

Negligência contra o idoso: intervenções em um projeto de extensão

Negligence against the elderly: interventions in an extension project

Luciane Raupp. Doutora em Saúde Pública (USP). Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Metodista - IPA.

lucianemraupp@gmail.com

Julia Fensterseifer Isse. Psicóloga.

juliaisse@hotmail.com

Olinda Leschmann Saldanha. Doutora em Educação. Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário UNIVATES.

olindas@univates.br

Resumo

Este trabalho discute formas de reconhecimento e intervenção sobre a negligência contra o idoso a partir da experiência oriunda do trabalho de uma equipe de um projeto de extensão atuante junto a uma comunidade em situação de vulnerabilidade social no município de Lajeado/RS. Com o objetivo de suscitar reflexões sobre as particularidades do trabalho nesses contextos e demonstrar as potencialidades das ações de extensão na área da saúde como espaços de formação, será descrita a trajetória do atendimento a uma idosa vítima de violência intrafamiliar. Os dados sobre o caso foram organizados e discutidos tendo por base os registros das visitas domiciliares em cadernos de campo, complementados por informações obtidas em conversas informais com a equipe de Estratégia de Saúde da Família local e foram agregados em quatro categorias: negligência/privação de cuidados; isolamento social; violência psicológica e violência física. Os dados demonstraram que a atuação conjunta da equipe do projeto com a equipe de Estratégia de Saúde da Família permitiu o intercâmbio de informações importantes sobre o estado físico, psíquico e social da idosa, ajudando ambas as equipes na compreensão e atuação sobre o caso. A disponibilidade de estar presente no domicílio com mais frequência por parte da equipe do projeto de extensão reforçou o cuidado e a atenção acerca das necessidades da idosa.

Palavras-chave: violência; idoso; interdisciplinaridade; saúde.

Abstract

This paper discusses ways of recognizing and intervening in cases of negligence against elderly people, as encountered in the daily work of a team running an extension project in a community in a situation of social vulnerability in the municipality of Lajeado/RS. With the

aim of encouraging reflections on the particularities of the working process in this context, and demonstrating the potential of extension projects in health and educational areas, we will describe the trajectory of care offered to an elderly victim of domestic violence. Data on the case was organized and discussed on the basis of records of home visits in field diary, supplemented by information obtained in informal conversations with staff of the Family Health Strategy and were grouped into four categories: neglect/deprivation without care, social isolation, psychological and physical violence. The data showed that the joint performance of the project team with staff of the Family Health Strategy facilitated the exchange of important information about physical, psychological and social aspects of ageing, helping both teams understand and act on the case in question. The availability of the staff of the extension project to more frequently come to the home of the elderly person reinforced the level of care and attention.

Key words: violence; elderly; interdisciplinary; health.

1. INTRODUÇÃO

Esse trabalho apresenta questionamentos e desafios produzidos no embate entre teoria, prática e ação social no atuar de uma equipe integrante de um projeto de extensão denominado “Ações Interdisciplinares de Cuidados em Saúde” (PI), vinculado a um centro universitário localizado em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul. Criado em 2009, o projeto engloba uma série de ações desenvolvidas por um grupo de professores e alunos (voluntários e bolsistas) de sete cursos da área da saúde, em um bairro em situação de vulnerabilidade social, localizado no município de Lajeado/RS (situado a 130 km da capital do estado).

O projeto é desenvolvido por meio de parceria entre a equipe de professores e alunos dos cursos da área da saúde e uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) responsável pelo território em questão. As ações têm por meta promover a interação ensino-serviço, oportunizando aos participantes ações em conjunto com equipes multiprofissionais e promoção de cuidados aos moradores visando à integralidade da atenção. O trabalho é desenvolvido a partir da identificação das necessidades dos moradores referenciados pela equipe de ESF, dos quais a maioria são portadores de doenças crônicas e/ou apresentam dificuldades de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS) local. Nessa parceria o PI objetiva complementar e auxiliar o trabalho realizado pela UBS, principalmente oferecendo um acompanhamento domiciliar capaz de proporcionar uma presença mais constante e um olhar atento às dinâmicas e necessidades das famílias. Persegue os mesmos princípios e diretrizes do SUS que embasam a atuação das equipes de ESF, as quais atuam no sentido de humanizar as práticas de saúde pela vinculação entre equipe de saúde e comunidade, visando

à integralidade da assistência.

A atuação na comunidade se dá por meio da formação de equipes compostas, em média, por quatro alunos voluntários e um professor tutor. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de duas famílias. Nesse processo, a atividade da tutoria visa auxiliar aos alunos na produção de um olhar ampliado do processo saúde-doença, embasamento necessário para a produção de ações de cuidado na perspectiva da atenção integral.

Na prática do projeto, a ênfase recai sobre os aspectos relacionais, calcado no reconhecimento de que cada sujeito traz consigo seus problemas de saúde, mas também “*sua origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e, portanto, este conjunto deve ser olhado*”. Sem minimizar a importância do aspecto biológico, objetiva-se articulá-lo a essas outras dimensões, na produção de um cuidado que se dá em uma relação de complementaridade entre os conhecimentos da área da saúde (representada aqui pelos cursos de Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia) com os saberes dos sujeitos e da comunidade. Essa atuação baseia-se na compreensão de que para fazer frente à complexidade dos problemas de saúde, é necessário abordá-los contando com uma multiplicidade de saberes e fazeres, de modo a favorecer o afastamento de modelos assistenciais focados na produção de procedimentos para a criação de novas formas de cuidado em saúde.

Colocando em primeiro plano a importância de estreitar as relações entre a comunidade acadêmica e a realidade social, a oportunidade de compreender a amplitude dos problemas presentes no cotidiano da população pertencente ao bairro em questão - tais como, isolamento social por ser portador de uma doença crônica ou incapacitante, dificuldades de acesso a exames e procedimentos de média e alta complexidade, escassez de recursos econômicos, etc. - aprimora o conhecimento por meio da vivência das ações realizadas (MEYER et al, 2012). Além disso, abre caminho para a formação de profissionais que, atuando sob a perspectiva da integralidade, exercitem a capacidade de produzir procedimentos aliada à criação de vínculos ao incentivo à autonomia.

Dessa forma, seja durante a realização de atividades específicas a cada área - como a execução de práticas fisioterápicas ou procedimentos de enfermagem - ou no fluxo descontraído das conversas nos domicílios, busca-se a construção compartilhada de uma compreensão sobre os determinantes envolvidos em cada situação, assim como o empoderamento dos sujeitos para a criação de meios para suprimir ou atenuar a influência das condições produtoras de sofrimento, cronicidade e adoecimento. Conforme Campos (2007) as equipes de saúde devem apostar no apoio aos usuários, como meio para participar da

superação das condições adversas, ao invés de estabelecerem vínculos e práticas de cunho paternalista.

Em relação aos determinantes sociais e de saúde presentes na comunidade em questão, a convivência com situações de extrema pobreza e violência produziam com frequência demandas urgentes nas famílias atendidas pelo projeto. Práticas envolvendo abuso físico e sexual, negligência, dependência de álcool e outras drogas tensionavam os limites de atuação da equipe, exigindo a criação de estratégias para suportar e fazer frente às situações vivenciadas.

2. FORMAS E MATIZES DA VIOLÊNCIA NO BAIRRO

Visando produzir reflexões sobre o trabalho domiciliar em contextos de vulnerabilidade social e demonstrar as potencialidades de ações de extensão na área da saúde, nesse trabalho será descrita a trajetória do atendimento a uma idosa vítima de violência intrafamiliar. Consideramos que o perfil de parte considerável dos sujeitos atendidos no PI levanta questões que, de forma semelhante ao caso em foco, reúnem agravos físicos, psíquicos e sociais associados a situações de violência, configurando, por vezes, condições de violação dos direitos humanos. Segundo Minayo (2009), o caso das violências é exemplar para compreendermos esse novo perfil de morbidades que une questões sociais a problemas de saúde, evidenciando a necessidade de atuação específica por parte do setor saúde de forma paralela à mobilização e atuação intersetorial.

Este estudo se configura como uma investigação qualitativa. Chaves et al. (2011) definem que quando se trata de aspectos subjetivos, onde há necessidade de compreensão de determinado fato, a partir da descrição e interpretação de quem a vivencia, o método qualitativo torna-se eficiente para a identificação de fatos, crenças e representações do indivíduo (CHAVES et al, 2011). Os dados sobre o caso foram coletados e organizados tendo por base os registros das visitas domiciliares feitos em cadernos de campo (um caderno para anotações dos alunos e outro para o professor tutor), imediatamente após cada ida à residência da idosa, complementados por informações obtidas em conversas informais com trabalhadores da ESF, professores e alunos. Para análise dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2004), o qual se refere a um conjunto de instrumentos metodológicos aplicados aos discursos, através do qual analisa as comunicações, decompondo-as e elencando categorias. Durante este procedimento, foram identificados temas

a partir do material analisado, os quais delinearão a constituição de categorias e suas subsequentes interpretações. Trata-se, portanto de uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro de seu contexto, em busca de descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto (MARTINS, 2008).

Tratar a questão da violência como um fenômeno plural, complexo e multicausal é apreendê-la em seu caráter relacional, como ações determinadas por relações de poder nas quais um sujeito em condição mais favorável subjuga a outro em condições desiguais, coagindo-o a atuar contra sua própria vontade, convertendo assim diferenças em desigualdades (CHAUÍ, 2000).

Segundo Minayo (2009) não existe o fenômeno violência, isoladamente, mas violências, demarcando suas variadas nuances e formas de manifestação, o que torna fundamental situar a discussão no conjunto dos problemas que interligam saúde, condições, situações e estilos de vida (MINAYO, 2009). Diversos autores classificaram as violências em categorias, de acordo com o público atingido, seus contextos de vida e os ambientes nos quais ocorrem os agravos, havendo ainda grande divergência quanto às explicações causais, refletindo diferentes cargas ideológicas e históricas (MINAYO E SOUZA, 1997). No entanto, há a tendência ao reconhecimento de quatro modalidades de expressão da violência, também chamadas de abusos ou maus-tratos: física, psicológica, sexual e envolvendo negligência, abandono ou privação de cuidados (MINAYO, 2009).

Dadas as mudanças atuais no perfil demográfico brasileiro, resultantes, entre outros fatores, do aumento da população de idosos, nos deparamos cada vez mais com casos de negligência e privação de cuidados dirigidos a este público. Estes tendem a ocorrer quando os idosos não apresentam renda suficiente para seu sustento ou quando são dependentes dos familiares por problemas de saúde (MINAYO, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, maus tratos e negligência são considerados ações únicas ou repetidas, ou ainda a ausência de uma ação devida, causadores de sofrimento ou angústia que ocorrem em uma relação em que haja expectativa de confiança. De acordo com o Elder Abuse (1998), atos envolvendo negligência podem assumir as seguintes formas: negação de cuidado e supervisão adequados; ausência de cuidado e tratamento para problemas de saúde; isolamento social; falta de condições adequadas de moradia, entre outros. Ainda segundo Menezes et al (2008), os maus tratos ocorrem especialmente quando os idosos apresentam déficits cognitivos, alterações do sono, incontinência ou dificuldades de locomoção, demonstrando que os idosos que necessitam de auxílio em suas atividades da vida

diária são os mais vulneráveis.

No Brasil os maus tratos e os abusos aos idosos são os mais variados e cometidos em geral pelos familiares (SOUZA, 2009). As mulheres são mais vitimadas que os homens e o principal agressor, na maioria das vezes, é o próprio filho ou o enteado (SOUZA, 2009). A negligência é uma das principais formas de violência, resultando muitas vezes em lesões e traumas físicos, emocionais e sociais para o idoso.

No caso da violência contra idosos há consenso quanto ao fato de suas manifestações terem relação com mudanças sociais mais amplas, especialmente no campo dos valores sociais, destacando-se a alteração do estatuto social do idoso, o qual outrora gozava de reconhecimento social, respeito e poder (GONÇALVES, 2006). Na atualidade a velhice é vista como um processo degenerativo, uma etapa da vida sem nenhum potencial de desenvolvimento, permeada por estereótipos que associam os idosos a pessoas doentes, incapazes, dependentes, desagradáveis, ou seja, um ônus para as famílias e a sociedade (MENESES, 1999).

Apesar da antiguidade da questão dos maus tratos e da violência contra o idoso, apenas a partir da década de 1990 surgiram estudos e ações políticas, de saúde e jurídicas mais abrangentes (MACHADO E QUEIROZ, 2002). Um grande avanço foi a promulgação do Estatuto do Idoso, Lei 10.741 de 2003, o qual define que expor a perigo a integridade e a saúde física ou psíquica do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, pode levar à pena de detenção de dois meses a um ano e multa. O estatuto também traz um avanço importante para a detecção de situações de violência ao estabelecer como mandatória a comunicação às autoridades competentes por parte dos profissionais de saúde de qualquer suspeita ou confirmação de situações que possam colocar idosos em risco (BRASIL, 2003).

A seguir apresentaremos o caso de Norma (nome fictício), uma senhora de 71 anos com amputação transfemural esquerda. A idosa e sua família foram acompanhadas durante dois semestres, até o desligamento do projeto devido à mudança de cuidador, residente em outro município. No transcorrer dos atendimentos a equipe se deparou com indícios de negligência nos cuidados da idosa, fatos que motivaram o encaminhamento de uma denúncia de maus tratos e negligência ao idoso por parte da equipe de ESF local ao Ministério Público. Após a descrição do caso será abordado o processo de apreensão da situação pela equipe.

A demanda para o atendimento de Norma foi encaminhada, como de costume, pela equipe de ESF local, pois a família desejava que ela fosse contemplada com uma prótese, procedimento que requeria um trabalho prévio de reforço muscular e treinamento para o uso

da prótese. Dadas as dificuldades de deslocamento até a Unidade, foi sugerida sua vinculação ao PI visando o desenvolvimento de ações que a habilitassem para a utilização da prótese.

Norma possuía registro de vários atendimentos pelo ESF e no hospital da cidade devido a uma ferida tumoral exposta que portou por décadas, tendo como desfecho a amputação parcial da perna esquerda. Segundo relatos da equipe local, a ferida teria ocorrido na adolescência e, com o passar dos anos, evoluído para uma Osteomielite e, posteriormente, para um tumor ósseo com exposição de tecido. Não foi possível obter detalhes precisos da história da doença. Norma relatava apenas que “jorrava muito sangue” da ferida.

Após o encaminhamento do caso, ocorreu a primeira visita ao domicílio, a qual foi realizada por uma professora tutora do curso de Psicologia e uma bolsista do curso de Fisioterapia. A primeira visita a uma família tem por objetivo conhecer sua realidade, identificar necessidades de saúde, conhecer seu histórico e expectativas quanto aos atendimentos. Já neste primeiro contato a equipe percebeu o quanto era importante para o cuidador de Norma, seu filho, que ela conseguisse ter força para colocar a prótese e, assim, voltar a caminhar. Além disso, percebeu-se também a situação precária e de isolamento na qual vivia a idosa, apontando para indícios de questões que iam além de suas necessidades físicas.

Norma residia sozinha em uma habitação de alvenaria de dois cômodos, um dos quais servia de sala/quarto enquanto o outro era utilizado como depósito de materiais de construção e outros pertences do filho, o qual residia no terreno ao lado com sua esposa e filho em idade pré-escolar. A casa de Norma não possuía banheiro e sua higiene era feita de forma improvisada em uma peça da casa que servia também de depósito de materiais de construção onde havia uma pequena bacia para tal finalidade, a qual frequentemente exalava um odor forte de urina. A casa estava frequentemente trancada com correntes, não havendo fechadura nas portas. O vidro da janela estava quebrado e a abertura recoberta por uma lona, deixando o ambiente escuro e abafado. O único eletrodoméstico que havia era um rádio, o qual Norma escutava sempre. Sua cama tinha os pés cortados para que a idosa pudesse subir sozinha, com algumas cobertas e um travesseiro – não havia colchão. Além do rádio, sua única distração era um saco com retalhos de tecido (doados pela Agente Comunitária de Saúde) a partir dos quais ela fazia seus tapetes de retalhos.

A idosa se deslocava arrastando-se pelo chão, fato que impressionou a equipe nas primeiras visitas, dada sua visível fragilidade. Permanecia a maior parte do tempo sozinha, recebendo em torno de duas refeições diárias, sendo que a primeira consistia, em geral, de um

pão e café servidos por volta do meio dia, quando seu filho acordava.

Passado o período de férias, com a retomada das atividades do projeto, iniciaram os atendimentos semanais no domicílio, os quais duravam em torno de cinquenta minutos. Norma recebia a equipe sempre com um largo sorriso no rosto, demonstrando alegrar-se nesses momentos. Fazia questão de abraçar e beijar demoradamente a todos e expressava preocupação perante a falta de algum integrante. Nos momentos de despedida, expressava tristeza e o desejo de ter mais tempo de atenção e cuidados.

Apesar da grande receptividade, demorou um pouco para compreender em que consistia o atendimento recebido, além de apresentar resistências à execução dos exercícios de reforço muscular, necessários para seu encaminhamento para a prótese, mas importantes também para aumentar sua autonomia e facilitar a introdução de equipamentos capazes de melhorar sua locomoção, como andador e cadeira de rodas. No decorrer das visitas, a equipe foi percebendo que a demanda para a colocação da prótese era proveniente do desejo do filho (o qual insistia nesse ponto), e não da idosa.

Nesse processo, com base em uma visão ampliada de saúde, os objetivos da atuação da equipe foram gradualmente se modificando, na medida em que se compreendia o contexto em questão e a demanda mais importante de Norma: a necessidade de atenção, afeto e sociabilidade. Tais mudanças de rumo são necessárias e salutares ao andamento das ações desenvolvidas, na medida em que pensar na família em sua integralidade implica em buscar compreender o conjunto de suas necessidades e as ações de saúde que possam beneficiá-la, não visando apenas à doença, mas também ações de promoção de saúde e melhoria da qualidade desta comunidade (MEYER ET al, 2012) .

Tentando abarcar essa necessidade, além das visitas semanais da equipe e das visitas domiciliares mensais efetivadas pela Agente Comunitária de Saúde (ACS), comunicações entre as duas equipes resultaram na proposta de criação de um “grupo de fuxico”, a ser realizado semanalmente no pátio da casa de Norma. O objetivo dos encontros era a confecção de tapetes e outras peças feitas a partir de retalhos, mas visavam, sobretudo, operar como um dispositivo capaz de disparar novas possibilidades de convívio comunitário e trocas entre as vizinhas e, principalmente, amenizar o isolamento de Norma. Esses encontros ocorreram durante um mês e alcançavam os objetivos propostos, até que rumores de conversas do grupo relativas à precariedade das condições de vida de Norma provocaram uma reação de revolta e inconformidade de seu filho, o qual, acabou com o grupo ao disparar tiros de revólver ao alto, afugentando assim as senhoras, as quais decidiram não realizar mais os encontros, deixando Norma novamente isolada.

Em paralelo ao transcorrer deste e de outros episódios semelhantes e da observação de situações que ocorriam no domicílio, tais como a supervisão constante do filho durante os atendimentos prestados, concomitantemente à tensão observada em Norma quando falava algo em tom baixo para não ser escutada pelo filho, entre outros indícios, as dificuldades de convivência da idosa com seus cuidadores iam se tornando visíveis. Ao mesmo tempo, a equipe foi informada sobre uma denúncia de maus tratos/negligência que havia sido encaminhada ao Ministério Público, desencadeando visitas de assistentes sociais à residência e a intimação do filho de Norma para prestar esclarecimentos. A partir desse momento constatou-se que o clima ficara ainda mais tenso entre mãe, filho, comunidade e a equipe de ESF, tornando cada vez mais importante o espaço proporcionado pelas visitas semanais do projeto, as quais permitiam monitorar a situação e, dentro do possível, criar um espaço de intermediação das relações familiares enquanto a idosa estivesse sob a tutela do filho.

‘O pior cego é aquele que não quer ver’: aprendendo a reconhecer os traços da violência no cotidiano

Dados provenientes dos cadernos de campo ilustram o processo de reconhecimento da intrincada rede de manifestações de violência no cotidiano da família em questão. Para uma melhor compreensão, os dados foram divididos em quatro categorias, de acordo com as classificações referidas acima: negligência/privação de cuidados; isolamento social; violência psicológica e violência física. Trechos em itálico são as transcrições literais das anotações nos cadernos de campo.

Negligência/privação de cuidados

Em diversas ocasiões, percebeu-se a escassez de cuidados físicos e em relação ao ambiente de Norma. Como referido anteriormente, ela deslocava-se com bastante dificuldade. Não utilizava cadeira de rodas, portanto dependia dos cuidadores para fazer sua higiene, alimentação e demais cuidados e, a despeito disso, morava sozinha e passava a maior parte do tempo trancada em casa. A ausência de estímulos da família para a melhoria de sua condição motora e consecução de maior autonomia aparece no trecho abaixo:

A agente comunitária comentou que haviam doado uma cadeira de rodas há aproximadamente um ano. Perguntamos ao filho dela se ela ainda tinha a cadeira de rodas e

ele disse que sim, mas que sua mãe não usava por ter medo.

Um episódio registrado por mais de uma vez no caderno de campo fazia referência à negligência em relação a cuidados físicos da idosa, expressa pela não reposição de um fármaco de uso contínuo durante três semanas. A ausência do medicamento causou um pronunciado desconforto na idosa. Cabe destacar que esse medicamento é disponibilizado pelo SUS, o que descarta a possibilidade de sua ausência ser devido a dificuldades financeiras:

Fizemos novamente a visita à Norma e ela conta que está bem, mas sentindo dores na perna amputada. Há algumas semanas seu remédio terminou e, de acordo com a paciente, é por isso que sente mais dores.

Em outros trechos do caderno de campo encontramos referências à negligência em relação a cuidados físicos básicos da idosa:

(...) notamos que ela estava com algumas feridas no rosto. Disse que bichinhos da luz haviam lhe picado.

(...) também observamos uma descamação em seu pescoço. Seu filho relatou que era por causa dos piolhos que ela havia pego de uma de suas netas. Mas, segundo ele, o problema já estava resolvido.

Uma semana depois a equipe relata que a descamação havia evoluído para a região próxima de suas orelhas, com feridas no pescoço, provavelmente oriundas do comportamento de coçar a região. Aparentemente nada havia sido feito pela família para melhorar sua condição.

Em várias visitas foi possível constatar a escassez da alimentação fornecida à idosa, como, por exemplo, em um dia em que a visita ocorrera por volta das 14h30min e Norma referia ter comido muito pouco até aquele momento:

Ao perguntarmos se havia almoçado, Norma relata que havia comido uma fatia de pão com marmelada de goiaba e uma xícara de café.

Duas semanas após esse episódio, o filho conta a um membro da equipe que fora novamente denunciado por negligência. Relatou que a médica do ESF havia ido a sua residência e dito que sua mãe estava “com vermes e magra”. Ele negava tais afirmações, demonstrando muita preocupação com a denúncia.

Em outra ocasião, Norma comentou que sua primeira refeição ocorria em geral após o meio dia, horário no qual seu filho acorda, pois trabalha à noite. O filho é casado e sua esposa costumava estar em casa na sua ausência, mas Norma relatava não ter bom relacionamento com a nora. Com muita frequência a idosa se queixava da nora não lhe visitar (apesar de residir no terreno ao lado) e de que a mesma comumente brigava com ela. Apesar das relações difíceis, Norma certa vez disse á equipe que seu filho a tratava bem, pois lhe dava: “(...) *dois pratos de comida por dia*”.

Nesse sentido, cabe destacar que Norma parecia esforçar-se para não passar uma imagem negativa do filho, possivelmente por medo de represálias e também devido à delicada situação após as denúncias de negligência. Além disso, segundo Souza (2009), apenas uma pequena parte dos idosos que sofrem maus tratos denunciam seus familiares, pois temem a si próprios ou zelam pela família. Para o autor, o fato de a família ser considerada intocável contribui para o silêncio, pois rompê-lo significa desmoralizar a família e ter que enfrentar preconceitos.

Além dos fatos relatados, outro ponto importante de preocupação referia-se às condições de habitação de Norma e ao fato de passar muito tempo trancada em casa. Nesse sentido, foi com grande surpresa que, ao voltar do período de férias, a equipe constatou melhorias importantes na habitação da idosa, as quais foram efetivadas por sua filha que residia em outra cidade. Durante o tempo de férias, a filha visitou a mãe e adquiriu um colchão, um sofá de dois lugares e uma televisão para Norma, além de fazer melhorias importantes como colocar vidros nas janelas. Quando a equipe retomou os atendimentos encontrou Norma feliz com sua “nova” casa.

Isolamento social

Por diversas vezes a equipe encontrou Norma trancada em casa ou reclamando da falta de contato social. Queixava-se especialmente da nora, como exemplificado nos relatos abaixo:

Chegamos à casa da Norma e a encontramos sentada no chão, na porta da casa.

Estava animada, mas reclamou bastante de ficar sozinha, sem receber visitas. Disse que sua nora, que mora na casa ao lado, nunca a visita.

Ao chegarmos na casa da Norma, a mesma estava trancada. Quando conseguimos entrar, a encontramos se arrastando para passar um pano para limpar o chão. A casa estava toda desordenada e a idosa não cumprimenta a equipe, aparentando grande nervosismo.

Violência psicológica

Norma emitia sinais de ter medo do filho, evitando abordar assuntos pessoais quando ele estava presente ou o olhando com expressão de medo:

“(...) como se caso estivesse falando algo errado, iria ser repreendida quando fôssemos embora”.

Também era comum o filho ficar perto da porta dos fundos da casa, posicionado de forma a enxergar sua mãe e ouvir o que se dizia. Visando contornar essa dificuldade um dos alunos, o qual possuía bom vínculo com o filho de Norma, usava como estratégia conversar a sós com ele para distraí-lo enquanto a equipe atendia Norma ou quando era necessário esclarecer algum fato ou lhe dar orientações.

Em uma ocasião durante o ano de 2012, a equipe encontrou a idosa aborrecida e preocupada. Perguntada sobre o motivo, ela desconversou. No entanto, um dos alunos soube, por intermédio do filho de Norma, que a tensão da idosa se relacionava à visita recente de *“duas mulheres de Porto Alegre que tinham dado papéis para ela assinar”*, supostamente assistentes sociais ligadas à denúncia de negligência. Este fato deixou o filho furioso o qual, provavelmente, brigou com a mãe. Nessa mesma ocasião, Norma referiu estar brigada com a nora, pois ela *“fazia fofocas e também furtava dinheiro dela”*. Segundo a idosa, seu filho brigava com ela quando ocorriam desentendimentos com sua esposa.

Certa vez, Norma mostrou uma espécie de esconderijo dentro de seu travesseiro onde armazenava peças de roupa para que a nora não as tomasse dela. Não foi possível averiguar a veracidade dessas informações, as quais foram postas em dúvida pela AC, alegando que a esposa do filho de Norma trabalhava e não teria motivo para furtá-la. De qualquer forma, sejam reais ou não, os fatos apontam para o desconforto e sensação de perseguição experimentados por Norma em sua vida familiar. Caso os furtos tenham ocorrido de fato, configurariam outro tipo de violência comum no Brasil, a apropriação indébita de bens e

pertences de idoso, chamada também de exploração material ou financeira (ELDER ABUSE, 1998).

Violência física

Devido ao fato de não existirem fatos concretos sobre a prática de violência física contra Norma, não é possível afirmar que tenham ocorrido. No entanto, o episódio relatado a seguir trouxe à tona essa discussão sem que, no entanto, fosse possível investigá-la a fundo, devido ao silêncio de Norma:

(...) perguntamos se ela usava o sofá e ela nos mostrou que sabe subir sozinha nele. Nesta ida até o sofá observamos vários hematomas na sua cintura, os quais se estendiam até a região das coxas. Perguntamos sobre os mesmos e ela, no mesmo instante, puxou a blusa para esconder. Insistimos em entender melhor o que está sendo dito, porém ela não comenta mais nada sobre o assunto, apenas diz serem ‘assuntos de mulher’.

Considerações Finais

Conforme as colocações de Chauí (2000), há violência sempre que um sujeito é submetido à condição de objeto, na qual só pode responder por meio da inércia, passividade e silêncio. A partir dos dados expostos, compreende-se o quanto as desvantagens da posição de Norma: mulher, idosa, viúva, deficiente física, com escassos recursos econômicos, educacionais e sociais lhe posicionaram em uma condição complexa, na qual qualquer possibilidade de defesa passava pelo confronto com seus cuidadores, aos quais estava ligada por vínculos de afeto e dependência.

No silêncio das quase ausentes reclamações de Norma quanto às condições de isolamento, negligência de cuidados e violência psicológica às quais estava exposta, subentendia-se a presença velada de uma série de medos e perguntas sem resposta: para onde iria se não ficasse onde estava? Poderia sonhar com uma condição melhor? Quem a cuidaria fora dali e, caso houvesse outra pessoa ou lugar possível, as condições seriam realmente melhores? Essas perguntas ficaram sem respostas pelo fato de Norma ter sido desligada do projeto de extensão devido à decisão por parte do filho de levá-la para residir com sua irmã em outra cidade. Segundo o filho: “quem tem que cuidar da mãe é a filha mulher”, então, sem avisar sua irmã e sem a anuência de Norma, ela seria enviada para lá antes do Natal. Além

disso, recebemos a informação de que ele já estava com tudo encaminhado para transformar a casa de sua mãe em um minimercado.

Apesar dos receios e incertezas quanto ao futuro da idosa, compreende-se que o percurso dos atendimentos pela equipe do PI demonstrou formas possíveis de atuação em situações complexas de violência nas quais, tomados os devidos encaminhamentos jurídicos, a vítima segue dependendo de seus cuidadores e os profissionais de saúde dependem destes para ter acesso à residência.

Segundo a avaliação da equipe, pode-se considerar que o trabalho desenvolvido teve como um dos mais importantes resultados amenizar a situação de isolamento de Norma e de arbitrariedade dos cuidadores em relação a ela. A certeza da presença semanal da equipe acabou induzindo os cuidadores a tomar medidas de cuidado para com a idosa e sua residência – fator reforçado pela denúncia de negligência. A aproximação da equipe com o principal cuidador teve como efeito torná-lo um pouco menos controlador, auxiliando-o a construir uma compreensão da condição da idosa, como, por exemplo, a importância de insistir no uso da cadeira de rodas (se conseguiu que ele a retirasse do depósito) e de promover reorganizações na residência para melhorar as condições de locomoção da idosa.

Além disso, diversos temas sobre sua condição e possibilidades de melhoria eram discutidos com Norma, visando ampliar a visão de suas condições e potencialidades e melhorar sua autoestima, tais como, auxiliá-la a ter confiança para subir sozinha na cama e no sofá, discutir a importância de ter autonomia de locomoção por meio do uso da cadeira de rodas, etc. Também a segurança proporcionada por saber que, pelo menos uma vez por semana, receberia visitas e cuidados foram mostrando-se cada vez mais importantes em sua vida, o que pode ser reconhecido pelo aprofundamento de vínculo com a equipe.

A atuação conjunta com a equipe de ESF permitiu o intercâmbio de informações importantes sobre o contexto, a história, as demandas e necessidades de saúde de Norma, favorecendo a compreensão e atuação sobre o caso. A disponibilidade de estar presente no domicílio com mais frequência do que o que é possível para a equipe de ESF reforçou o cuidado e o controle da situação da idosa. Também ideias construídas em conjunto – como o Grupo de Fuxico – mostraram a potência do atendimento realizado por uma equipe multiprofissional constituindo redes com outras equipes e serviços.

O caso apresentado deixa clara a necessidade de ampliar a participação e o comprometimento das equipes, buscando maior interação com diferentes políticas públicas para atender as demandas e necessidades apresentadas pelos usuários do PI. As situações relatadas denotam que há muitas lacunas e questões que deixaram de ser esclarecidas, além da

certeza de que uma atuação mais abrangente e intersetorial complementar e potencializaria a atuação micropolítica efetivada pelas equipes, ampliando o leque de ações, visando proporcional uma atenção integral com base nas necessidades da usuária.

Nesse sentido, compreendemos que a divulgação desse caso deva servir para demonstrar a urgência de implementação de programas direcionados à população idosa em contextos de dependência e de melhor preparação dos profissionais de saúde para a promoção da integralidade da atenção. De acordo Menezes et al (2008), dados os poucos investimentos na área, os cuidados prestados em domicílio pelas equipes de ESF se tornaram a única opção para o idoso dependente, o que significa um grande avanço em relação ao modelo anterior de atenção, mas não o suficiente para a efetivação de uma atenção integral a esse público.

Fica assim clara a urgência de formação e capacitação de equipes de saúde capazes de acolher e compreender as necessidades específicas de idosos dependentes e seus familiares, assim como de apreender os indícios de situações de violência e dar o correto encaminhamento para os cuidados a fim de promover a saúde e garantir seus direitos fundamentais (MENEZES et al, 2008). Ressaltamos também a importância da atuação engajada do meio acadêmico, visando ampliar o aprendizado dos alunos por meio da atuação sobre os determinantes sociais e de saúde de contextos de ação específicos, assim como os ganhos obtidos nas parcerias entre a academia e a rede de serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

ACTION ON ELDER ABUSE (AEA). What is elder abuse? **Action on Elder Abuse Bulletin**, London, v. 1, n. 11, p. 27- 35, maio/jun 1995.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70. 2004.

BRASIL. Lei nº. 10.741 de 01 de outubro de 2003. **Estatuto Nacional do Idoso**. Brasília, DF, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

CHAVES, T. V; SANCHEZ, Z. M; RIBEIRO, L. A. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1168-1175 p., 2012.

GONÇALVES, C. A. Idosos: abuso e violência. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 1, n.22, p.739-745, abr. 2006.

MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. V. Negligência e maus-tratos. In: FREITAS, E.V. et. Al (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.791-797.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 Jan. 2013.

MENEZES, M. R. **Da violência velada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso**. Ribeirão Preto, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1999.

MENEZES, M. R.; OLIVEIRA, N. A.; PEDREIRA, L. C.; SANTOS, E. C; DIAS, M. L. A violência doméstica contra o idoso identificada em um de assistência domiciliar: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, jun-jul. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a17.htm>.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, p. 316-323, set/dez. 2003.

MEYER, A., et al. As ações em saúde no Bairro Santo Antônio através do projeto interdisciplinar. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 4, n. 3, p. 27-35, 2012.

MINAYO, M. C. S. e SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal á saúde individual e coletiva. In: NJAINE, K. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Publica Sérgio Arouca, 2009, p. 21-42.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **I Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

SOUZA, A. C. A violência contra idosos. In: NJAINE, K. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. p. 183-196.