalidava seu depoimento. Em 3 casos, desse total de 14, as vítimas não foram ouvidas porque já haviam falecido antes que a visita

domiciliar fosse realizada. Em 16 casos, as visitas domiciliares ou os depoimentos na delegacia confirmaram as denúncias, levando à novas investigações, ainda sem conclusão. Em 2 casos há desistência por parte do denunciante de seguir adiante com a denúncia, portanto, ela não é encaminhada. Em outros 2 casos, não há registro de encaminhamento da denúncia por parte do “Ligue Idoso” e, em mais 2 casos, a vítima confirma a denúncia enquanto os acusados negam em depoimento na delegacia, o que estabelece a necessidade de mais investigações, ainda sem conclusão.

Desse último item de análise, gostaria de ressaltar alguns fatores que considero importantes.

As vítimas foram ouvidas em metade dos casos - em 26 denúncias, das quais 18 foram confirmadas pelas vítimas - durante o processo de averiguação; seja na delegacia, seja pelos assistentes sociais, acionados pelas secretarias municipais de promoção social.

As denúncias localizadas fora da cidade do Rio de Janeiro costumam ser tratadas por essas secretarias, o que marca um tratamento bem diferente do tratamento policial, acionado para a cidade do Rio. As secretarias costumam encaminhar soluções via acordo verbal ou inserção do idoso(a) e/ou de sua família em programas assistenciais¹⁸, enquanto que o trabalho da polícia implica na realização de investigações de natureza legal e que são mais demoradas. Na cidade do Rio de Janeiro, as coordenadorias regionais e seus assistentes sociais também são acionados, mas elas pouco respondem, como já sublinhamos anteriormente, restando então a delegacia do idoso como órgão interventor nas situações denunciadas.

As razões para o não comparecimento das vítimas às entrevistas de esclarecimento na delegacia ou a sua desqualificação como interlocutores na visita domiciliar são as seguintes: no primeiro caso, a alegação mais comum, proferida pelo próprio acusado - em geral, um parente - e legitimada por um parecer médico, é de que a vítima encontra-se gravemente enferma, o que a impede de se deslocar para prestar esclarecimentos na delegacia. Por motivos operacionais, a delegacia acaba não realizando a entrevista com a vítima. No segundo caso, o depoimento da vítima tende a ser desqualificado por esta apresentar, segundo a família e o assistente social, “lapsos de memória”, “perda de lucidez”, “alzheimer”. Dessa forma,

configura-se uma situação em que os denunciante, os acusados e as instituições envolvidas na denúncia são quem falam pelo idoso(a).

Os denunciante, que são a ponta inicial do processo de constituição da denúncia, têm a sua versão refeita pelo relato da assistente social que atende o usuário no “Ligue Idoso”. A assistente social tenta preservar ao máximo o relato do denunciante, transcrevendo as palavras por ele utilizadas, mas tentando também resumir a situação descrita. Esse resumo costuma caracterizar o agressor, o estado físico da vítima e a situação de agressão. A descrição da denúncia é encaminhada a um ou mais órgãos competentes e aguarda parecer e solução dessa instituição, portanto, ela é quem dará a versão final e reencaminhará ao “Ligue Idoso” para fins de arquivamento do caso. Cito um caso exemplar:

A descrição da denúncia diz que: “a idosa vive abandonada num sítio, segundo denunciante. Os parentes levaram a idosa para viver no sítio, mas não cuidam da mesma, que se encontra em total abandono, sem higiene, sem alimentação, com as unhas grandes, doente e sem atendimento médico”. Esse caso ocorreu numa cidade do interior do estado. A secretaria de promoção social dessa comunidade mandou um médico e uma assistente social ao local para “vistoria”. A resposta, encaminhada um mês depois de feita a denúncia, diz: “a idosa é lúcida, não sofre maus tratos físicos, nem está abandonada, há uma pessoa que mora em outra casa do sítio. Mas, será encaminhada ao hospital público da região para exames médicos. Sua casa (nos fundos do sítio) é desorganizada e suja porque a idosa não cuida da casa e não permite que ninguém entre na casa para fazê-lo.”

O relato dos profissionais que fizeram a visita à casa da idosa toma um sentido bem diferente daquele que está exposto na denúncia. A denúncia tende sempre a acentuar a gravidade do caso e a condição de objeto da vítima, ao passo que os pareceres institucionais acabam por ressaltar outras motivações e outra organização do caso sem, no entanto, tirar a vítima de sua condição. A idosa está mesmo numa situação de risco que exige solução, mas a situação é produzida pela insistência da idosa em “não cuidar da casa e não deixar que alguém o faça”.

Outro caso ilustrativo desse processo de reinterpretação da denúncia tem lugar na cidade do Rio de Janeiro e é encaminhado à delegacia do idoso:

A denúncia é feita por uma das filhas da vítima, isso é descoberto depois, quando os envolvidos se apresentam à delegacia: “Idosa tem sofrido maus tratos por parte do filho de 38 anos e de sua nora. A idosa mora em uma casa deixada pelo esposo, já falecido. A idosa reside com duas filhas que não podem reagir em favor da mãe, pois são agredidas e espancadas pelo irmão. Uma das irmãs estava grávida e, após ter sido agredida pelo irmão, perdeu o bebê.”

Todos os envolvidos prestam esclarecimento na delegacia e o que se desenrola é um drama familiar que tem como pano de fundo a luta dos herdeiros pela posse do terreno deixado pelo pai. A família mora num mesmo terreno no subúrbio do Rio, em casas separadas. O irmão se diz “perseguido e injustiçado” pelas irmãs que “manipulam a mãe”. Ele chega a acusá-las de terem provocado a morte do pai para ficar com o terreno. Elas, por sua vez, acusam-no de maus tratos e de querer apropriar-se do terreno. A mãe já havia aberto processo contra o filho por lesões corporais e acaba entrando com um processo de reintegração de posse, não se sabe se já concluído ou não, para expulsar o filho e a nora de sua propriedade.

Outro fato que gostaria de destacar e que o trabalho do “Ligue Idoso” nos revela é que os acordos verbais para solução de conflitos são feitos baseados na crença da instituição de que ela pode exercer algum tipo de autoridade moral sobre os indivíduos. Cito a seguinte denúncia ocorrida num município da Baixada Fluminense:

“Os idosos vêm sofrendo agressões físicas por seu filho, 43 anos, desempregado, alcoólatra. Quando está alcoolizado, agride fisicamente os seus pais, precisa os vizinhos interferirem para tentar socorrê-los.”

A prefeitura envia um assistente social que relata a seguinte visita domiciliar: “conversou-se com o casal e o filho, que estava alcoolizado. Este verbalizou que de fato maltrata os pais quando faz uso de bebida alcoólica, mas que, a partir de agora, jamais o fará. Orientamos o casal sobre seus direitos e demos uma advertência verbal ao filho.”

Além de serem reinventadas, as denúncias são também confirmadas ou negadas pelos envolvidos, o que configura a participação de

agressores e vítimas nesse jogo de versões. Como já explicitiei, as vítimas foram ouvidas em 26 denúncias; em 8 casos as vítimas negaram o teor da denúncia e em 18 casos houve a confirmação da violência pela própria vítima, o que não quer dizer que ela reconheça os agressores como culpados, em 1 caso de negligência e em outro de apropriação de bens foram ditas as seguintes frases pelas vítimas envolvidas: “foi tudo um mal entendido”, “está tudo superado agora”. Quanto aos acusados, eles são ouvidos em 40 denúncias e somente em 16 casos há confirmação da denúncia pelo próprio agressor e, em 24, há negação. É curioso lembrarmos que das 26 vezes em que as vítimas foram ouvidas, em 5 casos, é possível percebermos claramente mecanismos de desqualificação da versão da vítima. Cito um exemplo particularmente dramático.

O relato da denúncia diz: “idosa relata que é proprietária há 40 anos no prédio onde mora. É de origem polonesa, tem familiares, mas não tem nenhum contato, vive sozinha, muito lúcida e correta com suas obrigações, anda com dificuldades. A mesma denuncia que todas as vezes que sai para pagar suas contas, seu apartamento é roubado. Afirma que são o porteiro e a síndica do prédio.”

Porteiro e síndica apresentam-se à delegacia do idoso com um documento do corpo de bombeiros, afirmando que o arrombamento do imóvel se deu uma vez, “a pedido dos moradores devido ao forte cheiro que exalava do local, foco de sujeira e ratos.” A idosa é reputada como “alguém que vive muito isolada e está sempre reclamando com a síndica”.

Diante dessa resposta, o programa “Ligue Idoso” aciona então o consulado da Polônia com vistas a encontrar referências familiares dessa senhora para reintegrá-la aos parentes. Portanto, de denunciante e vítima, a idosa passa a ser vista como alguém que já sofre os efeitos da senilidade e necessita da reintegração familiar, muito embora, a mesma não tenha manifestado nenhum desejo explícito de rever seus parentes.

A imagem de violência contra os idosos que se apresenta a partir dos dados do “Ligue Idoso” aponta para uma vítima do sexo feminino, em situação de dependência por motivo de saúde, agredida por membros de sua família, em sua casa. Essa vítima não conta com as mesmas chances do agressor de ser ouvida pelas instituições que se atribuem a tarefa de inves-

tigar a denúncia. Ao ser ouvida encontra ainda algumas dificuldades, como a de ver seu discurso ser filtrado pelas lentes dos profissionais médicos e assistentes sociais que detêm o poder de legitimar sua fala. Essa condição limitadora da palavra da vítima não é, creio eu, prerrogativa dos mais velhos. Encontramos mecanismos de desqualificação do discurso operando em vários setores marginalizados da população. Se quisermos buscar uma imagem de velhice, através do material do "Ligue Idoso", o que encontramos é um tipo de velhice reclusa, doente e desamparada, bem diferente da imagem mais moderna que se tem da "velhice saudável", alvo principal, como podemos ver no início desse artigo, das legislações atualmente voltadas para a "terceira idade" em nosso estado.

NOTAS

- * A autora é professora assistente da Escola de Serviço Social da UFRJ, mestre em sociologia pelo IUPERJ e doutoranda em antropologia social pelo Museu Nacional.
- ¹ O próprio uso do nome idoso ou idosa, e não o termo velho ou velha, já é uma forma de imprimir uma certa qualidade ao indivíduo que é classificado dessa maneira em nossa sociedade. O idoso seria uma forma mais polida, enquanto o termo velho seria depreciativo. A expressão terceira idade, de uso mais recente, comportaria uma dimensão positiva e exalta um tipo atual de experiência da velhice, a "velhice ativa". (Motta, 1997)
- ² É claro que os cálculos de risco estão baseados em dados estatísticos sobre incidência de determinados tipos de acidentes, doenças e mortes na população. Dados do Ministério da Saúde e do IBGE apontam para uma distribuição etária desses riscos. Mas, o que nos interessa aqui é ver como, junto com essas estimativas numéricas, constróem-se também um conjunto de atributos, de acusações e de expectativas em torno do comportamento de membros de determinadas faixas etárias.
- ³ Podemos considerar que a legislação previdenciária como um todo, ao construir a figura do aposentado, delimita também uma imagem possível de velhice, aquela estritamente relacionada ao fim da vida produtiva e relacionada diretamente com o mundo do trabalho. Nesse artigo procurei alencar as legislações que tomam o termo velhice e o velho como referência, independente de sua relação com a esfera do trabalho.
- ⁴ Através da Lei n.9.032/95, "concede-se a aposentadoria por idade, aos 55 anos para a rurícola e aos 60 anos para o trabalhador rural e a segurada urbana, e aos 65 anos, para o segurado urbano." (Martinez, 1997, 24)
- ⁵ Entende-se por família "a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes" e considera-se como família incapacitada de prover a manutenção do idoso "aquela cuja renda mensal de seus integrantes, dividida pelo número destes, seja inferior a 1/4 do salário mínimo per capita."
- ⁶ O cap.V da referida Lei, que faz referência ao Conselho Nacional, teve seus artigos vetados.

- ⁷ Nesse artigo refiro-me exclusivamente às políticas estaduais e municipais referentes ao Rio, local onde estou realizando meu trabalho de campo.
- ⁸ Devemos tomar cuidado ao tratar desse tema. O aumento do número de leis voltadas para as pessoas mais velhas não corresponde necessariamente a um atendimento das demandas reais dessas pessoas, mas a um crescimento de sua visibilidade enquanto grupo social específico e a criação de uma imagem do que deve ser a velhice e os velhos.
- ⁹ Meu trabalho começou a ser realizado em setembro de 2000, período de governo de Anthony Garotinho no estado do Rio.
- ¹⁰ A Subsecretaria de Ação Social e Cidadania no período em que realizo o trabalho é de responsabilidade de Rosângela Matheus, esposa do governador
- ¹¹ Dos 20 programas que estão atualmente em operação, somente 2 são exclusivamente dedicados aos idosos contra 9 destinados a crianças e jovens. O restante possui como público-alvo dependentes químicos, populações de rua e famílias de baixa renda.
- ¹² No meu primeiro dia de trabalho de campo, medi o tempo dos atendimentos: o que durou menos tempo, levou cerca de dois minutos e o que levou mais tempo, cerca de 10 minutos. Ambos eram casos de maus tratos.
- ¹³ Como não há uma estatística sobre os denunciadores porque estes não são identificados, ficamos sem saber quem são as pessoas que ligam para o serviço a fim de denunciar maus tratos e outras formas de desrespeito aos direitos dos idosos. Algumas vezes, o denunciante pode ser a própria vítima ou alguém próximo, como um vizinho ou parente, como tive a oportunidade de observar durante o trabalho de campo. Outro fator importante para se ter em mente ao falarmos dos denunciadores no “Ligue Idoso” é o fato de que a ligação para o programa, além de depender de um custo financeiro e social - posse de telefone, custo da ligação ou acesso fácil a esse meio de comunicação - depende também da circulação de informação na sociedade sobre a existência do serviço, um entendimento de seus objetivos e uma valorização da eficácia desse tipo de ação estatal. Esses requisitos acabam por limitar o alcance do programa aos setores “mais bem informados” da sociedade e que encontram-se, em maior proporção, entre as pessoas de estratos médios da população. Por isso, as denúncias que aqui aparecem já surgem com esse primeiro viés.
- ¹⁴ As instituições mais acionadas pelo “Ligue Idoso” em casos de maus tratos são a delegacia (especializada para a terceira idade) e as secretarias de promoção social dos municípios. Nas 50 denúncias que estudei mais profundamente pude observar que a delegacia foi acionada 35 vezes e as secretarias 17 vezes. Em todas as vezes alguma resposta foi encaminhada ao “Ligue Idoso”. O tempo que decorre entre a realização da denúncia e a consideração de que o caso encontra-se resolvido varia de acordo com a instituição acionada. No caso da delegacia, entre as denúncias que compõem a minha amostra, o tempo médio de resposta é de 3 meses. No caso das secretarias municipais, o tempo médio de resposta é de 2 meses. As coordenadorias regionais, nas 50 denúncias que coletei, foram acionadas 10 vezes e só responderam a dois casos, nesses o tempo de solução foi de 1 mês.
- ¹⁵ Na Constituição Federal de 1988 e, mais especificamente, na Política Nacional do Idoso, estabeleceu-se que a família deve ser a principal responsável pelo cuidado do idoso. Para viabilizar esse tratamento, atualmente formula-se uma série de estratégias não-asilares para o cuidado do idoso, previstas na Política Nacional do Idoso. O debate sobre as opções não-asilares ainda está em curso

- 
- em nossa sociedade pois rompe com a tradição asilar que sempre prevaleceu em nossa política de assistência.
- ¹⁶ Durante o período que freqüentei a sala do programa, presenciei alguns casos interessantes e ouvi inúmeras histórias contadas pelas assistentes sociais sobre o uso que as pessoas faziam do telefone do "Ligue Idoso". Eram constantes os telefonemas para "falar mal do governo", "para pedir emprego", "para conversar um pouco" e não faltavam denúncias "curiosas", como a da senhora que ligou para pedir que se tomassem providências contra os "espíritos do além" que invadiam seu apartamento e roubavam suas coisas. Essas formas de expressão jocosa não somente serviam para tornar mais leve o cotidiano do trabalho, mas também como maneiras de revelar os diferentes sentidos que um serviço pode ter para o usuário, além do sentido oficial. Infelizmente, não temos uma observação mais precisa desses telefonemas que escapam à lógica da classificação.
- ¹⁷ Um fator que pode explicar também esse grande número de mulheres figurando como vítimas é o fato de termos mais mulheres idosas do que homens na população. A população residente, com mais de 60 anos, projetada pelo IBGE para o estado do Rio de Janeiro estima em 842.340 mulheres e 604.277 homens. Mas, de qualquer forma, a proporção de vítimas mulheres é bastante elevada e deve merecer uma investigação mais aprofundada. Podemos pensar também na hipótese de que as pessoas que denunciam os casos podem tender, elas também, a perceber mais a violência gerada contra as mulheres enquanto que a violência contra os homens, nessas situações de velhice, permanece oculta.
- ¹⁸ Esse procedimento, comumente adotado pelas secretárias, ilustra como o que tem início como uma denúncia de maus tratos acaba sendo transformado em uma situação de carência da família na qual está inserido o idoso(a), exigindo uma solução via política de assistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALERJ. *A Terceira Idade: legislação consolidada*. Rio de Janeiro : Alerj, 1999.
- ARAÚJO, Tereza C. Nascimento, ALVES, Maria Isabel Coelho. Perfil da população idosa no Brasil. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 1998. Semestral.
- BOURDIEU, Pierre. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro : Marco Zero, 1983.
- GOLDMAN, Sara Nigri. *Universidade para a Terceira Idade: uma Lição de Cidadania*. 328 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - PUC/SP, 1999.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO RIO DE JANEIRO [do IBGE]. Rio de Janeiro: IBGE, 1998, 15v.
- MARTINEZ, W.N. *Direito dos Idosos*. São Paulo : LTR, 1997.
- MOTTA, Alda Britto. *Palavras e convivência - idosos hoje*. Revista Estudos Feministas, IFCS/UFRJ, 5v., n.01/97.

PLANO INTEGRADO DE AÇÃO GOVERNAMENTAL PARA O DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO [do MPAS], 1997. Brasília-DF.

PEIXOTO, Clarisse . *Envelhecimento e Imagem*. São Paulo : Annablumme, 2000.

PROGRAMA "LIGUE IDOSO/OUVIDORIA" [do Governo do Estado do Rio de Janeiro]. *Relatório Anual*, 2000. Rio de Janeiro : SASC.

RODRIGUES, Tânia. *O Idoso e a Legislação em Vigor*. Rio de Janeiro : ALERJ, 1999.

ABSTRACT

This article has as its main purpose to analyse the meaning socially produced of the violence against old people. To achieve this purpose, the article describes and analyses a governmental programme called "Ligue Idoso". This programme receives complaints of violence against old people and take them to the proper institutions. Through the work of the professionals involved with it, one can observe the conflicts and the interpretations about what violence against old people is, which treatment it must have, who the old people are and who the offenders may be.

Keywords: oldness, violence, public policy and city.

Recebido para publicação em 14/12/2000

Aprovado em 26/3/2000

Correspondência para:

E-mail: andreama@ibpinet.com.br

Desenvolvimento Sustentável e Cuidado ao Idoso

Maintainable Development and Care to Aged People

Silvana Sidney Costa Santos¹

RESUMO

O desenvolvimento sustentável é a capacidade de satisfação das necessidades das gerações atuais, sem colocar em risco a capacidade das futuras gerações satisfazerem suas necessidades e o cuidado ao ser humano idoso necessita ter um direcionamento, para que o idoso alcance a sustentabilidade, considerando que o ser humano idoso tem sua especificidade e multidimensionalidade. Nesse estudo teórico e reflexivo objetivou-se perceber a convergência entre desenvolvimento sustentável e cuidado ao idoso. Utilizou-se material bibliográfico produzido em diferentes áreas do conhecimento, procurando o estabelecimento de uma convergência entre os conceitos – desenvolvimento sustentável e cuidado ao idoso e o campo específico da enfermagem gerontogeriatrica. Ao final da reflexão verificou-se que uma convergência possível entre os conceitos estudados pode ser vislumbrada através da aplicação dos temas relacionados à complexidade, considerando que nada está isolado e tudo está em relação, e através da interdisciplinaridade como elemento que poderá dar conta da complexidade da realidade.

Palavras-chave: desenvolvimento sustentável; cuidadores; idoso; enfermagem geriátrica.

INTRODUÇÃO

Para início de conversa...

O Desenvolvimento Sustentável já foi definido e descrito de várias formas. Não se trata de uma noção fixa, mas um processo de mudança das relações entre sistemas e os processos sociais, econômicos e naturais. Para Campos (1999), tem-se como conceito de Desenvolvimento Sustentável aquele desenvolvimento que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade das gerações futuras atenderem as suas próprias. Por uma questão de puro bom senso, parece fácil concordar com esse conceito, o qual, entretanto, é extremamente complexo e controverso quando se tenta aplicá-lo ao nosso cotidiano.

A terminologia desenvolvimento é descrita segundo a Organização das Nações Unidas – ONU, citada por Boff (1999), como sendo um processo econômico, social, cultural e político abrangente, que visa ao constante melhoramento do bem-estar de toda a população e de cada ser humano, na base de sua participação ativa, livre e significativa e na justa distribuição dos benefícios resultantes dele. Portanto, o desenvolvimento tem por objetivo tornar melhor a qualidade de vida do ser humano enquanto ser humano, implicando isso em vida saudável, acesso à educação, participação política, democracia social e participativa, garantia dos direitos humanos e outros.

Para Boff (1999), sustentável é a sociedade ou o planeta que produz o suficiente para si e para os seres do ecossistema onde ela se situa; aquela sociedade que pega da natureza só o que essa natureza pode repor; a que mostra um sentido de solidariedade, ao preservar para as sociedades futuras os recursos naturais de que elas necessitarão. Na prática, a sociedade deve mostrar-se capaz de assumir novos hábitos e de projetar um tipo de desenvolvimento que cultive o cuidado com os equilíbrios ecológicos e funcione dentro dos limites impostos pela natureza.

Ao meu ver, o atendimento do cuidado ao ser humano, independente da faixa etária, deve considerar as questões técnicas, éticas, estéticas, específicas e multidimensionais do processo de viver e morrer humano e de cada etapa vivenciada; deve ter em conta os princípios e valores importantes em uma determinada profissão e deve fazer parte do ensino desta profissão, do seu cotidiano acadêmico e principalmente da sua práxis. Porém, enquanto enfermeira gerontogerátrica considero que no cuidado ao ser humano idoso há necessidade de considerar-se a especificidade e a multidimensionalidade que envolve o envelhecimento e o idoso.

Nesta reflexão procuro correlacionar o desenvolvimento sustentável e o cuidado ao idoso, levando em consideração que: - no cuidado ao idoso torna-se imprescindível, a todo o momento, se refletir/praticar o desenvolvimento sustentável; - a população idosa brasileira é a que mais cresce proporcionalmente no país e os cuidados direcionados ao atendimento de suas necessidades necessitam ser específicos e multidimensionais; - e, por fim, o desenvolvimento sustentável e o cuidado ao idoso são desafios, cuja convergência necessita ser vislumbrada. Então, foi objetivo deste estudo perceber a convergência entre desenvolvimento sustentável e cuidado ao idoso.

O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Para que se alcance o desenvolvimento sustentável serão necessárias mudanças fundamentais na forma de pensar-se e no modo em que se vive, produz-se e consome-se. O desenvolvimento sustentável, além das questões ambientais, tecnológicas e econômicas, tem uma dimensão cultural e política que vai exigir a participação democrática de todos na tomada de decisões para as mudanças que serão necessárias.

Atualmente, as definições mais freqüentes concentram-se na relação entre desenvolvimento social e oportunidade econômica e as exigências do meio ambiente, investindo no melhoramento das condições de vida para todos, especialmente para os pobres e os carentes dentro dos limites da capacidade dos ecossistemas. O vigor do Desenvolvimento Sustentável está em reconhecer que há interdependência entre as necessidades humanas e as exigências ambientais.

Viver com sustentação tornou-se, nos últimos anos, um conceito de vida que já se tornou realidade em várias comunidades européias. No Brasil, é um conceito que está sendo introduzido, por enquanto, nas atividades de algumas empresas, porém, precisa ser ampliado para toda a sociedade, buscando alcançar um futuro justo, equitativo, solidário e ambientalmente sustentável.

Na Conferência Internacional sobre Meio Ambiente e Sociedade organizada pela UNESCO e pelo Governo da Grécia, em 1997, o objetivo principal foi destacar a função da educação e da sensibilização de todos em prol da sustentabilidade. Para concretizar este objetivo, foram considerados, neste evento, a experiência em educação ambiental e a interação de diversos fatores como saúde, economia, desenvolvimento social e humano, paz e segurança. O apelo deste objetivo é dirigido a toda a sociedade que se interessa pelo desempenho educativo. O capítulo 36 da Agenda 21² - Promoção do ensino, da conscientização e do treinamento, citada por Farias (2000) prevê desde a universalização do acesso ao ensino público, passando pela consciência sobre ambiente e desenvolvimento em todos os setores da sociedade, além da integração dos conceitos de ambiente e desenvolvimento em todos os programas de ensino.

Segundo Diegues (1999), há necessidade de pensar em vários tipos de sociedades sustentáveis, ancoradas em modos particulares, históricos e culturais de relação com vários ecossistemas existentes na biosfera e dos seres humanos entre si.

Ao identificar cinco dimensões de sustentabilidade que o planejamento de desenvolvimento deve considerar, Sachs, a partir de Farias (2000), enumera-as como:

Sustentabilidade Social - criação de um processo de desenvolvimento que seja sustentado por um outro crescimento e subsidiado por uma outra visão do que seja uma sociedade boa. A meta é construir uma civilização com maior equidade na distribuição de renda e de bens, de modo a reduzir o abismo entre os padrões de vida dos ricos e dos pobres.

Sustentabilidade Econômica - alocação e gerenciamento mais eficientes dos recursos e de um fluxo constante de investimentos públicos e privados. A eficiência econômica deve ser avaliada em termos macrossociais, e não apenas através do critério da rentabilidade empresarial de caráter microeconômico.

Sustentabilidade Ecológica - possível se utilizadas as seguintes ferramentas:

- Ampliação da capacidade de carga da espaçonave Terra, intensificando o uso do potencial de recursos dos diversos ecossistemas, com um mínimo de danos aos sistemas de sustentação da vida;
- limitação do consumo de combustíveis fósseis e de outros recursos e produtos que são facilmente esgotáveis ou danosos ao meio ambiente, substituindo-os por outros recursos ou produtos renováveis e ou abundantes, usados de forma não-agressiva ao meio ambiente;
- redução do volume de resíduos e de poluição, através da conservação de energia e de recursos e da reciclagem;
- promoção da autolimitação no consumo de materiais por parte dos países ricos e dos seres humanos em todo planeta;
- intensificação da pesquisa para a obtenção de tecnologias de baixo teor de resíduos e eficientes no uso de recursos para o desenvolvimento urbano, rural e industrial;

- definição de formas para uma adequada proteção ambiental, desenhando a máquina institucional e selecionando o composto de instrumentos econômicos, legais e administrativos necessários para seu cumprimento.

Sustentabilidade Espacial - melhor distribuição territorial dos assentamentos humanos e das atividades econômicas, com ênfase no que segue:

- redução da concentração excessiva nas áreas metropolitanas;
- freio à destruição de ecossistemas frágeis, mas de importância vital, através de processos de colonização sem controle;
- promoção da agricultura e a exploração agrícola das florestas através de técnicas modernas, regenerativas, por pequenos agricultores, usando pacotes tecnológicos adequados, do crédito e do acesso a mercados;
- exploração do potencial da industrialização descentralizada acoplada à nova geração de tecnologias, com referência especial às indústrias de biomassa ao seu papel na criação de oportunidades de emprego não-agrícolas nas áreas rurais, levando a uma importante colocação, de que uma nova forma de civilização baseada no uso sustentável de recursos renováveis não é apenas possível, mas essencial;
- criação de uma rede de reservas naturais e de biosfera para proteger a biodiversidade.

Sustentabilidade Cultural - processos que busquem mudanças dentro da continuidade cultural e que traduzam o conceito normativo de ecodesenvolvimento em conjunto de soluções específicas para o local, o ecossistema, a cultura e a área.

São princípios que se inter-relacionam para a construção de uma sociedade sustentável:

- Respeitar e cuidar da comunidade dos seres vivos, refletindo sobre o dever de preocupação com os seres humanos e outras formas de vida, agora e no futuro. Trata-se de um princípio ético. Significa que o desenvolvimento não pode ocorrer em detrimento de outros grupos ou de gerações futuras.

- Melhorar a qualidade da vida humana, sendo um processo que torna possível aos seres humanos perceber o seu potencial, obter autoconfiança e uma vida plena de dignidade e satisfação.
- Conservar a vitalidade e a diversidade do Planeta Terra. O desenvolvimento baseado na conservação deve incluir providências no sentido de proteger a estrutura, as funções e a diversidade dos sistemas naturais do Planeta, dos quais temos absoluta dependência.
- Minimizar o esgotamento de recursos não-renováveis: minérios, petróleo, gás e carvão. Ao contrário das plantas, peixes ou solo, eles não podem ser usados de forma sustentável. Todavia, sua vida pode ser prolongada como, por exemplo, através de reciclagem, pela utilização de menor quantidade de um recurso para produzir um determinado produto ou pela substituição por outros recursos renováveis, quando possível.
- Permanecer nos limites da capacidade de suporte do Planeta Terra, considerando que os limites variam de região para região e os impactos dependem do número de seres humanos presentes em cada região e da quantidade de alimento, água, energia e matérias-primas que cada um desses utiliza ou desperdiça. Poucos seres humanos consumindo muito podem causar tanto prejuízo quanto muitos, consumindo pouco.
- Permitir que as comunidades cuidem de seu próprio meio ambiente. A maioria das atividades criativa e produtiva dos seres humanos ou grupos ocorre dentro das comunidades. Comunidades organizadas e bem informadas podem contribuir para decisões que as afetem diretamente e desempenhar um papel indispensável na criação de uma sociedade segura e sustentável.
- Gerar uma estrutura nacional para a integração de desenvolvimento e conservação para progredir de forma racional, considerando que todas as sociedades necessitam de uma base de informação e de conhecimento, de uma estrutura das leis e das instituições, além de políticas econômicas e sociais coerentes. Um programa nacional para se chegar à sustentabilidade deve reunir todos os interesses, e tentar identificar e prevenir os problemas antes que se manifestem.

- Construir uma aliança global, pois, no mundo de hoje, nenhuma nação é auto-suficiente. Se for objetivo geral que o ser humano alcance a sustentabilidade do Planeta, uma sólida aliança deve ser formada por todos os países.

Estes princípios não são novos, refletem valores e deveres que diferentes culturas e religiões têm e, que são reconhecidos há séculos. Embasam um movimento conduzido pela ONU, cujo trabalho inicial foi em 1987 e o grande marco foi a elaboração e o lançamento da Agenda 21, em 1992.

Viver de forma sustentável depende da aceitação da necessidade de uma busca de harmonia com as outras partes e com a natureza. Nesta dimensão é necessário exercitar o diálogo com a natureza e com os seres humanos, buscando a sustentabilidade e a equidade social, criando consensos possíveis diante da crise generalizada. A deterioração do meio ambiente, a perda do equilíbrio natural, não são resultados dos processos de desenvolvimento em geral, mas principalmente do estilo de crescimento indiscriminado que é intrinsecamente insustentável em termos ecológico e extremamente injusto em termos social (Groenwald, 2000). A adoção do modo de vida sustentável exigirá uma substancial mudança nas atitudes e práticas dos seres humanos, uma mudança qualitativa e quantitativa no estilo de vida.

Não se pode esquecer que a base do conceito de desenvolvimento sustentável reside na necessidade dos habitantes “terráqueos” desejarem possuir uma vida satisfatória para eles e seus descendentes. Aliado a esse desejo, há a dependência dos seres humanos quanto aos recursos naturais para o suprimento das suas necessidades básicas. Daí a importância do cuidado ecológico como sendo o cuidado dispensado ao planeta Terra, considerando que Ele é a casa que se tem para viver e morar e, principalmente, considerando que sem este cuidado fundamental, os outros cuidados ficam comprometidos e até ameaçados. Para Boff (1999) ainda é pequena a consciência coletiva que pesa sobre a Terra. Na verdade, de todos os cuidados, o cuidado com o planeta Terra, o cuidado ecológico é um dos que mais discussões vêm criando e mais abandono vem sofrendo, a cada dia.

O CUIDADO AO SER HUMANO IDOSO

Inicialmente, senti necessidade de diferenciar os termos cuidar, cuidado e assistir, para melhor visualização destes conceitos. O termo cuidar denota uma ação dinâmica, pensada, refletida; já o termo cuidado dá a conotação de responsabilidade e de zelo; portanto, o processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado e é um processo interativo, que desenvolve ações, atitudes e comportamentos com base no conhecimento científico, na experiência, na intuição e tendo como ferramenta principal o pensamento crítico, sendo essas ações e/ou outros atributos realizados para e com o ser cuidado, no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas. O termo assistir parece ser uma ação mais passiva de observar, acompanhar, favorecer, auxiliar, proteger; na verdade, o assistir e/ou a assistência não necessariamente inclui o cuidar/cuidado.

Nesta conceituação apresento os pontos de vista de Waldow (1998, p. 127), que aponta “o cuidar como comportamentos e ações, que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. O cuidado, seria então o fenômeno resultante do processo de cuidar”. Esta mesma autora, refere ainda o cuidado humano enquanto uma forma de vivência, de poder ser e de expressão, sendo uma postura ética e estética frente ao mundo e, ainda, um compromisso com o estar no mundo, contribuindo com: o bem-estar geral, o desenvolvimento sustentável, a dignidade humana, a espiritualidade; a construção da história, a construção do conhecimento e a construção da vida.

A partir de Roach, Waldow (1998), aponta o cuidado como responsivo, sendo, então, o cuidado uma resposta, que envolve doação e autotranscendência, que não deve ser confundido com auto-anulação ou subserviência, mas contenha os seguintes atributos: compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento. Acrescente-se, também, a importância das relações interpessoais no cuidar/cuidado.

Boff (1999) privilegia sete conceitos essenciais que surgem como ressonância do cuidado, que são: o amor como fenômeno biológico, a justa medida, a ternura, a carícia, a cordialidade, a convivialidade e a compaixão; acrescentando ainda: a sinergia, a hospitalidade, a cortesia e a gentileza.

Waldow (1998), descreve as qualidades essenciais para o cuidar/cuidado, quais sejam: o cuidado requer conhecimento do outro ser; o cuidador deve modificar seu comportamento frente às necessidades do outro (qualidade também chamada de alterar ritmos); a honestidade, a humildade, a esperança, a coragem devem permear o cuidado, porém nunca criar dependência no ser cuidado, pois o cuidador tem como meta possibilitar ao outro o conhecimento, para que ele possa utilizar suas próprias capacidades.

Kelly citada por Waldow (1998, p. 167- 168), refere o cuidado como prática ética, sendo então a essência da Enfermagem; tecendo algumas considerações teóricas, tais como: "a prática da enfermagem é essencialmente moral em sua natureza; o respeito e o cuidado pelas pessoas constituem a ética essencial da enfermagem, o respeito, como uma ética de enfermagem, é evidenciado pelo cuidado aos seres humanos, familiares, self, colegas e à profissão; o respeito e o cuidado são elementos necessários, porém não são elementos suficientes da Enfermagem, inclui-se o conhecimento como imprescindível; o respeito pelas pessoas precede o cuidado na relação enfermeiro e ser cuidado; a Enfermagem não é possível quando inexistente o cuidado".

No cuidado do ser humano idoso, especificamente, descrevo o trabalho de Santos (1997), que desenvolveu um estudo de caso único com uma pessoa idosa (68 anos), sexo masculino, aposentado, portador de doenças crônico-degenerativas e que morava com seus familiares: filho, nora e duas netas. Neste estudo foi utilizado o cuidado domiciliar de enfermagem e a relação de ajuda.

A Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem, de Peplau, por ter como foco central o processo interpessoal enfermeiro e ser cuidado e, como meta, a transformação da ansiedade deste ser em uma força produtiva, demonstrou-se pertinente ao estudo. Tal teoria proporcionou a Santos (1997) a oportunidade de desenvolver na enfermagem um processo interpessoal, utilizando as etapas da relação de ajuda permitindo, dessa forma, que tanto ela quanto o idoso do estudo pudessem identificar, planejar e combinar os cuidados a serem prestados. Proporcionou-lhe, ainda, a realização da prática do cuidado domiciliar que direcionou a uma valorização satisfatória ao desenvolvimento do trabalho e, principalmente, norteou

a questão da auto-estima positiva do ser humano idoso cuidado. Proporcionou-lhe, principalmente, através do processo educativo contínuo e da *capacidade de saber ouvir*, poder ajudar um idoso a conhecer-se melhor e assim interagir de uma forma mais positiva com os outros seres humanos (familiares, vizinhos, profissionais da saúde etc).

Em outro trabalho, Bittes Júnior (1996), apresentou uma concepção de cuidado e descuidado, tendo como local de realização destas ações o hospital, onde os atendimentos das necessidades físicas, emocionais e sociais foram o cerne dessa ação. O cuidar desenvolvido a partir da competência profissional e de desempenho de técnicas adequadas tornaram o ato de cuidar eficiente ou deficiente e que *denotou ou não amor ao outro e à atividade realizada*; Nessas dimensões, os fatores gênero, temporalidade, proximidade física e continuidade foram importantes para determiná-las; porém ficou bem claro, também nesse segundo estudo, o *estabelecimento do relacionamento interpessoal enfermeiro e ser cuidado como um dos pontos mais importantes para o cuidado humano, principalmente quando o ser cuidado foi um idoso*.

Para que os enfermeiros desenvolvam, de forma adequada, cuidados ao ser humano idoso, alguns caminhos necessitam ser considerados, tais quais: manutenção do bem-estar e vida autônoma, sempre que possível, no ambiente domiciliar e onde tais cuidados centrem-se no idoso, nas suas necessidades, de sua família e de sua comunidade e não em sua doença; desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, procurando partilhar responsabilidades, defendendo os direitos dos idosos/família/comunidade; ampliação dos conhecimentos profissionais para além da área gerontogeriátrica, considerando que tudo está relacionado; compreensão de que o conceito de desenvolvimento sustentável aponta para uma mudança paradigmática, na medida em que deixa de assumir o ser humano como *centro de tudo*, substituindo-o pela relação deste com a natureza, direcionando o profissional da saúde e, principalmente, o da gerontogeriatrics a oferecer uma melhoria na condição de vida do idoso, da sua família e da sua comunidade. Esses caminhos são necessários para a sustentabilidade do ser idoso em relação a si mesmo, a sua família/comunidade/sociedade e a Terra.

É importante, ainda, considerar que é necessário modificar atitudes e práticas pessoais, pois, para adotar a ética de se viver sustentavelmente, os seres humanos necessitam reexaminar os seus valores e alterar o seu comportamento. Além disso, os integrantes de uma profissão devem promover atitudes que apoiem a nova ética e desfavoreçam aqueles que não se coadunam com o modo de vida sustentável.

A CONVERGÊNCIA ENTRE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E CUIDADO AO IDOSO: A COMPLEXIDADE E A INTERDISCIPLINARIDADE

O Desenvolvimento Sustentável vem sendo objeto de estudos, análises e críticas entre estudiosos, pesquisadores e cientistas preocupados e comprometidos com a vida no planeta. Quando se pensa em Desenvolvimento Sustentável, deve-se ter claro que para alcançar a meta da sustentabilidade é fundamental modificar as atitudes e o comportamento dos seres humanos, dos profissionais entre si e dos profissionais com os seres cuidados.

A sociedade é um complexo formado pelo conjunto de pessoas que, individualmente, partilham a mesma linguagem, costumes e cultura, e que, ao mesmo tempo, pertencem ao todo. Cada componente tem sua própria individualidade, mas ainda assim, são interligados ao todo. Para Morin (1999, p. 25) “infelizmente, a partir de um certo nível de especialização, que passa a ser da hiper-especialização, o fechamento e a compartimentização impedem contextualizar e globalizar”. Este conflito exige uma revolução no pensamento, em que não se concebe mais um enfoque exclusivo e restrito a um único objeto, quando se necessita de um conhecimento mais amplo de suas relações com o todo.

O que se procura é a construção de ciências sistêmicas em lugar de disciplinas fechadas e para alcançar este objetivo o conceito de complexidade ou pensamento complexo de Edgar Morin parece pertinente. Para Morin (1999) “o pensamento complexo é o pensamento que se esforça para unir, não na confusão, mas operando diferenciações”. O problema-chave para a reforma do pensamento é reunir os princípios da separação e da inseparabilidade. Segundo este autor, o pensamento complexo não é a pesquisa de confusão total impulsiva.

onada pela voluptuosidade de se perder na confusão, a complexidade é a união da simplicidade com a complexidade. A grande questão, portanto, é combinar o simples e o complexo.

Como o ser humano idoso é um objeto complexo, o cuidado direcionado aos idosos é uma ação complexa e interdisciplinária, tornando necessário que a questão da complexidade dos problemas de saúde dos seres humanos idosos deva ser mais bem trabalhada quando se recorre ao auxílio da interdisciplinaridade para o desenvolvimento desta ação. Lamentavelmente, os cursos da área da saúde possuem uma estrutura muito rígida, não permitindo boa interação entre as disciplinas, havendo concepções dominantes que impedem ou dificultam a comunicação entre diferentes grupos de idéias. Isto faz com que os profissionais formados tenham uma visão fragmentada, comprometendo sua atuação na equipe de trabalho e, principalmente, na ação cuidativa direcionada ao idoso, objeto maior de preocupação deste estudo.

A reforma do pensamento defendida por Morin (1999, p. 34) “só pode ser realizada por meio de uma reforma da educação”, obtida através do estímulo ao pensamento totalizante e contextualizado, capaz de compreender as inter-relações e interconexões das partes para a formação do todo complexo. Para tanto, é necessário que o processo se inicie a partir dos próprios educadores. O trabalho interdisciplinar é apresentado como uma necessidade pelo fato de que as partes isoladas do contexto original devem ser resgatadas na totalidade. Frigotto (1995, p. 33) afirma que “é justamente no exercício de responder a esta necessidade que o trabalho interdisciplinar se apresenta como um problema crucial, tanto na produção do conhecimento quanto nos processos educativos e de ensino.”

Entretanto, é importante não somente os alunos aprenderem a resolver os problemas de saúde ligados aos seres humanos idosos, mas compreenderem as questões de saúde, como um todo, interpretando e construindo a realidade através de uma reflexão histórico-crítica e contextualizada dentro do Desenvolvimento Sustentável. Adaptando o que Jantsch (1996) discute em relação ao processo de criação e concepção do mundo, posso complementar afirmando que ensinar a cuidar do ser humano, independente da faixa etária em que esteja inserido no processo de viver e morrer e considerando as especificidades e multidimensionalidade

de cada etapa vivida é ensinar a pensar, a interpretar, produzir a realidade e assim contribuir para a sustentabilidade do ser humano.

NOTAS

- ¹ Enfermeira. Professora e líder do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre o Idoso – GEPI (CNPq) da Faculdade de Enfermagem N. S. das Graças - FENSG, da Universidade de Pernambuco – UPE. Especialista em Gerontologia Social – SBGG. Mestre em Enfermagem – UFPB. Aluna do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Turma 1999.
- ² Agenda 21: documento assinado por 170 países que participaram da Eco – 92, no Rio de Janeiro, sendo o maior esforço conjunto, já realizado pelos governos de todo o mundo para identificar ações que combinem desenvolvimento com proteção ambiental. O compromisso maior desta agenda é o de promover o desenvolvimento sustentável no século XXI, buscando-se uma melhor qualidade de vida no presente, sem comprometer o futuro (Centro de Informações Multieducação, 1999).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BITTES JÚNIOR, A. *Cuidando e Descuidando: o movimento pendular do significado do cuidado para o paciente*. São Paulo, 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, 1996.

CAMPOS, M. A. *O conceito de desenvolvimento sustentável: histórico*. Disponível na Internet. <http://www.eca.usp.br/ematla/lista/meiam/dshist.htm> Em 05/01/2000.

CENTRO DE INFORMAÇÃO MULTIEDUCAÇÃO. *Grandes temas*. Disponível na Internet. <http://www.rio.rj.gov.br/multi/oi/cime/CE09> Em 05/01/2000.

DIEGUES, A. C. S. *Desenvolvimento Sustentável ou Sociedades Sustentáveis - da crítica dos modelos aos novos paradigmas*. São Paulo em Perspectiva, 6 (1 - 2) 22 - 29, janeiro/junho/99.

FARIAS, Maria Eloisa. *Educação para o desenvolvimento sustentável*. III Seminário de pesquisa em educação da Região Sul – ANPED. Anais... CD - RON, 2000.

FRIGOTTO, G. *A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais*. In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L. (Orgs.) *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis : Vozes, 1995, p. 25-50.

GROENWALD, Cláudia Lisete Oliveira. *Educação para o desenvolvimento sustentável*. III Seminário de pesquisa em educação da Região Sul – ANPED. Anais... CD - RON, 2000.

JANTSCH, Ari Paulo. Concepção dialética de escrita-leitura: um ensaio. In: BIANCHETTI, L. (Org.) *Trama & texto*. São Paulo: Plexus, 1996, v. 1, p.37-55.

MORIN, E. *Por uma reforma do pensamento*. In: PENA-VEJA, A.; NASCIMENTO, E. P. (Orgs.) *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. *O cuidar da pessoa idosa no âmbito domiciliar: uma relação de ajuda na Enfermagem*. João Pessoa, 1997. 115 p. (dissertação) Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal da Paraíba

WALDOW, Vera Regina. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

ABSTRACT

The maintainable development is the capacity to fulfill the needs of the current generations without putting in risk the capacity of the future generations to satisfy their needs; and the care to the aged human beings should have an objective direction, thus allowing them to reach their sustainability, as they have their own specificity and present a diversified dimension. The purpose of this theoretical and reflexive study was to apprehend the convergence between sustainable development and care to the aged. Bibliographical material from different knowledge fields was used aiming the establishment of a convergence among the concepts - maintainable development, care to the aged and the gerontogeriatric nursing specific field. At the end of the reflection, it was verified that a possible convergence among the studied concepts can be glimpsed through the application of the themes related to the complexity, considering that nothing is isolated and everything is in relationship with everything else, and through several discipline subjects as component that can deal with complexity of the reality.

Keywords: maintainable development; care; aged people; convergence

Recebido para publicação em 23/5/2001

Aprovado em 25/6/2001

Correspondência para:

E-mail: silvanasidney@uol.com.br

Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica

Survey on the profile of hospitalized elderly in a general hospital: analysing the process of stay concerning demands of the geriatric population

Luciana Branco da Motta¹

RESUMO

O trabalho teve por objetivo conhecer a realidade da hospitalização de idosos no Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Através da avaliação social, das taxas de internação, permanência, intercorrências e procedimentos realizados, diagnósticos, número de óbitos e avaliação geriátrica na internação, discute-se a adequação da abordagem e assistência a serem prestadas. Trata-se de um estudo de prevalência na população acima de 60 anos, internada em um período de 30 dias. Encontrou-se 342 pacientes (24,27%) nas internações no período. As internações em especialidades cirúrgicas foram responsáveis por 60,3% , apresentando o menor tempo de permanência. As doenças cardiovasculares foram as mais prevalentes. Observou-se 6,7% de óbitos, sendo 66,7% destes nos primeiros 9 dias de internação. Os achados nos permitem concluir que apesar da alta taxa de internação desta população, a maioria o faz para submeter-se a procedimentos e internações de baixo risco, não sendo necessária uma abordagem diferenciada do restante da população. Porém, é necessário se identificar os idosos que são portadores de um maior risco de complicações, perda de autonomia e independência e déficit cognitivo, pois estes representam a parcela que necessita de uma abordagem interdisciplinar diferenciada.

Palavras-chave: envelhecimento, hospitalização, internação

INTRODUÇÃO

O Brasil vem sofrendo o processo de transição demográfica, o qual traz um aumento progressivo e acentuado de sua população idosa. No Rio de Janeiro, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de idosos acima de 65 anos é de 5,7 para os homens e 7,6

para as mulheres (1996), tendo esta mesma população uma esperança de vida de 12,09 para os homens e 15,81 para as mulheres. Este processo é responsável por mudanças sociais, culturais e no perfil de saúde. Observa-se um predomínio das enfermidades crônicas e da necessidade da implementação de práticas preventivas em relação aos fatores de risco para a saúde. Segundo a Fundação Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (FNS/MS), em 1995 o coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (por 100.000 habitantes) foi de 156,98 no Brasil e 266,12 no Rio de Janeiro, sendo o coeficiente de mortalidade por neoplasias (por 100.000 habitantes) de 63,57 no Brasil e 101,67 no Rio de Janeiro.

Dados do Sistema Único de Saúde (SUS, 1996) mostram que a população idosa, em 1996, representou 7,3% das autorizações de internação, consumindo 22,9% dos recursos gastos. O índice de custo hospitalar (custo de hospitalização consumido por habitante/ano) foi de R\$10,54 para o segmento de 0 – 14 anos, R\$ 16,20 para o de 15 – 59 anos e R\$ 59,40 para o de 60 anos ou mais. O tempo de permanência estimado foi de 5.3 dias para 0 – 14 anos, 5.1 dias para 15 – 59 anos e 7 dias para 60 anos ou mais. O índice de hospitalização (número de dias de hospitalização usado por habitante/ano) foi de 0.24 dias para 0 – 14 anos, 0.38 dias para 15 – 59 anos e 1.27 dias para 60 anos ou mais. Portanto, com o esperado aumento nesta parcela da população, pode-se inferir que os gastos com saúde serão também progressivamente maiores. Porém, grandes gastos não garantem um trabalho voltado para a melhoria de qualidade de vida dos idosos, sendo necessário se trabalhar na mudança nos princípios que regem a atenção à saúde dos idosos.

Sabe-se que o idoso apresenta peculiaridades distintas das demais faixas etárias, e que sua avaliação de saúde deve ser feita objetivando a identificação de problemas subjacentes à queixa principal, incluindo as avaliações funcionais², cognitivas, psíquicas, nutricionais e sociais, que interferem diretamente na sua saúde, grau de autonomia e independência. A falta de uma avaliação geriátrica correta está diretamente ligada ao retorno à internação e ao maior uso de serviços de saúde observados. Segundo o Ministério da Saúde, trabalhos realizados têm demonstrado que estes fatores não são analisados, não havendo atenção para a identificação das síndromes geriátricas³. Foi observado, em trabalho citado pelo Ministério

da Saúde, realizado no Rio Grande do Sul (www.saude.gov.br), que a incontinência urinária não foi registrada em 78,2% nos prontuários; a instabilidade postural presente em 18,8% dos pacientes não foi diagnosticada; a imobilidade apesar de identificada em 31,8% dos casos recebeu tratamento adequado em somente a metade; a demência, presente em 5% dos pacientes, não foi diagnosticada, assim como o *delirium*, presente em 6,1%, também não foi diagnosticado, e a depressão maior teve uma prevalência de 10,1%, sendo avaliada em somente um caso, sem ser instituído tratamento adequado. Esta situação identificada reflete o fato de que o gasto do setor saúde no atendimento à pessoa idosa, apesar de grande, não representa benefícios reais para a sua saúde.

Torna-se necessária a reestruturação dos paradigmas da política de saúde para esta população, como estuda o Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso (1995), conforme a Política Nacional do Idoso (1996), com um maior envolvimento, integração e coordenação em todos os níveis, como na promoção da saúde, na prevenção, na assistência primária, secundária e terciária, nos recursos comunitários e familiares entre outros. Também é de fundamental importância que se desenvolvam técnicas de avaliação e identificação de idosos no âmbito hospitalar, visando ao correto diagnóstico e a instituição de abordagens terapêuticas apropriadas, voltadas para a reabilitação precoce e retorno à comunidade com sua capacidade funcional preservada sempre que possível. Estas mudanças passam necessariamente por uma discussão maior dos processos de saúde e doença desta população durante a graduação dos profissionais da área de saúde, assim como uma maior formação de recursos humanos específicos na área.

A precariedade nos dados relativos ao comportamento dos idosos e da nossa realidade dificulta a discussão e a proposição de estratégias para se desenvolver abordagens específicas que impliquem numa maior identificação das questões de saúde específicas desta população, do grupo de maior risco de desenvolver incapacidades, complicações, óbitos ou necessidade de asilamento, da redução do tempo de internação e dos custos a isto relacionados.

Conhecendo-se essa problemática, pode-se inferir que tais situações ocorrem também no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE),

da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), o qual é responsável por um grande número de atendimentos a pessoas nesta faixa etária. Como o seu Serviço de Geriatria faz basicamente atendimento ambulatorial, torna-se importante se perguntar sobre o perfil e a dinâmica de internação desta população no hospital universitário.

Existe a necessidade de se modificar a assistência voltada para os idosos internados no HUPE. A identificação por parte da comunidade hospitalar do grupo de idosos que apresentam fatores de risco para uma evolução desfavorável, incluindo-se a identificação das síndromes geriátricas presentes na internação, é fundamental para uma adequada abordagem. Neste grupo deve-se levar em conta os aspectos geriátricos e gerontológicos, a necessidade de um trabalho interdisciplinar e a otimização dos cuidados de forma progressiva de complexidade por uma equipe especializada. Desta forma, será possível trabalhar a reabilitação precoce e a manutenção de autonomia para uma retorno mais rápido para a comunidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1989) recomenda o desenvolvimento de estudos e pesquisas que subsidiem a tomada de decisão e dirijam as ações e prioridades no nível das políticas públicas relativas à terceira idade.

Segundo Veras (1994), existe a necessidade de se examinar a qualidade dos serviços de saúde disponíveis para os idosos, pois a proporção de pessoas que retornam para uma segunda visita a um serviço de saúde dentro de um período curto é grande, sendo também extraordinariamente alta a taxa de internação em um período de 3 meses. Assim, torna-se fundamental o reconhecimento das particularidades dos idosos durante o período de internação hospitalar, objetivando a identificação correta de problemas e a proposição de formas de atendimento diferenciadas que permitam uma melhor qualidade no atendimento e uma melhor utilização dos recursos disponíveis dentro da realidade existente.

Existe uma crescente utilização de leitos hospitalares pelos idosos, o que reflete o progressivo envelhecimento populacional.

No Brasil, estudos realizados em SP (Brito, 1996) em 83/84, mostraram nos hospitais gerais 27% de internação de idosos, já em 91 este

percentual estava em 42,3%, o que poderia ser explicado pelo maior número de idosos, a dificuldade de atendimento básico, maior número de problemas de saúde, dificuldade de locomoção.

Segundo Llera (1994), a hospitalização faz parte da assistência geriátrica, a qual se define como o conjunto de níveis de assistências, hospitalares e extra-hospitalares, sanitários e sociais que devem dar uma resposta escalonada nas diferentes situações de enfermidade ou necessidade que permeiam o cuidado integral à saúde do idoso. Esta assistência deve ser setorizada e integrada em todos os seus níveis como na atenção primária a saúde com equipes de atenção primária e domiciliar; na atenção hospitalar com a consulta de avaliação geriátrica, a unidade de agudos, a unidade de média permanência, de longa permanência, as psicogeriatricas, o hospital-dia e a atenção domiciliar; e os serviços sociais com os cuidados na comunidade, no domicílio e nas residências de anciãos.

O conhecimento das unidades de hospitalização nos permite racionalizar e otimizar o atendimento frente às demandas (Llera 1994).

A unidade de pacientes agudos destina-se a pacientes com patologias agudas que não podem ser tratados ambulatorialmente, e voltada para o diagnóstico e tratamento, sem esquecer o início da reabilitação, não devendo passar de 15 dias. Caracteriza-se por: estrutura arquitetônica e funcional adequados, critérios e porta de entrada estabelecidos, cuidados progressivos, critérios de evolução quantificados numa avaliação funcional ampla, avaliação interdisciplinar e preparação de altas programadas, o que é corroborado por Landefeld (1995).

A alta deve ser precoce, porém não precipitada; observando-se o momento em que as possibilidades da unidade foram exauridas, o caso deve ser encaminhado ao domicílio ou outro nível assistencial adequado, evitando tanto os riscos da hospitalização, como a progressiva dificuldade de adaptação ao seu meio.

As unidades de média permanência são voltadas para a recuperação de pacientes já diagnosticados, com possibilidades reais de reabilitação em um período de tempo razoável, num período médio de 30 dias. Não é necessária sua existência dentro do corpo hospitalar. Esta unidade recebe pacientes não só do serviço de geriatria, como de outras especiali-

dades: traumatologia, neurologia etc., prestando serviço a todo o hospital. Sua admissão está ligada a avaliação médica da equipe de reabilitação e do serviço social, mantendo critérios como: AVC após a fase aguda, fraturas de quadril e amputações com possibilidade de prótese que não tem recuperação funcional garantida fora do meio hospitalar por condições clínicas, mentais ou sociais, imobilidade de outras etiologias que podem ser reversíveis, quadros clínicos que requerem garantias de estabilização antes da sua volta à comunidade e recuperação de processos cirúrgicos.

As unidades de longa permanência destinam-se a pacientes que necessitam de cuidados clínicos e de enfermagem contínuos, com poucas possibilidades de reabilitação. Confundem-se com as residências assistidas. O tempo de permanência se mede em anos. O objetivo do trabalho é a manutenção das capacidades residuais, as mais altas cotas possíveis de auto-cuidado, a boa qualidade da assistência e o respeito à dignidade humana.

Segundo Llera (1994) não se deve confundir a assistência a situações agudas de enfermidade, que tem clara indicação de atenção hospitalar especializada, com as situações de cronicidade e incapacidade que devem ter vias assistenciais alternativas.

Uma das vantagens da existência de serviços geriátricos no âmbito de um hospital geral é a ligação com outros serviços que recebem grande número de idosos (Brito, 1996), o que permite o trabalho de consultoria da equipe de atendimento geriátrico.

Warshaw (1982) relata que a redução da reserva fisiológica e da capacidade de adaptação a meios não familiares coloca estes pacientes em risco de complicações e perda funcional progressiva, com maior risco de complicações médicas e iatrogênicas, havendo a hospitalização um impacto negativo na capacidade funcional. Estudo de Fradet (1996) mostrou que cerca de 34,3% dos pacientes observados desenvolveram lesões iatrogênicas consideradas como ligeiras em 61,5%, médias em 35% e severas em 3,5%. As infecções representaram a complicação mais comum, com 36,3%, reações medicamentosas em 31,5% e perda da adaptação ao meio em 20,3%. Carvalho-Filho (2000) pesquisando a iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados identificou esta em 43.7% dos idosos, sendo 58,9%

por medidas terapêuticas (32,1% farmacológicas), 17,9% relacionadas a procedimentos diagnósticos e 23,2% não relacionadas às intervenções. Steel (1984) relata que 41% dos idosos internados têm algum dos seguintes sintomas: confusão, queda, incontinência ou passam a não se alimentar, o que leva a intervenções como medicações psicotrópicas, contenção no leito, tubo naso-gástrico ou cateter vesical, as quais estão relacionadas em 1 a 4% a doenças iatrogênicas.

Os eventos iatrogênicos mais relatados são: reações medicamentosas, complicações da imobilização (trombose venosa profunda, embolia pulmonar, intolerância ao ortostatismo, atrofia muscular, contratura, osteoporose, constipação, fecaloma, incontinência funcional, retenção urinária, escaras, infecções, complicações pós-operatórias, complicações de procedimentos diagnósticos, alteração na adaptação ao meio ambiente e comunicação, confusão e alteração da função mental.

Os principais agentes iatrogênicos são as drogas responsáveis por 7,7% das hospitalizações em maiores de 65 anos, aparecendo os anti-hipertensivos com 36% sendo os diuréticos com 20,5%, psicotrópicos (24,8%), anti-inflamatórios (17,8%). Tendo como fatores associados a idade, o maior número de drogas, e a negligência. Isto pode ser evitado pelo maior respeito às contra-indicações, redução da auto-medicação e do número de drogas associadas, o que aumenta o risco de interação que é responsável por 12,6% dos acidentes iatrogênicos (Fradet, 1996). Estes eventos podem levar à impossibilidade de retorno ao local de origem, isto é ao seu meio.

Os eventos adversos como restrição ao leito, uso de medicações, procedimentos etc., levam a uma cascata de efeitos que, apesar do tratamento da patologia aguda, levam a um declínio das funcional, problemas associados a confusão, imobilidade, incontinência, desnutrição e finalmente depressão. (Fried, 1994)

De acordo com Palmer (1999), 25 a 35% dos idosos internados para tratamento agudo perde independência em uma ou mais das atividades de vida diária, o que também é dito por Sager (1996) que encontrou que 1/3 dos pacientes acima de 75 anos desenvolveram uma nova incapacidade após doença aguda e hospitalização. As doenças iatrogênicas, a

imobilidade, a alteração do ciclo de vigília-sono, a desorientação causada pelo meio, a privação sensorial e a desnutrição são fatores potenciais que colocam, principalmente o idoso frágil⁴, em risco de declínio funcional. Esta perda funcional acarreta (Fretwell, 1994): maior tempo de hospitalização, asilamento e morte. Seu risco é relacionado ao meio ambiente hospitalar, grau de fragilidade, severidade da doença e função cognitiva. A forma de prevenção desta perda é a abordagem interdisciplinar objetivando: modificar o meio ambiente, prevenir iatrogenia, detectar e tratar perdas funcionais, promover mobilidade, avaliação e tratamento nutricionais adequados, resguardo das necessidades e valores pessoais.

Um grupo especial, segundo Fried (1994), é a população acima de 85 anos que está mais sujeito a comorbidades e disautonomias e que, apesar de não apresentar anormalidades em situações de repouso, deterioram sob estresse.

Estudos na admissão e alta mostram que estado funcional e cognitivo anteriores a internação são os melhores preditores de mortalidade após a internação, assim como declínio funcional, duração da internação institucionalização e óbito. (Inouye, 1998; Scott, 1997; Narain, 1998; Wu, 2000; Covinsky, 2000). Wu (2000) em seu trabalho com maiores de 80 anos, coloca que preditores de declínio da capacidade funcional em 2 meses são: capacidade funcional basal ruim, nível de consciência, albumina baixa, presença de demência, depressão ou incontinência, o fato de estar acamado, recomendação médica para longa permanência, idade muito avançada. Lamont em 1983 ressalta que além do estado funcional e mental prévios à admissão, a identificação das causas de *delirium* e sua correção, a avaliação do impacto da doença atual no nível funcional futuro, seguindo-se a reabilitação, poderia resultar em redução do tempo de internação.

Uma questão discutida por vários autores como Winograd (1991, 1990, 1988), Sager (1996), Boulton (1993), Rubenstein (1986) é a identificação dos idosos internados que necessitam de uma abordagem diferenciada, a qual inclui a avaliação geriátrica ampla, cuidados geriátricos e intervenções visando a redução de incapacidades após a internação, menor asilamento, maior sobrevida, melhora do estado funcional e cognitivo e menor uso de drogas na alta. Estes autores concluem que doenças terminais, demências em estado avançado, assim como pacientes que já chega-

ram ao máximo de sua reabilitação, isto é, critérios que identificam uma evolução desfavorável, não identificam idosos que se beneficiam de intervenção especializada. Também idosos totalmente independentes com doenças agudas não têm critério para este grupo especial. Segundo Winograd (1990), 2/3 dos idosos internados são tão independentes que não necessitam de avaliação geriátrica.

Segundo Winograd (1988, 1991), a proporção de idosos internados apropriados para consulta geriátrica deve estar entre 18 a 24%. Os critérios para a eleição de idosos internados que se beneficiam de abordagem diferenciada são: os maiores de 85 anos por ser o grupo que contém o maior percentual de idosos frágeis (44% das pessoas acima de 85 anos tem pelo menos uma limitação nas atividades de vida diária em comparação com 7% dos entre 65 e 74 anos); presença de déficit funcional, o que já foi relatado ser importante fator determinante do tempo de internação, mortalidade e asilamento; presença de condições geriátricas como incontinência, quedas, confusão, depressão, déficits sensoriais, polifarmácia, imobilidade; doenças físicas crônicas passíveis de reabilitação, múltiplas disorders e condições psicossociais como viver só, viuvez recente, precários recursos financeiros.

Esta abordagem diferenciada segundo Fried (1994) é composta por: diagnóstico – uma completa avaliação dos diagnósticos agudos, as comorbidades, em relação a sua severidade e reversibilidade e seu impacto nas funções físicas, cognitivas e emocionais, visando a priorizar as intervenções; medicações – revisão cuidadosa de todas as medicações utilizadas, prescritas ou não, com ajuste de dose, caso necessário, e a avaliação cuidadosa da introdução de novas medicações; nutrição – o jejum ou a nutrição inadequada levam a desnutrição protéica, devendo-se considerar a presença de depressão, medicações que influenciam o apetite, e a função intestinal. A abordagem da constipação ou impactação precoce e hidratação adequada ajudam a minorar este problema; continência – a manutenção da função cognitiva e da mobilidade são provavelmente os elementos mais importantes na prevenção, além da restrição de líquidos a noite, prevenção da impactação fecal, a restrição ao uso de anticolinérgicos; cognição – o paciente com alteração cognitiva crônica tem maior risco de desenvolver delirium, devendo-se afastar outras causas como as metabólicas, febre, hipotermia e medicações, além disto, medidas relativas ao meio ambiente podem reduzir o estresse; avaliação emocional – depressão ou sintomas depressivos

podem ocorrer entre 20 a 60% dos casos; a mobilidade : sua perda é multifatorial, tendo os pacientes com alteração cognitiva e depressão maior risco, ansiedade e medo de cair por causa de um ambiente estranho inibem a deambulação; cooperação no cuidado: a não cooperação pode levar a depressão ou delírio. A manutenção da função cognitiva e emocional é fundamental para a prevenção.

Alguns autores avaliaram a eficácia do trabalho desenvolvido pela equipe de avaliação geriátrica, já que como este trabalho impõe uma abordagem especializada, multidisciplinar e integrada, torna-se assim de alto custo, devendo ser aplicado quando necessário. Estes estudos (Reubens, 1995; Gayton, 1987; McVey, 1989; Winograd, 1991) concluem que o efeito positivo está relacionado a seleção criteriosa dos pacientes que se beneficiam desta abordagem, e a atuação direta da equipe junto aos pacientes. A avaliação do trabalho de consultoria não demonstra haver eficácia, provavelmente devido a necessidade de maior controle sobre os pacientes. Segundo Reubens isto se deve a pouca adesão às recomendações pela equipe assistente, precariedade de recursos disponíveis necessários para o trabalho, e os critérios não adequados de identificação dos pacientes. Becker (1987) salienta que a consultoria pode ter outros efeitos como: influenciar a evolução funcional, melhorar a satisfação do paciente, melhorar a atitude dos profissionais, prover suporte emocional entre outros aos pacientes, familiares e profissionais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

O Hospital Universitário Pedro Ernesto é vinculado ao Sistema Único de Saúde e é referência em várias especialidades médicas, contando com estrutura de suporte diagnóstico e terapêutico. Realiza mensalmente 27.500 consultas, 1500 internações, 650 cirurgias em mais de 60 especialidades, incluindo cirurgia cardíaca e transplante renal. O serviço de Geriatria realiza mensalmente cerca de 2000 consultas em duas unidades ambulatoriais, mantendo um serviço de consultoria para os idosos internados no HUPE.

Foi realizado um estudo de prevalência cuja população alvo foi composta por todos os pacientes maiores de 60 anos internados durante um período de 30 dias (de 09/04/98 a 09/05/98) em qualquer serviço do hospital. Os serviços são divididos em: clínica médica, clínica cirúrgica, especialidades clínicas e especialidades cirúrgicas.

Os pacientes foram selecionados de acordo com a listagem fornecida diariamente pelo setor de internação do hospital.

Os questionários foram aplicados por dois residentes médicos do serviço de geriatria do hospital. Devido ao grande número diário de internações, não foi possível a obtenção dos dados por entrevista e aplicação de escalas com todos os pacientes, sendo esta escolha aleatória. Nos demais casos os dados foram recuperados por revisão de prontuário, o que dificultou a identificação de dados relativos a aspectos sociais, avaliação funcional e cognitiva dos pacientes.

O questionário utilizado (anexo I) foi elaborado com dados de identificação: nome, registro no hospital, endereço, data de nascimento, local da internação (serviço, enfermaria e leito), data da internação / alta e tempo de internação.

O segundo bloco de perguntas refere-se a dados sociais como características da residência, estrutura familiar, recursos financeiros.

Os diagnósticos prévios foram identificados no prontuário ou por informação do paciente. Para o diagnóstico de internação foi utilizado o relatado no pedido de internação. Todos os diagnósticos foram agrupados de acordo com o Código Internacional de Doenças – CID 10.

Por ocasião da alta, os prontuários foram revisados para coleta dos seguintes dados : diagnóstico de alta, intercorrências, procedimentos e óbito.

Como intercorrências elegeram-se as infecções urinária e respiratória, úlceras de pressão, sepse, trombose venosa profunda, alterações cognitivas, hemorragia digestiva, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio e queda, de acordo com dados encontrados na literatura (Fretwell, 1994). Os procedimentos levantados foram: punção venosa pro-

funda, entubação oro-traqueal, hemotransfusão, cateterismo vesical, traqueostomia, cirurgias, restrição ao leito, nutrição enteral.

A avaliação funcional utilizou a escala de atividades de vida diária de Katz com a pontuação de A a G, sendo "A" totalmente independente (Katz, 1970). A escala de atividades de vida diária instrumentalizada utilizada foi a de Lawton, na qual a maior pontuação representa maior independência (Lawton, 1982). A avaliação cognitiva utilizou o Mini Exame do Estado Mental de Folstein com os seguintes pontos de corte: até 13 pontos, entre 14 e 18 pontos, entre 19 e 26 pontos e maior ou igual a 27 pontos (Folstein, 1975. Bertolucci, 1994)

Os dados foram consolidados no programa estatístico informatizado EPIINFO.

Foram analisados 312 prontuários dos 342 pacientes internados no Hospital Universitário Pedro Ernesto. O levantamento em 52 casos (16,60%) foi feito através de entrevista com o paciente, sendo os demais por estudo de prontuário. Dos 342 prontuários, 30 (8,70%), não se encontravam disponíveis para estudo. O estudo através de prontuários impossibilitou a identificação de dados sociais e de avaliação funcional e cognitiva, já que estas não constam do prontuário regular. Também houve dificuldades no levantamento de informações acerca de intercorrências durante a internação por falta de relato preciso nos prontuários, podendo inferir-se que a frequência de intervenções invasivas e intercorrências estão subestimadas, assim como os diagnósticos descritos.

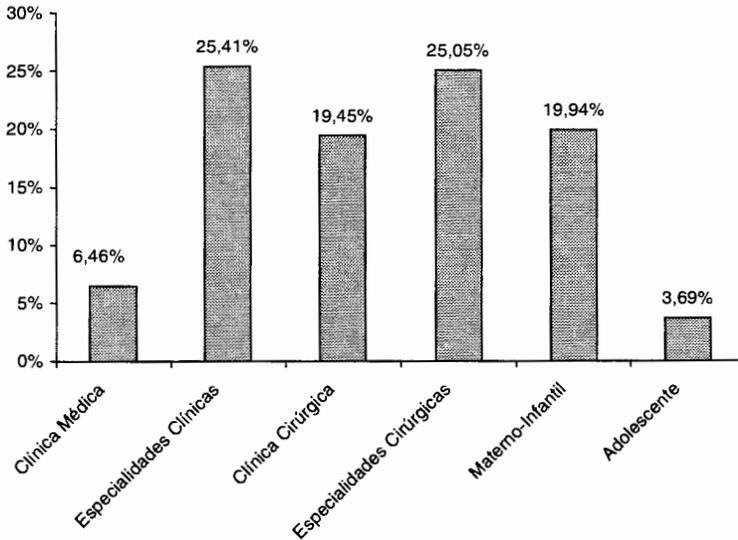
A dificuldade de entrevistar pessoalmente o paciente deve-se ao fato do grande número de internações concomitantes e de curta duração.

RESULTADOS - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

O número total de internações no Hospital Universitário Pedro Ernesto durante o período de 30 dias em que foi realizado o estudo (09/04/98 a 08/05/98) foi de 1409 internações divididos pelos grandes grupos de especialidades do hospital que são: Clínica Médica (6,46%), Especialidades Clínicas (25,41%), Clínica Cirúrgica (19,45%), Especialidades Cirúrgicas (25,05%), Materno - Infantil (19,94%) e Adolescentes (3,69%) (gráfico 1).

GRÁFICO 1

DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES NO HUPE NUM PERÍODO DE 30 DIAS
SEGUNDO A ESPECIALIDADE



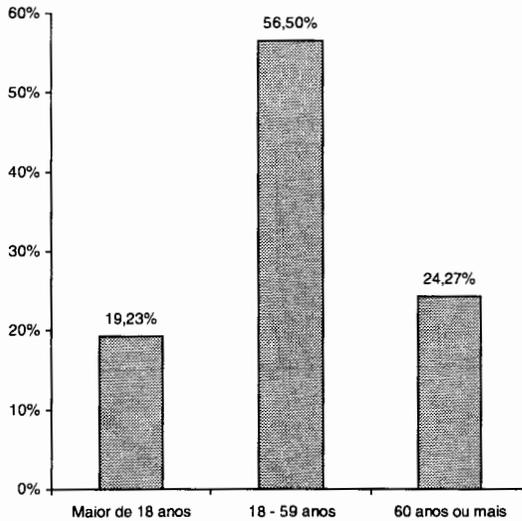
N=1409

Quando dividimos os pacientes de acordo com a faixa etária (gráfico 2), nos deparamos com um número total de 342 pacientes maiores de 60 anos em 1409 internações, que perfazem um percentual de 24,27%. Excluindo-se os pacientes internados nas unidades Materno-Infantil e Adolescentes, ficamos com um total de 1076 pacientes nas demais especialidades, sendo então 31,78% acima de 60 anos. Estudos realizados por Ramos em 1986, em hospitais públicos de São Paulo, encontraram taxas de internação semelhantes nesta faixa etária (Brito, 1996).



GRÁFICO 2

DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES NO HUPE NUM PERÍODO DE 30 DIAS
SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

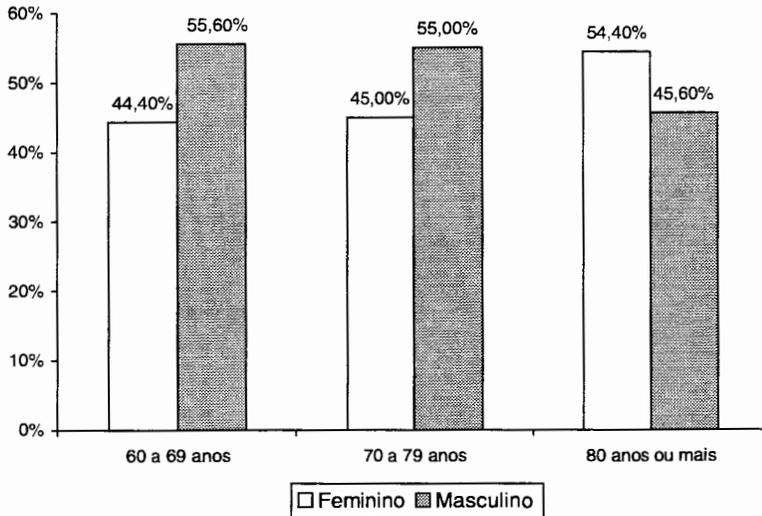


N=1409

Das 342 internações foram resgatados 312 questionários completos. Destes, 145 são mulheres (46,50%) e 167 são homens (53,50%), distribuídos de acordo com faixas etárias em: 60 a 69 anos com 126 pacientes (40,40%), sendo 44,40% do sexo feminino e 55,60% do sexo masculino; de 70 a 79 anos com 129 pacientes (41,30%), sendo 45,00% feminino e 55,00% masculino; e maiores de 80 anos com 57 pacientes (18,30%), sendo 54,40% feminino e 45,60% masculino (gráfico 3). Estes dados são semelhantes aos encontrados na literatura, observando-se que os homens internam mais por utilizarem menos os serviços de atenção primária e secundária à saúde. Na faixa acima dos 80 anos o predomínio feminino justifica-se pela sua maior expectativa de vida. (Anderson, 1997; Veras 1987)

GRÁFICO 3

DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS
POR FAIXA ETÁRIA E SEXO

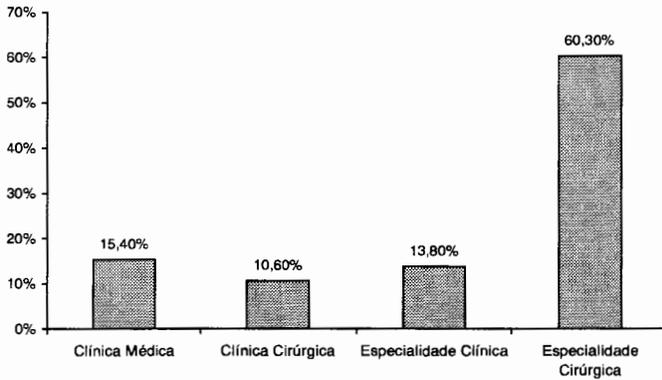


N=312

A distribuição dessas 312 internações pelos serviços (gráfico 4), deu-se da seguinte forma: Clínica Médica 15,40%, Clínica Cirúrgica 10,60%, Especialidade Clínica 13,70% e Especialidade Cirúrgica 60,30%. Não se observou diferença significativa em relação ao sexo e local de internação, havendo somente na clínica cirúrgica uma predominância masculina com 63,60% destas internações (gráfico 5).

GRÁFICO 4

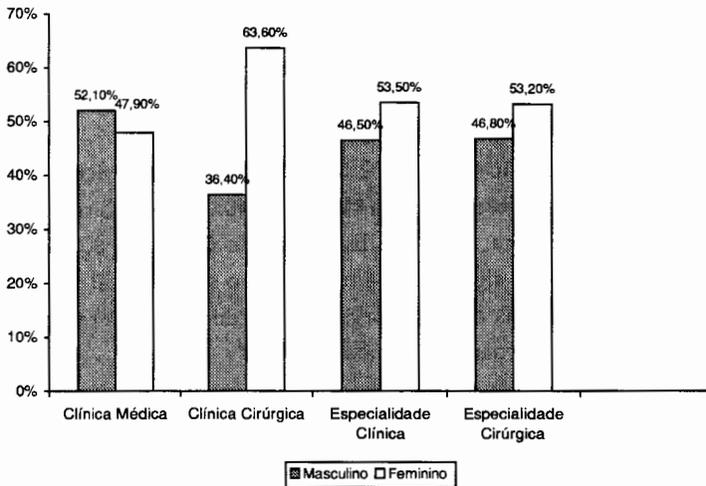
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS INTERNAÇÕES PELOS SERVIÇOS



N=312

GRÁFICO 5

PERCENTUAL DAS INTERNAÇÕES PELOS SERVIÇOS E SEXO



N=312

Em relação ao tempo de internação nos serviços achou-se de 1 a 9 dias 187 internações; de 10 a 19 dias foram 59 internações; de 20 a 29 dias foram 29 internações e 30 dias ou mais foram 26 internações. Distribuição do tempo pelos serviços (tabela 1).

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO PELOS SERVIÇOS

	Clínica Cirúrgica %	Clínica Médica %	Especialidade Cirúrgica %	Especialidade Clínica %
1 a 9 dias	8,0	7,0	74,9	10,2
10 a 19 dias	13,6	22,0	49,2	15,3
20 a 29 dias	24,1	34,5	20,7	20,7
30 ou mais	7,7	38,5	30,8	23,1

A alta taxa de internação nas especialidades cirúrgicas deve-se principalmente a pequenas cirurgias eletivas como as fascectomias, o que também justifica o curto período de internação observado. Anderson e cols (1998) em sua pesquisa de Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade destacam como a principal causa de internação os procedimentos cirúrgicos eletivos.

Os dados sociais foram pouco recuperados devido ao número reduzido de questionários aplicados aos pacientes. Estes caracterizam-se por residirem em casa (72,20%), própria (78,00%), com o cônjuge (52,10%) (tabela 2). Tais características são também encontradas na população geral como mostra Anderson (1998).

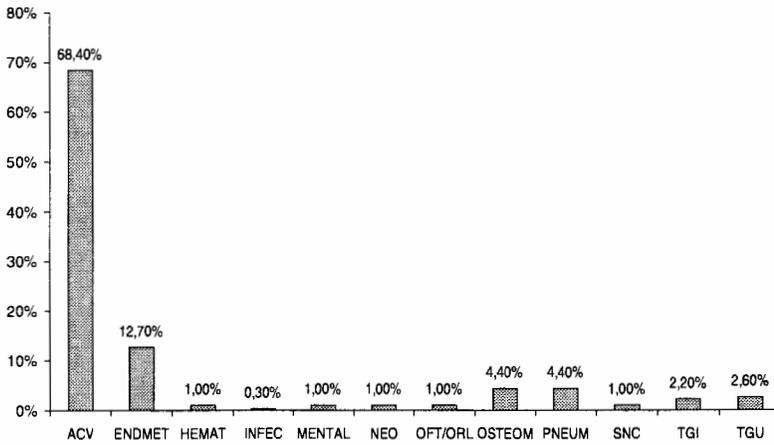
TABELA 2 – SITUAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Com quem reside		Tipo de residência		Situação da residência
Cônjuge	52,1%	Casa	72,2%	Própria 78,0%
Filho	27,1%	Apartamento	27,8%	Alugada 14,0%
Outros	20,8%			Cedida 6,0%
				Outros 2,0%
n=48		n=54		n=50

Dos diagnósticos prévios conhecidos na internação destacam-se as doenças cardiovasculares (ACV) com 68,40%, as patologias endócrino-metabólicas (ENDMET) com 12,70% e as osteomusculares (OSTEOM) e pneumopatias (PNEUM) com 4,40% cada. Os diagnósticos de internação mais prevalentes foram as doenças cardiovasculares (ACV) com 30,50%, patologias oftalmológicas / otorrinolaringológicas (OFT/ORL) com 17,60%, doenças do trato genito-urinário (TGI) 13,20%, neoplasias (NEO) e doenças do trato gastro-intestinal (TGI) com 9,90% cada, pneumopatias (PNEUM) com 4,80%. Os diagnósticos de alta correlacionaram-se com os da internação, com exceção das neoplasias que chegaram a 12,60% (gráficos 6 e 7). Os dados relativos ao perfil de morbi-mortalidade no Sistema Único de Saúde comprovam a alta taxa de prevalência de doença cardiovascular como motivo de internação e mortalidade em adultos (www.ms.gov, 1995). Dentre as patologias oftalmológicas destacam-se as internações para correção cirúrgica de catarata.

GRÁFICO 6

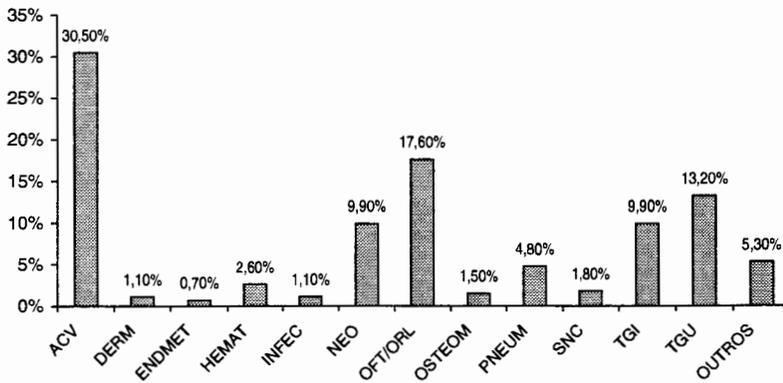
DIAGNÓSTICOS PRÉVIOS RELATADOS



N=312

GRÁFICO 7

DIAGNÓSTICOS NA INTERNAÇÃO



N=312

A avaliação funcional e cognitiva foi levantada somente nos pacientes entrevistados, encontrando-se 17,60% totalmente independentes para as atividades de vida instrumentalizadas (21 pontos), 64,60% são independentes para as atividades de vida diária (A), tendo 6,30% alta dependência (G). O Mini Exame do Estado Mental não foi correlacionado ao grau de escolaridade, encontrando-se 23,10% com escore superior ou igual a 27 pontos (normal para 8 anos ou mais de estudo completos) e 57,70% entre 19 e 26 pontos (normal para até 8 anos de escolaridade) (tabelas 3, 4 e 5).

TABELA 3 – ESCALA LAWTON

Posição	%
<= 14	19,6
entre 15 e 20	62,8
igual a 21	17,6

n=51

TABELA 4 – ESCALA KATZ

Posição	%
A	64,6
B	27,1
D	2,1
G	4,2
OUTROS	2,1

n=48

TABELA 5 – ESCALA MEEM

Posição	%
<=13	9,6
14 a 18	9,6
19 a 26	57,7
>=27	23,1

n=52

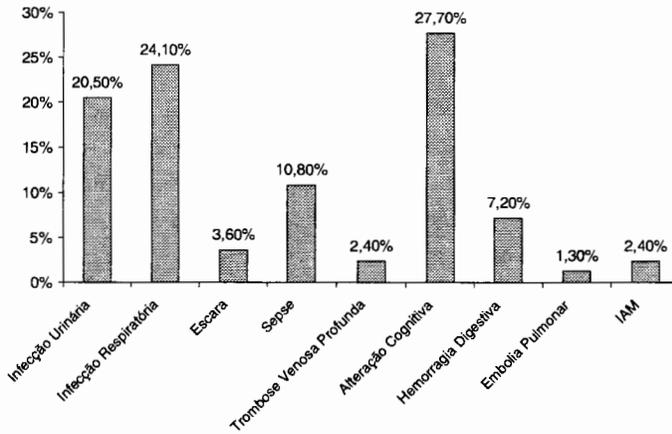
O pequeno número de questionários aplicados durante o trabalho não nos permite tecer hipóteses acerca de como estes dados influenciaram na evolução e prognóstico dos nossos pacientes. Entretanto, dados disponíveis na literatura (Boult, 1993, Sager, 1996; Inoye, 1998) apontam que os pacientes que no início da internação já apresentam um menor nível funcional, isto é, uma maior dependência para as AVDs e AIVDs e/ou alterações cognitivas mensuradas pelo MEEM, apresentam uma evolução desfavorável, muitas vezes permanecendo mais tempo internados que os outros idosos na mesma faixa etária, uma maior chance de evoluir para óbito ou receber alta com um grau de dependência maior que aquele que apresentava no início da internação. Muitas vezes, estes pacientes recebem alta para casas de saúde de apoio pois se tornaram incontinentes, perderam a capacidade de deambular e/ou se movimentar sem auxílio e seu déficit cognitivo intensificou-se (Narain, 1988).

Foram relatadas 83 intercorrências nos prontuários, sendo as alterações cognitivas em 23 casos (27,70%), infecção respiratória em 20 (24,10%), infecção urinária em 17 (20,50%), sepse em 9 casos (10,80%) e hemorragia digestiva em 6 casos (7,20%) (gráfico 8). Palmer (1999) relata que os distúrbios cognitivos são evidenciados em 25,00% ou mais dos pacientes idosos internados em unidades gerais, sendo freqüentemente atribuído a delirium, demência ou depressão e que o não diagnóstico ou diagnóstico incorreto é comum. Dados referentes às demais conseqüências da internação geriátrica como: desnutrição, iatrogenia, imobilidade e depressão não foram levantados nos nossos pacientes.

Os procedimentos relatados somaram 270, sendo que os mais freqüentes foram a punção de veia profunda em 88 casos (32,60%), cateterismo vesical 85 casos (31,50%), entubação oro-traqueal em 43 casos (15,90%), hemotransfusão em 40 casos (14,80%). (gráfico 9).

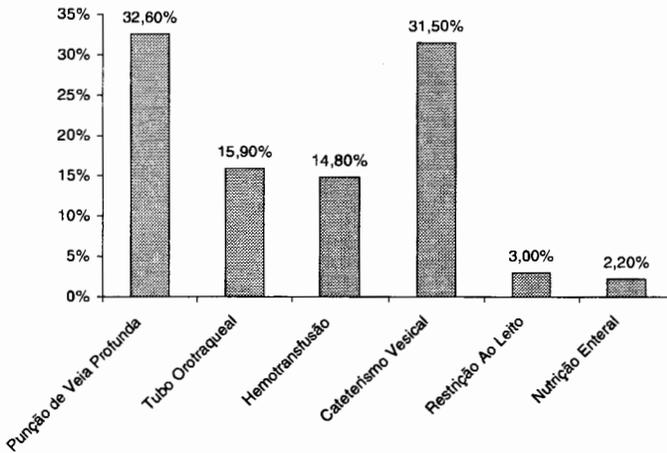
Observou-se que apesar da restrição ao leito e desenvolvimento de úlceras de pressão serem consideradas como importantes conseqüências da hospitalização de idosos (Palmer, 1999), a primeira foi relatada em somente 8 casos, havendo apenas 3 relatos de úlceras de pressão, o que consideramos como dados sub-relatados nos prontuários. Bergstorm (1992) relata a presença de úlceras de pressão em 3 a 4,60% dos idosos internados em hospital geral.

GRÁFICO 8
INTERCORRÊNCIAS DESCRITAS



N=83

GRÁFICO 9
PROCEDIMENTOS REALIZADOS

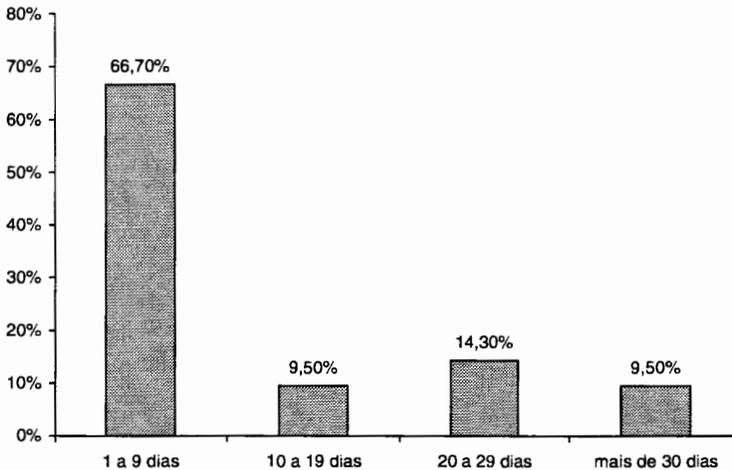


N=270

Das 312 internações, 21 evoluíram para o óbito (6,70%). Destes, 66,70% faleceram durante os primeiros 9 dias de internação, 9,50% entre 10 a 19 dias, 14,30% entre 20 a 29 dias e 9,50% com mais de 30 dias (gráfico 10). 33,30% dos óbitos ocorreram nas especialidades cirúrgicas, sendo a cirurgia cardíaca responsável por 4 dos 7 casos; 23,80% na clínica médica, 14,30% na clínica cirúrgica e 28,60% nas especialidades clínicas (gráfico 11). Os diagnósticos de internação mais associadas ao óbito foram as doenças cardiovasculares (ACV) com 42,00%, neoplasias (NEO) com 31,50%, tendo os demais grupos 5,30% cada. (gráfico 12). Vale ressaltar que a maior incidência de óbito nos primeiros 9 dias de internação provavelmente deve-se ao fato do HUPE ser um hospital terciário, onde internam pacientes com grande complexidade e gravidade de doença.

GRÁFICO 10

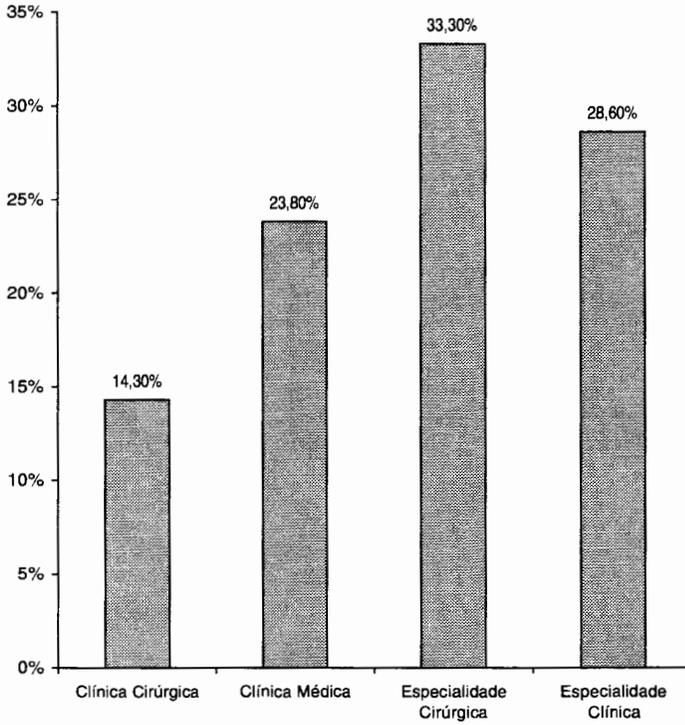
DISTRIBUIÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO NOS PACIENTES QUE EVOLUIRAM AO ÓBITO



N=21

GRÁFICO 11

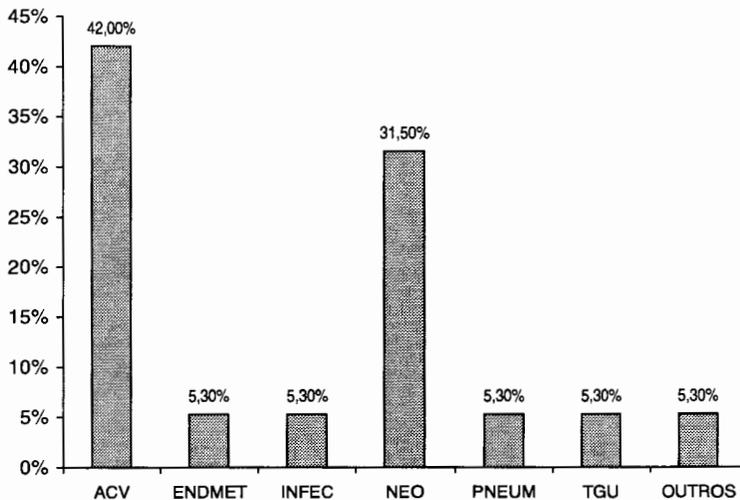
DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS PELOS SERVIÇOS



N=21

GRÁFICO 12

DIAGNÓSTICOS DE INTERNAÇÃO NOS PACIENTES QUE EVOLUIRAM AO ÓBITO



N=21

CONCLUSÃO

A taxa de internação deste segmento da população no HUPE é significativa e esperada pelo envelhecimento populacional no país. Observa-se a presença de pessoas acima de 60 anos, tanto na clínica médica e especialidades clínicas, como na clínica cirúrgica e especialidades, encontrando-se um percentual de 18,30% dos idosos internados acima de 80 anos.

A maior parcela destas internações ocorrem nas especialidades cirúrgicas e com tempo curto de internação, o que reflete as internações para pequenas cirurgias, como as oftalmológicas.

Podemos observar pela análise dos óbitos que os pacientes mais graves são portadores de doenças cardiovasculares e neoplasias.

Em relação ao tempo de internação, a maior prevalência de óbitos na faixa de 1 a 9 dias poderia ser explicada pela gravidade do quadro inicial. A clínica médica detém o maior tempo de internação e os pacientes com quadros mais graves, apresentando 23,80% dos óbitos, junto às especialidades clínicas com 28,60%.

Em relação a análise dos prontuários observa-se a precária identificação e relato das síndromes geriátricas e das complicações mais freqüentemente associadas aos idosos, como as úlceras de pressão, a imobilidade, restrição ao leito, incontinências, depressão. Isto pode ser colocado como relacionado a pouca sensibilização existente entre os profissionais para a detecção precoce e intervenção, como também pela pouca importância dada ao relato destes fatos nos prontuários.

Como o número de pacientes entrevistados (54) foi pequeno, não é possível se aferir o perfil funcional e cognitivo dos idosos internados no HUPE e a influência destes na evolução dos pacientes. Estas informações não são obtidas nos prontuários já que, como já foi dito, não há uma sensibilização para a abordagem ao idoso internado.

A literatura nos mostra que a idade por si só não é fato determinante da evolução destes pacientes. O fator mais importante é a avaliação da capacidade funcional e cognitiva prévia, a presença de síndromes geriátricas associadas, assim como múltiplas patologias e plurifarmácia, sendo este grupo o de maior risco para a evolução para óbito, necessidade de asilamento, reinternação e internação por tempo prolongado. Este grupo de pacientes se beneficia de consulta geriátrica, intervenção interdisciplinar, com reabilitação e alta precoces e programadas.

Pode-se observar que a maioria dos idosos internados no HUPE não necessitam de uma abordagem específica, o que é observado na literatura, pois como se pode observar estão ligados a internações eletivas e de curta duração.

O desafio existente é a identificação de idosos que compõem a população dos usuários do HUPE, que têm critérios de elegibilidade para

serem submetidos a avaliação geriátrica e acompanhamento especializados. Estes provavelmente correspondem às internações de longa duração ocorridas na clínica médica, e aos pacientes que evoluíram ao óbito, principalmente na clínica médica e especialidades clínicas.

A mudança dos paradigmas na internação de idosos no HUPE, conforme a hipótese inicial, é fundamental, e requer um trabalho de conscientização de todas as unidades assistenciais e de educação, para não só a identificação dos idosos em maior risco, como também da necessidade de se sensibilizar os profissionais para as peculiaridades do paciente idoso e de suas especificidades.

A contribuição do Serviço de Geriatria neste momento inicial, apesar de poder trabalhar quase que como um serviço de consultoria somente, o que sabemos que não é eficaz, é nesta sensibilização e divulgação do conhecimento. Para isto, como resultado deste trabalho, optou-se por continuar a avaliação de idosos internados em uma enfermaria de clínica médica, procurando identificar os fatores de risco existentes na internação e a evolução; a manutenção do serviço de consultoria e a possibilidade de pacientes fragilizados terem acompanhamento nos ambulatórios de serviço, após a alta. O encaminhamento destes pacientes ao ambulatório garante a continuidade das intervenções, possibilitando a alta mais precoce e programada.

NOTAS

- ¹ Médica geriatra, coordenadora do Núcleo de Atenção ao Idoso, UnATI/Uerj. Pós-graduação em geriatria pelo Instituto de Geriatria – PUC-RS. Pós-graduação em gerontologia - Universidade de Barcelona
- ² A avaliação funcional inclui atividades voltadas para o auto-cuidado como vestir-se, comer, transferir-se, ir ao toalete, continência e atividades voltadas para sua relação com o meio como usar dinheiro, fazer compras, usar telefone, usar meios de transporte.
- ³ síndromes geriátricas : demência, depressão, isolamento, incontinência, desequilíbrio, quedas, constipação, imobilidade.
- ⁴ O conceito de fragilidade torna-se importante por ser esta parcela da população a que mais utiliza cuidados de saúde, serviços de suporte comunitário e informal, cuidados prolongados, sendo a de maior risco para conseqüências adversas. Este grupo é descrito como o que apresenta maior risco de : dependência, institucionalização, queda, doenças agudas, hospitalização, recuperação lenta e mortalidade. Sua identificação precoce é importante, a fim de evitar-se a ocorrência de eventos adversos. Este grupo apresenta uma ou mais destas características: idade mais avançada, desautonomia, presença de múltiplas doenças crônicas e /ou síndromes geriátricas (Fried,1994).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, M. I. P. et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Textos sobre Envelhecimento*, v. 1, n. 1, p. 23-43, nov. 1998.

APPLEGATE, W. B. et al. A randomized, controlled trial of geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *New England Journal of Medicine*, v. 322, p. 1572-8, 1990.

BECKER, P. M. et al. Hospital-acquired complications in a randomized controlled clinical trial of a geriatric consultant team. *JAMA*, v. 257, p. 2313-17, 1987

BERGSTROM, N. et al. A prospective study of pressure sore risk among institutionalized elderly. *J Am Geriatric Soc.*, v. 40, p. 747-58, 1992

BERTHOLUCCI. O Mini-exame do estado mental em uma população - impacto da escolaridade. *Arch. Neuropsiqu.*, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994

BOULT, C. et al. Screening elders for risk of hospital admission. *J Am Geriatric Soc.* v. 41, p. 811-7, 1993

BRITO, F.C., RAMOS, L.R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: NETTO, M.P.: *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.

CARVALHO FILHO, E.T. et al. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. *Rev. de Saúde Pública*. Scielo | 1/06/00

COVINSKY, K.E. et al. Functional status before hospitalization in acutely ill older adults: validity and clinical importance of retrospective reports. *J Am Geriatr Soc.* v. 48, p. 164-9, 2000.

FOSTEIN. Mini - mental state. *J. Psych Res.* v. 12, p. 189 -98, 1975.

FRADET, G: Iatrogenic drug-induced diseases requiring hospitalization in patients over 65 years of age. one year retrospective study in an internal medicine department. *Rev. Medicine Interne*, v. 17, n. 6, p. 456-60, 1996.

FRETWELL, M. D. Acute hospital care for frail older patients. in: *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. New York : Hazzard, W.R., McGraw-Hill, 1994.

FRIED, L.P. Frailty. In : *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. New York: Hazzard, W.R., McGraw-Hill, 1994.

GOZONI, M.Z: Análise dos parâmetros clínicos de idosos internados em enfermarias de clínica médica. *Rev. Med. Brasil*, v. 41, n.3, p. 227-32, 1995.

GUILLÉN LLERA, F., MOLINO MARTÍN, J.P. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson, 1994.

<http://www.saude.gov.br/programas/idoso/resprog.htm> 24/04/00

<http://www.ibge.org.br>, 1996.

LAWTON, M. P. et al. A research and a service-oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, v. 37, p.91-9, 1982

NARAIN, P. RUBINSTEIN, L. Z. et al. Predictors of immediate and 6-month outcome in hospitalized elderly patients. the importance of functional status. *Journal of American Geriatrics Society*, v. 36, p. 775-783, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The use of epidemiology in the study of the elderly. Geneva: OMS, 1984. (Technical Reports Series, 706).

PALMER, R. M. Acute hospital care of the elderly minimizing the risk of functional decline. *Cleve Clin J Med*, Mar./Apr., v. 62, n. 2, p. 117-28, 1995.

PALMER, R. M. Acute Care. in: Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. New York : Hazzard, W.R., Mcgraw-Hill, 1999.

SAGER, M.A. et al. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *Journal of American Geriatrics Society*, v.44, p.251-57, 1996.

STEEL, K. Iatrogenic disease on a medical service. *Journal of American Geriatrics Society*, v. 32, p. 445-49, 1984.

VERAS, R.P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

VERAS, R.P. et al. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev Saúde Pública*, SP, v. 21, n. 3, p. 225-33, 1987

WARSHAW, G.A. et al. Functional disability in the hospitalized elderly. *Journal of American Geriatric Society*, v. 248, p.847-850, 1982.

WINOGRAD, C.H. Targeting strategies: na overview of criteria and outcomes. *Journal of American Geriatrics Society*, v. 39S, p.25S-35S, 1991.

WINOGRAD, C.H. et al. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. *Journal of American Geriatrics Society*, v. 39, p.778-84, 1991.

WINOGRAD,C., H., STEARNS,C. Inpatient geriatric consultation Challenges and Benefits. *Journal of American Geriatrics Society* , v. 38, p. 926-32, 1990.

WINOGRAD,C.H., GERETY,M.B. et al. Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation. *Journal of American Geriatrics Society*, v. 36, p. 1113-19, 1988.

WU,A.W. et al. Predicting funcional status outcomes in hospitalized patients aged 80 years and older. *J Am Geriatr Soc.* v. 48, n. 5, May 2000

ABSTRACT

The aim of this paper is to give an insight into the real situation of the hospitalization of the elderly in university hospital. Through a social evaluation, and the analysis of data such as: number of elderly hospitalized, length of stay, general procedures, diagnoses, number of deaths and geriatric assessment, we analyse the adequacy of the approach and the type of assistance to be given to each patient. The study comprises a population of 60 years and over hospitalized in a period of 30 days. We found 342 patients of 60 years and over (24,27%) of all patients hospitalized in that period. 6,03% were those undergoing surgeries had the shortest period of hospitalization. There were 6,7% of deaths, 66,7% of these in the first 9 days. Our findings were that, in spite of the high rate of old patients, the majority are low risk ones and there is no need for differentiated treatment. However, it's necessary to identify high risk patients who may have problems as loss of autonomy and cognitive impairment as these will need special care and a differentiated interdisciplinary approach.

Keywords: elderly, hospitalization, geriatric assessment

Recebido para publicação em 16/04/2001

Aprovado em 03/07/2001

Correspondência para:

E-mail: l.b.motta@ig.com.br



UnATI
UERJ

