

Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil

The insertion of the violence against elderly theme at health care public policies in Brazil

Edinilsa Ramos de Souza¹
Maria Cecília de Souza Minayo¹

Abstract *This article approaches the insertion of violence against elderly in the Brazilian health care public policies. It presents concepts of violence applied to this group of population, mortality data and number of elder interned by violence and accidents. Also, it compares and discusses some policies that are, direct or indirectly, about elder care, victims of violence, and the specific object of the text. Methodologically, it first aimed to identify if the theme of violence was contemplated in official documents, and if so, which are the guidelines that orient elder care, not only regarding attendance, but also regarding prevention actions. The conclusions are that official policies, with special emphasis to the Elder Statute and the National Policy to Elder Care, are very slowly incorporating this theme and offering support to the Protection Network, mainly in this first decade of the 21st century.*

Key words *Health policies, Ageing Violence, External causes, Elderly statute*

Resumo *Este artigo aborda a inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas brasileiras de atenção à saúde. Neles são apresentados os conceitos de violência que se aplicam a esse grupo populacional, dados de mortalidade e de internação por violências e acidentes e são teçadas, discutidas e comparadas algumas políticas que tratam direta ou indiretamente da atenção aos idosos vítimas de violência, objeto específico do texto. Metodologicamente, primeiramente buscou-se identificar se o tema da violência foi contemplado nos documentos oficiais e, em caso positivo, quais são as diretrizes que orientam a atenção do setor para o cuidado da saúde da pessoa idosa, tanto em relação ao atendimento como no tocante às ações de prevenção. As conclusões a que se chega é que as políticas oficiais, com destaque para o Estatuto do Idoso e para a Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa, muito lentamente vão incorporando esse tema e oferecendo suporte para Redes de Proteção, principalmente nesta primeira década do século XXI.*

Palavras-chave *Políticas de saúde, Idoso, Violência, Causas externas, Estatuto do Idoso*

¹Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli. Avenida Brasil 4.036, sala 700, Mangueiras. 21040-361 Rio de Janeiro RJ. edinilsa@claves.fiocruz.br

Introdução

Este artigo aborda a inserção do tema da violência nas políticas públicas brasileiras de atenção à saúde da pessoa idosa. Para isto efetuou-se levantamento e análise das principais políticas dirigidas a esse grupo populacional, buscando-se identificar, primeiramente, se o tema da violência foi contemplado nelas e, em caso positivo, que diretrizes orientam a atenção tanto em relação ao atendimento como no tocante às ações de prevenção.

Muito já se falou sobre o fenômeno do crescimento da população idosa nas últimas décadas, que, associado à queda na taxa de fecundidade, tem contribuído para o envelhecimento populacional, sobretudo nos países em desenvolvimento^{1,2}. No Brasil, havia em 1950 cerca de dois milhões de pessoas com 60 ou mais anos; neste momento há cerca de 20 milhões, e estima-se a existência de 32 milhões no ano de 2025. Em paralelo, a taxa de fecundidade passou da média de 6,3 filhos tidos por mulher nos anos 1960 para cerca de dois na primeira década dos anos 2000, caindo ao nível de reposição da população, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2007³.

Recentemente, o envelhecimento da população brasileira e suas consequências passaram a ser objeto de estudos na área da saúde. São recorrentes os trabalhos que abordam os aspectos negativos, ou seja, o ônus que o envelhecimento acarreta para os setores previdenciário e de saúde⁴⁻⁶. No entanto, a vitimização da pessoa idosa por eventos violentos é um tema específico que ainda na década passada contava com apenas nove trabalhos publicados em periódicos da área da saúde, como demonstram Minayo e Souza⁷. Estas mesmas autoras, porém, mostram significativo incremento da produção da área entre os anos 2000 e 2008 em artigo que faz parte deste número temático.

Violência contra a pessoa idosa: conceitos

Uma das formas de conceituar a violência contra a pessoa idosa é a adotada pela Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-Tratos contra o Idoso⁸, segundo a qual esta se manifesta como um ato único ou repetido ou em omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança.

As distintas formas pelas quais a violência contra a pessoa idosa se expressa estão explicitadas em documentos oficiais e em vários estudos⁸

que costumam utilizar também a denominação “maltrato” ou “abuso”. Neste artigo, essas expressões são consideradas sinônimas e definidas na seguinte tipologia:

Violência física se refere ao uso da força física para ferir, provocar dor, incapacidade ou morte ou para compelir o idoso a fazer o que não deseja.

Violência psicológica são agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar o idoso do convívio social.

Violência sexual se refere a atos ou jogos sexuais de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas idosas visando obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Violência financeira e econômica consiste na exploração imprópria, ilegal ou não, consentida dos bens financeiros e patrimoniais do idoso.

Negligência se refere à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários ao idoso, por parte de responsáveis familiares ou institucionais. Geralmente, as negligências apresentam-se associadas a outros tipos de violência que geram lesões e traumas, sobretudo nos idosos com mais dependências.

Autonegligência diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança por meio da recusa de prover a si mesma de cuidados necessários.

Abandono consiste na ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a um idoso que necessite de proteção.

Impacto da violência na mortalidade e internação dos idosos brasileiros

No âmbito da saúde, os acidentes e violências constam nos capítulos XIX e XX da Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua 10ª revisão. Embora não constituam o grupo com maior risco de morrer ou sofrer ferimentos por causas externas, os idosos também são afetados, o que implica perdas humanas e atendimentos de maior complexidade nos serviços de saúde, principalmente da rede pública e conveniada do Sistema Único de Saúde (SUS), para onde converge a maioria dos casos.

Em 2007, o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde informou que ocorreram 18.946 mortes por causas externas de pessoas com 60 ou mais anos, o que representa 3% de todos os óbitos de pessoas dessa

faixa etária. A maioria desses óbitos foi motivada, em ordem decrescente, por: outras causas externas de lesões acidentais (W00-X59), com 7.299 óbitos, dos quais 67,9% foram mortes por quedas (W00-W19); acidentes de transporte (V01-V99), com 5.084; eventos com intenção indeterminada (Y10-Y34), com 2.789; e agressões (65-Y09), com 1.671 óbitos.

O Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares aponta que no ano de 2008 houve 769.358 hospitalizações por causas externas na população em geral, dentre as quais 122.065 (15,9%) foram de pessoas idosas. Ao analisar os subgrupos de causas, observa-se que a maior parte está constituída pelas 82.850 internações provocadas por quedas (72,4%). O segundo subgrupo mais importante é o dos acidentes de transporte, com 8.853 hospitalizações; complicações da assistência médica e cirúrgica (Y40-Y84) totalizaram 6.574 internações. Em seguida aparecem os eventos cuja intenção é indeterminada (3.651) e as sequelas de causas externas (códigos Y85-Y89), compondo 3.030 internações. É importante destacar a considerável parcela de 14.006 hospitalizações (11,5% daquelas relativas a acidentes e violências que envolveram idosos) que não tiveram a causa externa classificada (S-T), o que indica dificuldades para esse esclarecimento e redundância em subestimação das ocorrências por subgrupos específicos.

É preciso ressaltar que nem todos os episódios de violência que ocorrem com os idosos chegam ao conhecimento dos serviços de saúde, conforme tem sido apontado em vários estudos. Por um lado, isto se deve ao fato de que grande parte da violência contra esse grupo etário é perpetrada pelos familiares no ambiente doméstico, o que dificulta a denúncia e a notificação dos atos abusivos pelos idosos⁹⁻¹¹. Por outro lado, o profissional de saúde frequentemente não investiga a história de violência no atendimento aos idosos, seja porque não se sente capacitado para fazê-lo, seja porque não existem protocolos, o que leva à conclusão de que a rede de serviços não está preparada para acolher, escutar, tratar e encaminhar o idoso¹². Tudo isso contribui para o subregistro das ocorrências.

Evolução do tema violência nas políticas públicas de saúde

Foram selecionadas e analisadas as principais políticas públicas e portarias cujo foco são as pessoas idosas, e aquelas que estruturam e orga-

nizam a rede de serviços públicos e conveniados do SUS.

- . Política Nacional do Idoso¹³;
- . Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹⁴;
- . Política Nacional de Atenção às Urgências¹⁵;
- . Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência¹⁶;
- . Pacto pela Saúde¹⁷.

Na análise, consideraram-se a ordenação cronológica dos documentos e dois marcos referenciais: o Estatuto do Idoso¹⁸ e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)¹⁹. Uma vez ordenados, os textos foram submetidos a uma leitura crítica de seu conteúdo, investigando-se suas recomendações em relação a cada uma das diretrizes preconizadas pela PNRMAV nos distintos níveis da atenção à saúde.

Os primeiros passos: a Política Nacional do Idoso

A Política Nacional do Idoso (PNI)¹³ foi promulgada pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Essa lei assegura no artigo 1º os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Dentre outras regulamentações, cria o Conselho Nacional do Idoso.

A PNI não traz qualquer discussão acerca do tema da violência. Essa invisibilidade do assunto deve ter ocorrido porque se trata de um documento da década passada, em que as questões relativas à violação dos direitos da pessoa idosa não estavam na pauta nem das Políticas de Direitos Humanos e eram apenas incipientes na área da saúde. O que mais se aproxima do tema encontra-se no item que trata do atendimento pré-hospitalar. Aí se destaca uma visão preventivista, mas não há referência aos agravos violentos. Assim, o artigo 10º da PNI destaca a necessidade de se garantir ao idoso o atendimento nos diversos níveis de serviços do SUS, aponta para a implementação de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas. Este artigo ressalta também a necessidade de criação de serviços alternativos de saúde para o idoso. No que concerne ao atendimento hospitalar, a política recomenda ainda, no artigo 10º, a elaboração de normas para serviços geriátricos.

Marcos referenciais: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e Estatuto do Idoso

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV)¹⁹, aprovada pela Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001, estabelece algumas diretrizes gerais que visam à orientação do setor saúde:

- . Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis;
- . Monitoramento da ocorrência de acidentes e de violências;
- . Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- . Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- . Estruturação e consolidação do atendimento voltado para recuperação e reabilitação;
- . Capacitação de recursos humanos; e
- . Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Por sua vez, o Estatuto do Idoso¹⁸, sancionado na Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, assegurou direitos específicos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Esse documento legal é abrangente, e seu cumprimento significa uma tentativa de estabelecer orientações e diretrizes para a atuação dos órgãos públicos e da sociedade civil e de coibir as diferentes formas de violência.

O Estatuto afirma em seu artigo 3º que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

A garantia de prioridade compreende as seguintes situações:

- . Atendimento preferencial imediato e individualizado pelos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;
- . Preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;
- . Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;
- . Viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;
- . Priorização do atendimento ao idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto nos casos em que não tenha familiares ou careçam de condições de sobrevivência;

- . Capacitação e reciclagem de profissionais nas áreas de geriatria e de gerontologia e de prestação de serviços;

- . Estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento; e

- . Garantia de acesso à rede de serviços locais de saúde e de assistência social.

Tomando-se como base as diretrizes preconizadas pela PNRMAV¹⁹, que trata do papel do setor saúde na questão dos acidentes e violências, e comparando-as com o Estatuto do Idoso, pode-se afirmar que:

(1) O artigo 9º do Estatuto afirma que é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. Já a PNRMAV¹⁹ afirma que é fundamental o investimento na formação de cuidadores; a orientação e o fornecimento de informações aos pacientes e seus acompanhantes sobre as medidas de prevenção dos agravos e sobre as ações de reabilitação preventiva e corretiva, levando-se em consideração o ambiente em que vivem e as condições sociais de que dispõem.

(2) O monitoramento dos acidentes e violências está previsto no artigo 19 do Estatuto, que trata da obrigação da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra o idoso pelos profissionais de saúde, pela autoridade policial, pelo Ministério Público e pelos Conselhos Municipal, Estadual e Nacional do Idoso. A PNRMAV¹⁹ orienta para o registro contínuo, padronizado e adequado das informações sobre acidentes e violências, para a inclusão de questões específicas voltadas para o diagnóstico da situação de acidentes e violências e para a inclusão de novos procedimentos ou especificação do atendimento na tabela do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SAI e SIH). Preconiza a criação de normas para padronizar as fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, incluindo-se tipos de lesões e de causas externas, com o registro dessas informações nos atendimentos dos prontos-socorros e ambulatórios. Recomenda ainda a especificação do tipo de causa externa no prontuário médico e nas autorizações de internação hospitalar. Finalmente, recomenda o detalhamento do tipo de causa externa no atendimento ambulatorial das lesões e envenenamentos e a inclusão desses agravos no Sistema de Notificação. Mas não há nenhuma recomendação específica a respeito do monito-

ramente dos agravos à pessoa idosa existe na PNRMAV¹⁹.

(3) O artigo 15 do Estatuto define que o atendimento geriátrico e gerontológico deve contar com ambulatórios e unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas respectivas. Entretanto, não se refere à questão da violência. Por sua vez, a PNRMAV¹⁹ não destaca nenhuma recomendação especial para a sistematização do atendimento pré-hospitalar da pessoa idosa.

(4) Em seu artigo 47, o Estatuto se refere à assistência interdisciplinar e intersetorial aos idosos vítimas de acidentes e de violências e estabelece linhas de ação a serem adotadas. Segundo essa lei, devem ser implementadas práticas de assistência social básica e, nos casos de violência, são previstos serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão. Ainda nesse artigo, o Estatuto se refere à necessidade de um serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência e aponta para a urgência de preservação da identidade e da dignidade do idoso nos ambientes de atendimento.

O 15º artigo do Estatuto prevê ainda o atendimento domiciliar, incluindo a internação para a população que necessita e esteja impedida de se locomover, inclusive para os idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural.

A PNRMAV¹⁹ preconiza a estruturação e a organização da rede de assistência do SUS para fazer frente aos agravos acidentais e violentos. No atendimento pré-hospitalar móvel e fixo, esse documento ressalta a necessidade de os casos serem diagnosticados, acolhidos e acompanhados desde esse nível da atenção; de os profissionais serem capacitados para identificar maus-tratos e para acionar os serviços de proteção das vítimas. A integração das estratégias de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde, além das compreendidas no atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar, é considerada fundamental na definição de mecanismos de referência e de contrarreferência.

A PNRMAV¹⁹ destaca ainda que a assistência hospitalar ao idoso deva contar com alguns requisitos: (a) equipe interdisciplinar que assegure apoio médico, psicológico e social necessário às vítimas e a suas famílias; (b) parâmetros que levem em conta a capacidade funcional, e não a

idade, como o indicador mais fidedigno na determinação dos critérios de atendimento ao paciente idoso hospitalizado; (c) atenção por parte da equipe de saúde para que sejam detectados sinais de maus-tratos por parte da família, do cuidador ou mesmo dos profissionais de assistência; (d) denúncia aos órgãos competentes, quando houver indícios de suspeitas de que o idoso esteja sendo maltratado; e, finalmente, (e) atenção às queixas da própria pessoa idosa sobre posturas e comportamentos violentos ou negligentes e que constituam fatores de risco a sua vida e a sua saúde.

(5) O artigo 15 do Estatuto estabelece que os procedimentos de reabilitação da pessoa idosa sejam orientados pela geriatria e gerontologia visando à redução das sequelas decorrentes dos agravos. A PNRMAV¹⁹ preconiza que os processos de reabilitação em instituição de saúde sejam dirigidos para a educação do paciente e de sua família; e que o atendimento assistencial seja multiprofissional, a fim de se evitarem sequelas e incapacidades e de se buscar sua reintegração aos grupos familiar, social e laboral. A independência do paciente deverá ser favorecida pela provisão de vários recursos de reabilitação como órteses, próteses, cadeiras de rodas e meios auxiliares de locomoção como andadores, muletas, bengalas ou meio de comunicação alternativos.

A capacitação de profissionais e o desenvolvimento de pesquisas e estudos, diretrizes da PNRMAV¹⁹ em relação a todos os tipos de violência, não são mencionados no Estatuto do Idoso. No entanto, este último documento não especifica ou privilegia o grupo de idosos.

Desdobramentos: Política Nacional de Atenção às Urgências, Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e Pacto pela Saúde

Compreende-se como *Política Nacional de Atenção às Urgências* (PNAU)¹⁵ um compilado de portarias editadas pelo Gabinete do Ministério da Saúde, publicadas em 2006 pela Secretaria de Atenção à Saúde por via da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência. Fazem parte dessa Política as Portarias nº 2.048/2002, 1.863/2003, 1.864/2003, 2.072/2003, 1.828/2004 e 2.420/2004. Elas versam sobre a regulamentação técnica dos sistemas estaduais de urgência e emergência, apresentando a formalização da Política Nacional de Atenção às Urgências e a instituição do componente “pré-hospitalar móvel”. Regulamentam

também o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e o grupo técnico que visa avaliar e recomendar estratégias para abordagem dos episódios de morte súbita. Por fim, a PNAU¹⁵ dispõe sobre o incentivo financeiro para adequação física das centrais de regulação.

Por se tratar de um conjunto de orientações recentes, o texto já faz referência à Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, indicando, em vários momentos, a existência de integração entre essas políticas e a preocupação com os traumas produzidos pela violência social.

Uma das confluências da Política de Atenção às Urgências com a PNRMAV¹⁹ são as diretrizes para prevenção aos agravos e para a promoção da qualidade de vida das vítimas. Assim, as unidades do atendimento pré-hospitalar, sobretudo o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), são convidadas a desenvolver essas estratégias e a dirigi-las particularmente à pessoa idosa. Em seu texto introdutório, destaca-se a importância da prevenção dos acidentes mais comuns em idosos, convocando os gestores municipais a repensar o traçado urbano e a conservação das calçadas de seus municípios. Tais preocupações são também consoantes com orientações do Estatuto do Idoso.

A diretriz da PNRMAV¹⁹ relativa ao monitoramento das informações, produção e análise dos dados é outra estratégia colocada na Política Nacional de Atenção às Urgências. Nesse contexto, a atenção aos idosos é tratada pelos registros de quedas e acidentes de trânsito.

Apesar de considerar que a atenção às urgências deva estar presente em todos os níveis da atenção à saúde, o principal foco da Política de Atenção às Urgências é a estruturação e organização do componente pré-hospitalar móvel, cujo objetivo é oferecer respostas adequadas e prontas às vítimas de causas externas, em consonância com uma das diretrizes da PNRMAV¹⁹. Tanto a PNAU¹⁵ como a PNRMAV¹⁹ preveem garantia de atendimento às vítimas de traumatismos intencionais e não intencionais relacionados às causas externas.

A assistência de reabilitação nos serviços do SUS é contemplada num conjunto de portarias norteadoras do atendimento. Tais orientações foram escritas no período de 1992 a 2006 e publicadas no Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência²⁰. No bojo desses documentos encontra-se a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**¹⁶, aprovada pela Portaria nº 1.060/MS, de 5 de junho de 2002.

No texto da política de assistência à pessoa com deficiência, estão descritas orientações a respeito de perturbações psiquiátricas, abuso de álcool, outras drogas, traumas e lesões. Contudo, não há referência aos idosos. O mesmo documento se refere à articulação e integração necessária para a prevenção de deficiências, tal como preconizado na PNRMAV¹⁹, mediante o estabelecimento de parcerias entre os vários setores e órgãos envolvidos, em todos os níveis de governo, com o objetivo de diminuir ao máximo o número de vítimas e de sequelas. No entanto, nenhuma referência é feita à pessoa idosa.

No conjunto das portarias constantes no **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência**²⁰, a única que contempla o grupo de idosos e prevê que os serviços devem respeitar as suas especificidades é a de nº 587, de 7 de outubro de 2004. Esta regulamenta a atenção à saúde auditiva. Nela se preveem ações em diferentes níveis de complexidade. Na atenção básica, recomenda-se a identificação de idosos com queixas de alterações da audição, vertigem, chiado ou zumbido no ouvido, que devem ser referenciados para avaliação especializada e a realização de triagem e monitoramento da audição de idosos. Na atenção de média complexidade, os serviços devem realizar diagnóstico de perdas auditivas. Na de alta complexidade, os serviços são instados a diagnosticar perdas auditivas e contemplar a reabilitação dos idosos.

Em todos os níveis da atenção destaca-se a necessidade de se respeitarem as especificidades exigidas na avaliação desse grupo. Entretanto, é digno de nota o fato de a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**¹⁶ não se referir aos traumas auditivos em idosos causados pela violência, o que seria um avanço, tendo em vista que já existe essa preocupação dos odontólogos em diagnosticar traumas bucais provenientes da violência social. Além disso, há omissão quanto a outros traumas provocados pelas distintas formas de acidentes e violências que podem deixar sequelas e incapacidades temporárias e permanentes em pessoas idosas.

O **Pacto pela Saúde**¹⁷, publicado na Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, talvez por ser um documento mais recente, já contempla a saúde do idoso e a inclusão das violências na pauta da saúde. Subdivide-se em três partes: Pacto pela Vida; Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS.

Seu objetivo principal é a consolidação do SUS, a partir de um conjunto de compromissos e reforço à articulação das prioridades dos governos federal, estaduais e municipais. O docu-

mento preconiza o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária, atendendo às diretrizes de universalização, descentralização e territorialização da atenção.

Apresentada como uma das prioridades do Pacto, a Saúde do Idoso é abordada através da construção de diretrizes que orientam tanto a disponibilização de recursos e a garantia da qualidade da atenção como o estímulo à formação e educação permanente dos trabalhadores e gestores e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Nesse ponto, as diretrizes se assemelham às da PNRMAV¹⁹, como já mencionado.

Entre suas ações prioritárias voltadas à saúde do idoso, o Pacto pela Saúde estabelece: a adoção da caderneta de saúde e o manual de atenção básica, o programa de educação permanente à distância, o acolhimento, a assistência farmacêutica e a atenção diferenciada na internação e na atenção domiciliar.

O caminho proposto para efetivação da atenção à saúde da pessoa idosa é o fortalecimento da atenção básica por meio de ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Alinhando as diretrizes da ESF, o Pacto preconiza o respeito às especificidades locais e o estímulo à adoção de modos de viver não violentos e a promoção da cultura de paz, de forma coincidente com a PNRMAV¹⁹.

A Portaria nº 687, de 3 de março de 2006, complementa as diretrizes do Pacto e aprova a **Política de Promoção da Saúde**²¹. Esta portaria apresenta como objetivos a promoção da qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades e dos riscos à saúde. O texto relaciona promoção da saúde a determinantes e condicionantes vinculados ao modo de viver e às condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

Apesar de citar especificamente a atenção à pessoa idosa, essa política preconiza os cuidados com a promoção da saúde de grupos mais vulneráveis. Nela, linhas de ação são estabelecidas para o enfrentamento das violências de forma mais ampliada e direcionada à adoção de uma cultura de paz, à prevenção de acidentes e ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: amadurecimento

Esse documento foi aprovado por meio da Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006¹⁴. Acompanhando os avanços incorporados pelas ou-

tras portarias, nesta se amplia o escopo das ações de promoção, atenção integral, provimento de recursos, participação e controle social, formação permanente dos profissionais, cooperação internacional e apoio à realização de estudos e pesquisas.

O texto trabalha com a noção de articulação intersetorial e compartilhamento de responsabilidades já recomendados na PNRMAV¹⁹. Do mesmo modo, adota vários aspectos contidos no Estatuto do Idoso. No que concerne à diretriz de promoção de comportamentos e ambientes saudáveis, a Política prevê:

- . Desenvolvimento e valorização de uma forma de atendimento acolhedora e resolutiva, baseada em critérios de risco;
- . Informação sobre seus direitos, inclusive o de ser acompanhado por pessoa de sua rede social e sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
- . Valorização, respeito e solidariedade para com a pessoa idosa;
- . Facilitação da participação da pessoa idosa em equipamentos sociais;
- . Estímulo à nutrição balanceada, ao sexo seguro, à imunização e a hábitos saudáveis de vida;
- . Realização de ações incentivadoras do abandono do uso de álcool, de tabaco e do sedentarismo, em todos os níveis da atenção.

Em relação ao monitoramento da ocorrência de acidentes e violências, a Política é bastante explícita e aborda os principais agravos que ocorrem com os idosos. Prevê ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos. E aborda claramente a necessidade de ações integradas de superação da violência doméstica e institucional.

A **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**¹⁴ recomenda aos gestores que tenham critérios estabelecidos para organizar a rede de serviços, como insumos e provimento de recursos para adequação da estrutura física, qualificação técnica dos profissionais e implementação de procedimento ambulatorial para avaliação global do idoso.

No âmbito do atendimento pré-hospitalar, a Política pressupõe a incorporação de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade de vida e o aumento da resolutividade da atenção. Estabelece o envolvimento de profissionais da assistência básica e de equipes da ESF, incluindo atenção domiciliar e ambulatorial, incentivo ao uso de instrumentos técnicos validados e avaliação funcional e psicossocial. Recomenda ainda que pessoas idosas recebam orientação sobre

envelhecimento saudável e autocuidados para reduzir hospitalizações. No entanto, o documento não faz menção explícita à violência doméstica, a que mais ocorre e vitimiza os idosos.

Faz parte do mesmo documento de política a preconização da assistência interdisciplinar e multidimensional quanto aos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nele também se ressalta a importância da rede de suporte social e do ambiente comunitário e familiar no qual o idoso está inserido, embora não fica explícita sua maior vulnerabilidade a ocorrências de violência. O texto se refere também à necessidade de acompanhamento dos cuidadores. E destaca ainda que todas as intervenções devem estimular o autocuidado e se orientar para a promoção da autonomia e da independência, e estar atentas à detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e de comprometimento precoce da funcionalidade.

O foco na autonomia e na independência do idoso encobre um dado da literatura nacional e internacional que mostra como principais vítimas de violência os idosos mais dependentes e demenciados e com menos acesso aos serviços de saúde. Estes requerem maior cuidado e atenção, por isso mesmo estressam e cansam mais os cuidadores. O grupo mais vulnerável à violência tem sido o menos focalizado pelas políticas públicas.

Na diretriz referente à assistência, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹⁴ recomenda a incorporação de crenças e modelos culturais dos usuários como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos tratamentos. Também não explícita, mas aborda tangencialmente, que existe violência praticada pelos profissionais de saúde, ao apontar a necessidade de se vencer o preconceito em relação ao idoso.

Finalmente, ainda no tocante ao componente da assistência, considerou-se a Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006, sobre **Internação Domiciliar**²² no âmbito do SUS. Nesse documento, a orientação é que a assistência hospitalar domiciliar seja realizada por profissionais da atenção básica ou especializada e disponibilizada a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados. Ou seja, muitos idosos podem ser mantidos em casa, com retaguarda assistencial no período noturno e nos fins de semana. A Portaria define parâmetros e metas para o atendimento multiprofissional e matricial de apoio. No artigo 8º, coloca o idoso como uma dos grupos prioritários. No entanto, seu artigo 9º exclui do programa os usuários de medicação complexa e que não tenham cuidador contínuo

identificado, critério que deixa de fora significativa parcela de idosos.

Quanto à atenção de reabilitação, as diretrizes da Política de Atenção Domiciliar em nenhum momento se referem a como lidar com sequelas e incapacitações provenientes de acidentes e violências. No entanto, mencionam que uma vez reconhecidas as condições de fragilidade da pessoa, é necessário se avaliarem os recursos locais para se lidar com elas, de modo a facilitar o cuidado domiciliar. O papel do cuidador familiar incluído como parceiro fundamental da equipe de saúde aparece nas diretrizes da atenção domiciliar, ressaltando-se a necessidade de se fomentar uma rede de solidariedade comunitária para com o idoso frágil e sua família.

Considerações finais

O tema da violência, lenta e gradativamente, vem aparecendo na formulação das políticas públicas dirigidas à população idosa do Brasil, sobretudo nas que promovem a garantia dos direitos e estruturam a atenção a sua saúde.

No entanto, observa-se que o documento mais objetivo e assertivo até o momento para esse grupo populacional é o Estatuto do Idoso. A PNRMAV¹⁹, que poderia ser um norte importante, não vem sendo devidamente aplicada, como apontam vários estudos⁹, havendo avanços e retrocessos nos estados e municípios^{23,24}.

As políticas públicas são fruto do tempo histórico, das prioridades sociopolíticas gerais e refletem também os problemas estruturais e conjunturais da sociedade e demandas internacionais. As que se orientam para a proteção e o cuidado com a pessoa idosa são também fruto dessas circunstâncias. Esse grupo populacional padece com todas as dificuldades que o SUS enfrenta para garantir universalidade e equidade do acesso, integralidade da atenção, participação e controle social, descentralização político-administrativa, hierarquização e regionalização²⁵⁻²⁸. Esses entraves são agravados pela complexidade que o tratamento do idoso requer.

Desde 1993, quando a Organização Mundial da Saúde escolheu a prevenção de acidentes e traumas como tema do Dia Mundial da Saúde e em 1994 a Organização Pan-Americana da Saúde realizou a Conferência sobre Violência e Saúde, esse tema entrou na agenda dos países, embora o grupo de idosos tenha continuado em segundo plano, em comparação com crianças, adolescentes e mulheres.

No que se refere à pessoa idosa, no entanto, os caminhos percorridos até então são mais curtos e recentes e passam pelas Assembleias Mundiais sobre Envelhecimento promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). A última delas realizou-se em Madri em 2002, na qual se elaborou o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento²⁹.

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (1994)¹³, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006)¹⁴, o Estatuto do Idoso (2003)¹⁸ e as duas Conferências Nacionais dos Direitos do Idoso (2006 e 2009)^{30,31} destacam as especificidades do atendimento que deve ser oferecido, mas não abordam devidamente o tema da violência nem do ponto de vista de suas manifestações, nem quanto à magnitude e intensidade com que ocorrem.

Minayo³² analisou a trajetória de inserção do tema da violência na agenda da saúde e colocou sua esperança na criação de propostas práticas e ações concretas na primeira década deste novo século. Na verdade, isso vem ocorrendo. A presente década tem se apresentado como um período de criação, articulação, integração e consolidação de Planos e Redes de proteção e de garantia dos direitos das pessoas idosas, como é o caso da Rede Nacional dos Direitos dos Idosos (RENADI) e da Rede Internacional de Prevenção de Maus-Tratos às Pessoas Idosas (RIPMTPI). Passos concretos são fundamentais, pois a população idosa cresce aceleradamente. E é preciso acompanhar tanto a maioria, para que tenha vida longa e saudável, como a pequena parcela dos que são dependentes e precisam de cuidados complexos e constantes.

Referências

1. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saude Publ* 1987; 21(3):200-210.
2. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Cien Saude Colet* 2008; 13(4):1107-1111.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
4. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev Saude Publ* 1987; 21(3):225-233.
5. Veras RP. A era dos idosos: os novos desafios. In: *I oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil*, 2002 dez 15-18; Ouro Preto; 2002. p. 89-96.
6. Camarano AA. Brazilian population ageing, well-being in social policies. In: *I oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil*, 2002 dez 15-18; Ouro Preto; 2002. p. 27-36.
7. Minayo MCS, Souza ER. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 323-242.
8. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2007.
9. Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad Saude Publica* 2004; 20(3):646-647.
10. Souza ER. *O estado de direito e a violência contra o idoso* [relatório final de pesquisa]. Rio de Janeiro: Claves; 2006.
11. Souza AC. A violência contra os idosos. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, organizadores. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 183-195.
12. Souza ER, Ribeiro AP, Atie S, Souza AC, Marques CC. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Cien Saude Colet* 2008; 13(4):1153-1163.
13. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1994; 4 jan.
14. Portaria nº 2.528, de 8 de outubro de 2006. *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. [acesso 2009 set 14]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Urgência e Emergência. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

16. Portaria nº1.060/GM, de 5 de junho de 2002. **Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Ministério da Saúde. [acesso 2009 set 14]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
17. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. [acesso 2009 set 14]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
18. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário oficial da União** 2003; 1 out.
19. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
20. Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006. **Aprova a Política de Promoção da Saúde**. [acesso 2009 set 14]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>
22. Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006. **Institui a internação domiciliar no âmbito do SUS**. [acesso 2009 set 14]. Disponível em: <http://www.ciape.org.br/AtenDom2529.pdf>
23. Santos CA. **Implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: a experiência do Estado do Amapá** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004.
24. Minayo MCS, Deslandes SF. **Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para a Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
25. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Cien Saude Colet** 2001; 6(2):269-291.
26. Ribeiro JM. UHS development and hospital services rationing. **Cien Saude Colet** 2009; 14(3):771-782.
27. Moreira MR, Scorel S. Municipal Health Councils of Brazilian: a debate on the democratization of health in the twenty years of the UHS. **Cien Saude Colet** 2009; 14(3):795-805.
28. Souza EPF. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão: uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Cien Saude Colet** 2009; 14(3):911-918.
29. Organização das Nações Unidas. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. Tradução Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003.
30. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Resumo da I Conferência Nacional de Direitos do Idoso**, 2006 maio 23-26; Brasília: SEDH; 2006. [acessado 2009 set 14]. Disponível em: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/i_conferencia_idoso.htm
31. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Resumo da II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**, 2009 out 28-30; Brasília: SEDH; 2009.
32. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Cien Saude Colet** 2006; 11(Supl.):1259-1267.