Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa

Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa	
Módulo 11	Cuidado de Longa Duração e Violência
Unidade 01	
ATENÇÃO DOMICILIAR	

Caro aluno,
Seja bem-vindo à Unidade Atenção Domiciliar!

Nesta unidade, falaremos sobre a atenção domiciliar como um cuidado de longa duração. Veremos os conceitos principais , seu histórico e sobre a legislação que rege essa modalidade de atenção.

Veremos, ainda, sobre a importância do trabalho de uma equipe multiprofissional e do exercício da interdisciplinaridade. Refletiremos, também, acerca dos caminhos para uma articulação efetiva das redes de atenção à saúde e o fluxo de atendimento na atenção domiciliar.

Bons estudos.

Lição 02 Histórico e conceito

O que é atenção domiciliar?

Para iniciarmos nossa conversa, você sabe dizer o que é atenção domiciliar?

Segundo a portaria 963 de 27 de maio de 2013 do Ministério da Saúde, a atenção domiciliar é uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Histórico da atenção domiciliar

Um dos primeiros registros de que se tem conhecimento da atenção domiciliar referem-se ao trabalho de Home Care nos EUA, na cidade de Boston em 1780. No Brasil, a primeira iniciativa foi o Samdu – Serviço Ambulatrial Domiciliar Urbano –, instituído em 1960 pela Previdência Social.

Nas décadas seguintes, outros programas foram implantados até a aprovação da Política Nacional do Idoso e, posteriormente, pelo Decreto 1.948 tornando-se uma modalidade oficial de atendimento voltada para o idoso.

Leitura complementar

Para maiores detalhes sobre o histórico da atenção domiciliar leia o Caderno de Atenção Domiciliar, Ministério da Saúde, Vol 1 Cap. 1, Brasília – DF, 2012.

Objetivos da atenção domiciliar

O principal objetivo da atenção domiciliar é reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional hospitalocêntrico, percebendo a saúde a partir de uma concepção mais ampliada e a necessidade de intervenções que superem as práticas meramente curativas.

Legislação

Desde a constituição de 1988, podemos dizer que o programa de atenção domiciliar é necessário, uma vez que a saúde foi determinada como "um direito de todos e dever do Estado", o que vem de encontro com os princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso e de integralidade da atenção. Temos, ainda, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 2006, que reforça essa necessidade de integralidade, bem como a ampliação de serviços de atenção domiciliar.

Considerando a relevância da atenção domiciliar como política pública, são aprovadas diversas portarias que tratam especificamente dessa modalidade assistencial. Em 2011, o Governo Federal lança o Programa Melhor em Casa, indicando as diretrizes gerais bem como os requisitos necessários para implantação desses serviços nos municípios.

Leitura complementar

Para saber mais sobre a atenção domiciliar ao idoso no âmbito do SUS, leia a portaria em vigor que define essa política:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html

Lição 02 — Definição de termos, modalidades de atenção e critérios

Terminologias

Com base na portaria em vigor (portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS), os termos centrais definidos na atenção domiciliar são:

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes.

Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

PROFISSIONAIS DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE ATENÇÃO DOMICILIAR (EMAD) E EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE APOIO (EMAP).

Os profissionais que compõe o EMAD são:

- Médico;
- Enfermeiro;
- Fisioterapeuta;
- Assistente social;
- Auxiliares/ Técnico de enfermagem.

Os profissionais que compõe o EMAP são:

- Assistente social;
- Fisioterapeuta;
- Fonoaudiólogo;
- Nutricionista;
- Odontólogo;
- Psicólogo;
- Farmacêutico.

Modalidades

Para organização das modalidades de atenção e suas especificidades, a portaria portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, define três tipos:

ATENÇÃO DOMICILIAR TIPO 1 (AD1):

Realizada pela equipe de atenção básica. É habitualmente contínua e destina-se aos usuários que:

- Possuam problemas de saúde controlados ou compensados, e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;
- Necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta Portaria.

ATENÇÃO DOMICILIAR TIPO 2 (AD2):

Realizada pelo SAD (serviço de atenção domiciliar). Habitualmente é temporária, mas pode ser contínua, caso não haja estabilização suficiente para cuidados em AD1. É prestada por uma equipe multidisciplinar em atenção domiciliar (EMAD) e equipe multiprofissional de apoio (EMAP) e destina-se aos usuários que:

- Demandam por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;
- Dependem de monitoramento frequente de sinais vitais;
- Necessitem, frequentemente, de exames de laboratório de menor complexidade;
- Necessitem de adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;

- Necessitem de adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;
- Necessitem de adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;
- Necessitem de acompanhamento domiciliar em pós-operatório;
- Possuem deficiência permanente ou transitória que estejam em reabilitação e que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação;
- Necessitem do uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
- Necessitem de atenção nutricional permanente ou transitória;
- Necessitem de cuidados paliativos;
- Necessitem de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido.

ATENÇÃO DOMICILIAR TIPO 3 (AD3):

Realizada pelo SAD (serviço de atenção domiciliar). É habitualmente contínua e semelhante a AD2 sendo prestada por EMAD/EMAP e destina-se aos usuários que:

- Se enquadrem em, pelo menos, uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2;
- Necessitem do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/ procedimentos: Suporte Ventilatório não invasivo; Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP); Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP); diálise peritoneal; paracentese.

Critérios para inclusão nas diversas modalidades

Os critérios de elegibilidade estão relacionados com as modalidades de atenção domiciliar. Esses critérios podem ser clínicos e dizem respeito à situação de saúde do idoso, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita.

Os critérios também podem ser administrativos e se referem aos quesitos operacionais ou legais necessários para que o cuidado em atenção domiciliar seja realizado. Destacamos, abaixo, alguns critérios considerados prioritários:

- ✔ A residência pertencer à área de cobertura da unidade de saúde.
- ✔ Consentimento formal da família/ cuidador.
- ✔ Responsável que exerça a função de cuidador.
- ✔ Concordância e encaminhamento do médico assistente, seja na Atenção Básica, Serviço de Urgência e Emergência ou Hospital, através de protocolo ou instrumento de contra-referência, com relatório, contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico do usuário.
- ✔ Realização de visita pré-admissional deverá ocorrer sempre que possível, com as adequações necessárias em curso do atendimento e dentro da agilidade que o caso exige.
- ✔ Ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares, incluindo necessidade de rede elétrica e espaço físico adequados ao uso seguro dos equipamentos, quando necessários.

Leitura complementar

Para maiores detalhes sobre critérios de inclusão e desligamento, ver Caderno de Atenção Domiciliar, Ministério da Saúde, Vol 1, Cap. 2, Brasília – DF, 2012.

Lição 03	Trabalho em equipe

Sempre que falamos em cuidado do idoso no domicílio, necessariamente abordamos o cuidado multiprofissional. As demandas geradas desse atendimento não são voltadas exclusivamente à doença, mas sim ao idoso e à família em um contexto social e cultural próprio de cada um.

A equipe deve possuir o mesmo objetivo: a melhora das condições de saúde e a qualidade de vida do idoso, o que inclui diferentes abordagens profissionais nas inúmeras dimensões que envolvem o adoecer e o envelhecimento.

Não se trata aqui de cada profissional atuar no limite de sua competência, mas exercitar, ir além da soma de conhecimentos, respeitando as fronteiras profissionais, mas buscando construir objetivos comuns através de uma interação articulada caracterizando a interdisciplinaridade.

Exercício da interdisciplinaridade

Com o trabalho em equipe, podemos:

A rede de atenção à saúde: como articular?

A integralidade da atenção, por ser um princípio orientador das práticas em saúde, deve considerar a necessária articulação das redes e das políticas. Isso significa construir elos entre pontos da rede, buscando fortalecer mecanismos de referência e contra referência.

A equipe da atenção domiciliar deve, para além da atenção ampliada garantida no espaço domiciliar, se articular com as possiblidades do território adscrito (vizinhança, unidades de saúde, centros culturais e de apoio, CREAS, CRESS, por exemplo), criando, assim, dispositivos concretos de suporte a situação social e de saúde apresentada pelo idoso e sua família.

Segundo Duarte, a equipe multidisciplinar deve atuar como ponte entre as demandas identificadas e os recursos existentes e disponíveis, diminuindo a distância, na busca dos melhores resultados em termos assistenciais, melhorando, assim, as experiências dos idosos e de seus familiares com a utilização dos serviços sociais de saúde.

Para fazer essa articulação, devemos:

- Avaliar cuidadosamente as necessidades sociais e de saúde do idoso. Considerar as dificuldades e as possibilidades da família (e do idoso) no atendimento a tais necessidades;
- Identificar e mapear os recursos prioritariamente públicos (e depois, filantrópicos ou privados) disponíveis na rede socioassistencial e de saúde;
- Acionar tais recursos na perspectiva de garantia efetiva dos direitos, mobilizando as estratégias institucionais, formais e coletivas na construção de rede.

Prática do cuidado no domicílio

Desenvolver a prática do cuidado no domicílio requer um novo aprendizado, pois os ensinamentos trazidos automaticamente da universidade nem sempre se aplicam no espaço domiciliar, sobretudo se distanciamos a teoria da realidade. Desse modo, é necessário considerar sempre os contextos de vida da população que estamos assistindo, compreendo as características sociais, econômicas, culturais e políticas.

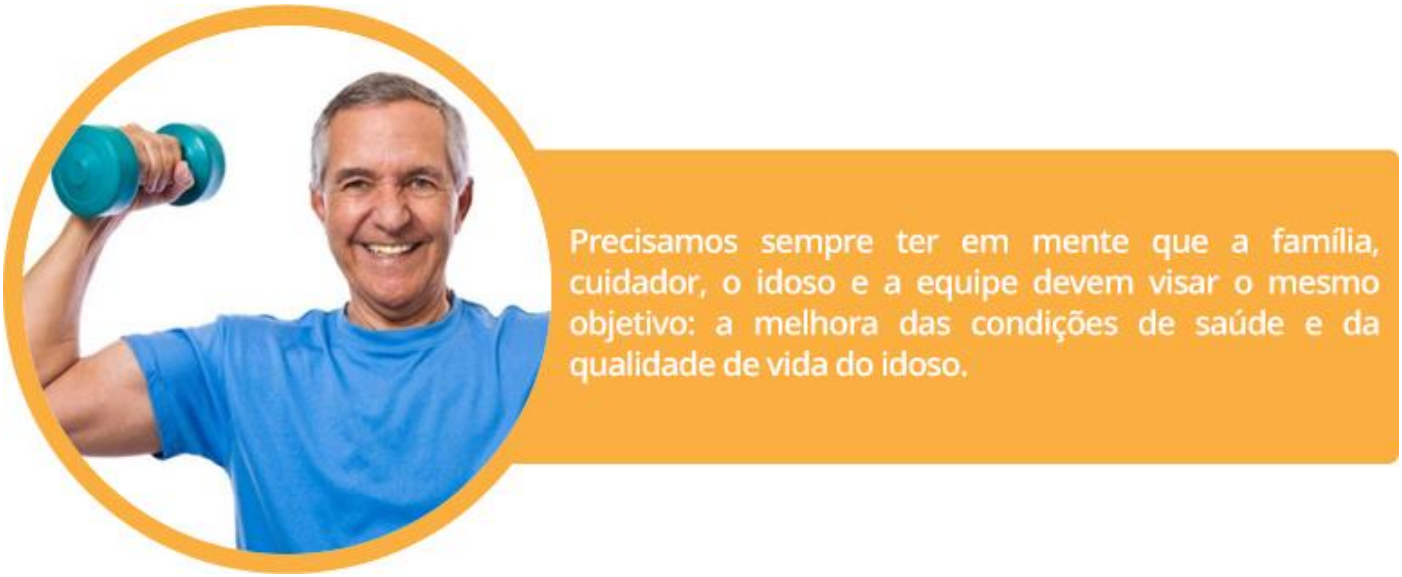
Neste contexto, é fundamental um olhar diferenciado, crítico e respeitoso quanto às questões sociais e culturais, lembrando que neste momento de atuação, a equipe adentra o espaço e intimidade do idoso e da família. É crucial ir além do uso dos conhecimentos puramente técnicos ou tecnologias duras e fazer uso de tecnologias leves, na busca coletiva de respostas às necessidades apresentadas.

É importante ressaltar que os profissionais devem aprender a pactuar com a família e o idoso os caminhos a serem percorridos. Assim, as orientações podem fazer mais sentido para todos os envolvidos.

Foco da atenção domiciliar

O foco da atenção não deve voltar-se exclusivamente à doença, mas sim ao idoso e a toda a dinâmica familiar e social envolvida nesse cuidado.

O conhecimento da história e da dinâmica possibilitará compreender como foram construídas as relações naquela família, e poderá sinalizar para estratégias de reconstrução dessas relações, sejam intrafamiliares, sejam com o campo das políticas públicas.



É de suma importância a formalização da assinatura do Termo de Consentimento Informado por parte da família e/ou do usuário (se consciente) ou de seu representante legal.

Lição 04	Fluxo de atendimento na atenção domiciliar

Organização

O fluxo de atendimento na atenção domiciliar poderá variar dependendo da modalidade de atenção, assim como a sua organização e elaboração de critérios, objetivos e protocolos de atendimentos. Cada modalidade de atenção deverá analisar inicialmente os recursos disponíveis de sua unidade (recursos humanos, administrativos e logísticos).

Os critérios de inclusão e objetivos são particularmente importantes dentro desta assistência para identificar quais usuários idosos se beneficiariam de cuidados domiciliares em detrimento de outras modalidades de cuidado.

Os protocolos se propõem a instrumentalizar a equipe quanto a adequar a assistência à complexidade de cuidados de acordo com o estado do paciente. Determinando o tipo de equipe necessária para o atendimento (EMAD/EMAP), tipo de cuidado oferecido (atendimento pós-alta, assistência curativa, reabilitação, paliativa entre outros) e a área programática a ser atendida.

Leitura complementar

Para saber mais sobre os critérios e o fluxo de capitação de pacientes elegíveis para AD, acesse o Caderno de Atenção Domiciliar vol. 1, pág. 3:
http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_5_vol_1_a_indicacao_da_ad_organizacao_fluxos_assistenciais_final.pdf

Visitas

Vamos conhecer um pouco dos procedimentos para visitas?

Visita de Avaliação

- Na visita de avaliação, cada profissional da equipe utilizará recursos específicos de cada área para determinar se o idoso é indicado ou não para o acompanhamento domiciliar. Serão avaliados os itens constantes em cada protocolo e critérios pré-definidos pelo programa. Após a coleta de dados, a equipe realizará uma reunião subsequente para definir a admissão ou não do paciente.
  Definida a inclusão pela equipe, uma data será agendada para primeira visita após a avaliação, onde a equipe inicia a implantação do plano terapêutico, bem como o diálogo com a família/cuidador do idoso pactuando o programa a ser iniciado.

Visita de Rotina

- Na primeira vista de acompanhamento, a equipe deverá esclarecer a função do Programa, as possibilidades e os limites desse atendimento, os serviços prestados, a terapêutica indicada e a participação da família nesse processo.
  É importante que a equipe, ao sair para realizar o atendimento, tenha realizado uma discussão prévia para definir as condutas para a visita, bem como a equipe necessária para o atendimento.
  Ao retornar de cada visita é necessário o diálogo da equipe sobre a situação atual do quadro, definindo a continuidade ou não do atendimento (alta), bem como planejar futuras intervenções e data do próximo retorno.

Registros

Na primeira visita realizada ao domicílio é importante a implementação do prontuário domiciliar, do prontuário institucional e, se possível, do diário do cuidador.

- **Prontuário Domiciliar**
  O prontuário domiciliar deverá ser preenchido por um integrante da equipe com os relatos e evolução do quadro de saúde do idoso a cada visita. Esse prontuário deverá estar sempre atualizado quanto ao diagnóstico, problemas de saúde associados, medicamentos em uso e outras questões que se fizerem pertinentes. O familiar deverá ser orientado a utilizar o prontuário domiciliar em situações de acompanhamento por outro profissional não membro do programa ou em situações de emergência, em que os mesmos estarão informados prontamente sobre a situação e uso de medicamentos pelo paciente.

- **Prontuário Institucional**
  O prontuário institucional deverá ser relatado sempre aos finais de cada visita e por cada profissional, destacando os pontos centrais avaliados na visita e as condutas a serem providenciadas.

- **Diário do Cuidador**
  O diário do cuidador será importante para que a equipe ao chegar a visita tenha prontamente as informações do idoso no período da última visita para a visita atual. Esse diário poderá conter informações como: aceitação da alimentação, eliminações vesico-intestinais, alteração do sono, do humor, engasgos, uso de medicamento em SOS, entre outros. A implementação desse diário está associada a disponibilidade e escolaridade do cuidador.

Contatos telefônicos: Monitoramento e agendamento

O contato telefônico é uma ferramenta muito importante na rotina do atendimento domiciliar. Idealmente, a equipe deverá manter uma rotina para o acompanhamento, que poderá ser realizado pelos próprios profissionais atuantes no atendimento ou até mesmo por um componente da equipe responsável por realizar os agendamentos de cada visita e os contatos entre as visitas para coletar informações sobre o estado de saúde do idoso. A frequência do contato será determinada de acordo com as necessidades de cuidados.

É importante que os familiares possuam fácil acesso a esse meio de comunicação para o contato com a equipe profissional, possibilitando solucionar dúvidas e informar sobre alterações pertinentes no quadro de saúde do idoso. Caso a família não tenha acesso direto a esse recurso, a equipe deve pensar em alternativa viável, garantindo assim o direito ao monitoramento (telefone público, de vizinhos ou outro familiar, por exemplo).

O monitoramento é muito importante, pois garante o vínculo e a responsabilização entre equipe e familiar/cuidador e idoso.

Reuniões de equipe

As reuniões de equipe são fundamentais para preparar uma assistência adequada ao idoso em domicílio e têm a proposta de:

- Discutir pareceres de inclusão de novos idosos na modalidade de atenção.
- Discussão dos casos em acompanhamento (continuidade, novas metas, alta etc.).
- Elaboração da agenda de visitas.
- Planejamento, avaliação e desenvolvimento do programa.

Os grupos de estudos são ferramentas fundamentais para a equipe se atualizar, aprofundar temáticas e articular os diferentes conteúdos que operam no trabalho coletivo em saúde.

Lição 05 Cuidado paliativo na atenção domiciliar

Cuidados paliativos

A atenção domiciliar é um cenário possível de idosos em cuidados paliativos, quando não há mais possibilidade de cura, gerando um novo significado na arte do cuidar. No entanto, a equipe que realiza esse atendimento muitas vezes não reconhece tal situação ou mesmo sabe lidar com tais demandas.

Frequentemente o domicílio é o local de escolha para a morte, tanto pela equipe quanto para o idoso e seus familiares. A escolha vem em decorrência da necessidade de proporcionar mais conforto e familiaridade ao paciente e também da necessidade da desospitalização.

Contudo, é importante lembrar que a morte e sua complexidade na vida ocidental provocam sentimentos ambíguos e tal escolha nem sempre é fácil e possível para certas realidades, tanto pelo aspecto subjetivo (a vivência da morte e da perda), quanto objetivo (realização dos procedimentos após a morte, tais como atestado de óbito, entre outros).

O reconhecimento de que o domicílio é um local diferenciado e que precisam ser respeitadas suas particularidades e seus valores é essencial, todavia, quando abordamos a questão dos cuidados ao final de vida e da possibilidade de morte no domicílio essa atenção deverá ser redobrada.

Foco da atenção domiciliar nos cuidados paliativos

O tempo em que cada paciente vai permanecer em cuidados paliativos, antes de chegar aos cuidados ao final de vida pode variar de acordo com a etiologia da doença.

O foco da atenção neste momento é voltado para a manutenção da qualidade de vida, morte digna e garantia de um equilíbrio familiar.

É necessário abordar o assunto com a família e o paciente sempre que possível. A equipe deverá avaliar o momento certo, que poderá surgir até mesmo como demanda do próprio paciente ou familiar/ cuidador.

É importante que o familiar seja informado não apenas nas questões relativas ao cuidado e alívio, mas também as questões legais para o óbito em casa, o que vai variar de localidade. Reflita um pouco! Você conhece o serviço de verificação de óbito do seu município?

Leitura complementar

Para saber mais sobre o serviço de verificação de óbito, acesse o protocolo do Ministério da Saúde sobre a declaração de óbito.
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_de_obitooo.pdf

Conclusão

Nesta unidade, conhecemos o processo histórico de constituição da atenção domiciliar, os conceitos principais e a legislação que rege essa modalidade. Também, estudamos sobre as diferentes modalidades de atenção domiciliar, suas respectivas indicações e tipos de cuidados prestados.

Identificamos os diferentes tipos de trabalhos em equipe, as possibilidades da interdisciplinaridade e as estratégias para mapear e articular a rede de atenção à saúde. Reconhecemos, ainda, a importância do trabalho com familiares e cuidadores, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades.

Finalmente, vimos o fluxo de atendimento na atenção domiciliar, a necessidade de construir os protocolos de ação da equipe, parâmetros para agendamentos e periodicidade das visitas, monitoramento e acompanhamento e participação de discussões de caso, estabelecimentos de condutas específicas e gerais.

QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE E AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Caro aluno,
Seja bem-vindo à Unidade Cuidado ao Idoso em ILPI

Nesta unidade, veremos o histórico no Brasil e no mundo das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Também, veremos o que trata a legislação vigente e as ILPIs no cenário atual das políticas públicas brasileiras. Por fim, refletiremos sobre as características das ILPIs e dos idosos institucionalizados em nosso país.

Bons estudos.

Lição 1 Histórico e Legislação

Introdução

Nos dias de hoje, apesar das inúmeras mudanças na nossa sociedade e na própria organização das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), ainda persiste uma ideia que associa a institucionalização ao abandono e à pobreza. Isso não é por acaso, pois as ILPIs são assim denominadas a partir de um conjunto de discussões na área do envelhecimento, mas são originárias dos antigos asilos para idosos, onde predominava o caráter segregatório.

O termo asilo deriva-se etimologicamente do grego **asylon** através do latim **asylum**, e remete a abrigo, refúgio e também a lugar inviolável, marcando assim a exclusão do contato externo (Rezende, 2002 apud Camarano, 2010).

É preciso superar essas representações, pois é consenso na literatura que o envelhecimento com dependência exige rearranjos familiares e o enfrentamento de muitas dificuldades para a realização das complexas tarefas decorrentes dos cuidados.

Desse modo, diante da necessidade de compartilhamento dos cuidados entre a família e o poder público, é fundamental que as ILPIs sejam caracterizadas, de fato, como espaços de proteção e um direito dos idosos e de suas famílias.

ILPIS no mundo

- 500-590 d.C
  Os primeiros relatos históricos sobre instituições de longa permanência, ainda nomeados nesse período como asilos, datam de 520-590 d.C., sendo o cristianismo o precursor desse movimento. Relatos apontam que o Papa Pelágio II fundou um hospital para idosos em sua residência.

- Século X
  Na Inglaterra, no século X, foram criadas casas de caridade destinadas aos pobres e se localizavam junto aos monastérios. Durante esse período, que se estendeu até o século XVII, em vários outros países da Europa proliferaram instituições que abrigavam todos os necessitados de maneira geral, incluindo mendigos, órfãos, pessoas com problemas mentais e idosos. Os idosos, nessa época, não constituíam um grupo expressivo, já que havia uma baixa proporção desse segmento na população em geral.

- Século XVIII
  A partir do século XVIII, as instituições passaram a se diferenciar quanto aos segmentos específicos, que adquiriram maior visibilidade social (crianças, adultos e idosos) e o caráter de tratamento imbuído nos hospitais, distinguindo-os das ações de cunho meramente caritativo e de reclusão.

- Século XIX
  No século XIX, foram criados na Europa asilos grandiosos, que abrigavam um número representativo de idosos. Destaca-se o hospital de Salpêtrière, que mantinha cerca de 2 a 3 mil idosos entre os 8 mil doentes internados. Segundo Beauvoir (apud POLLO e ASSIS, 2008), essa instituição é considerada a 1ª instituição geriátrica.

ILPIs no Brasil

No Brasil Colônia, em 1794, o Conde Rezende fundou a "Casa dos Inválidos" para soldados idosos, não com a ideia de uma instituição de caridade, mas como um reconhecimento para aqueles que prestaram serviço à pátria.

Em 1890, é fundada a primeira instituição para idosos no Rio de Janeiro – o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, o que gerou um marco para a velhice no Brasil.

> Os registros da literatura sobre asilos para idosos no Brasil são escassos e não apresentam uma linha histórica de evolução dessas instituições. O que se sabe é que, quando não existiam instituições específicas para idosos, estes eram abrigados em asilos de mendicidade, junto com outros pobres, doentes mentais, crianças abandonadas e desempregados, seguindo a linha filantrópico-assistencial dos asilos europeus.

Leitura complementar

Para saber mais sobre o histórico da ILPI, leia:

CAMARANO, A.A. Cuidados de Longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido. Capítulo 5. IPEA, 2010.

Instituição total ou espaço de cuidados?

Groisman (1999), ao analisar a velhice no Brasil, avalia o impacto da ruptura dos laços de sociabilidade do idoso institucionalizado. O rompimento desses laços tende a provocar solidão, perda de identidade e ausência de projetos, como se o asilo fosse o lugar para esperar a morte. Essa análise remete a concepção de instituição total de Goffman, caracterizada pela vigilância, controle, despersonalização e total isolamento do ambiente externo.

Essa leitura é reforçada ainda pelas inúmeras denúncias de violação de direitos cometidas pelas instituições asilares e que se tornaram emblemáticas, como o episódio do fechamento da Clínica Santa Genoveva em 1996.

Entretanto, com o advento das políticas de proteção ao idoso e das legislações específicas voltadas para normas de funcionamento das ILPIs, tem sido travado um intenso debate sobre a necessidade de existência de um espaço formal de cuidados desde que redimensionado quanto a sua função primordial: proteger e cuidar dos idosos. Há que se avançar, portanto, da história de asilamento vinculado ao abandono e à segregação e construir uma história de preservação de direitos e da dignidade.

Vamos refletir um pouco?

Você acredita que a ILPI deve ser uma instituição total ou um espaço de cuidados?

Leitura complementar

Para saber mais sobre o episódio do fechamento da Clinica Santa Genoveva em 1996, acesse: http://memoria.oglobo.globo.com/jornalismo/reportagens/crimes-contra-idosos-8836097

Institucionalização do Idoso

A Política Nacional do Idoso (1994), o decreto 1948/96 (regulamentador da PNI) e o Estatuto do idoso (2003) preconizam a prioridade de convivência do idoso no ambiente familiar. A indicação de institucionalização é apenas para aquelas situações em que as famílias não dispõem de condições de cuidar do idoso ou quando o idoso não tem família e não pode se cuidar sozinho. Vejamos o que diz o decreto 1948/96 e o Estatuto do Idoso:

O decreto de 1948/96 descreve:

- Art. 3° – Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

- Parágrafo único – A assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família.

Veja o que consta no Estatuto, a semelhança do preconizado na PNI e no decreto 1948:

- Art. 3º – 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.

- Parágrafo único – A garantia da prioridade compreende: Inciso V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência.

Contudo, ainda há muito para avançar, pois as ILPIs não devem ser caracterizadas exclusivamente para as situações de desamparo ou de abandono familiar, ao contrário, precisam ser espaços possíveis de moradia e de assistência adequada. Nesse sentido, é urgente a ampliação de ILPIs públicas que possibilitem o acesso daqueles que necessitam.

Significado das ILPIs no Brasil

Para a ANVISA (2005), as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

Segundo Camarano (2010), ainda não há um consenso no Brasil sobre o significado das ILPIs, pois, apesar do caráter residencial que as define, elas são vistas de modo geral como instituições de assistência social ou de saúde. Por um lado, tem-se a indicação dessa modalidade assistencial para idosos sem família ou desassistido, e por outro, o aumento de idosos dependentes demandante de cuidados de longa duração.

Família como elemento de apoio ou agravamento de crises

O debate travado na área do envelhecimento é o de que as ILPIS sejam instituições geridas particularmente pelas políticas de saúde e de assistência social em uma perspectiva intersetorial, pois ambas as políticas atravessam a velhice com dependência. Em uma perspectiva intersetorial teríamos:

Na abordagem da intersetorialidade, a Atenção Básica tem papel fundamental no atendimento ao idoso institucionalizado. As Instituições de Longa Permanência localizadas na área de abrangência das unidades de Atenção Básica também são contempladas para o atendimento de saúde uma vez que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e também a Política Nacional de Humanização (PNH) determinam a integralidade do atendimento e o acolhimento.

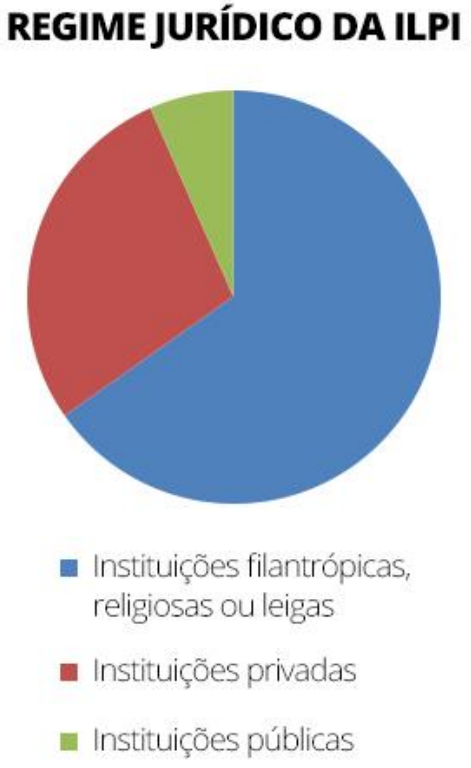
Lição 03 — Caracterização das ILPIs e dos idosos

Características das instituições

Segundo estudos do IPEA (2011), existem cerca de 3.548 ILPIs no país, estando incluídas as privadas, públicas, filantrópicas, com ou sem fins lucrativos, regulamentadas, com alvará ou não.

A maior concentração dessas instituições localiza-se nos grandes centros urbanos e na região sudeste (63,5%) e o quantitativo de residentes nessas instituições equivale a 1% da população idosa.

Quanto ao regime jurídico, a maior parte das ILPIs existentes (65,2%) são filantrópicas, religiosas ou leigas, 28,2% são privadas e apenas 6,6% são públicas.



Ou seja, ainda não temos no Brasil, uma política pública voltada para as ILPIs, embora tenhamos legislações que tratem de seu funcionamento.

Características dos idosos

Segundo estudos de Camarano (2010), temos as seguintes características atribuídas aos idosos das ILPIs:

- 57,6% são mulheres.
- Com baixa renda e escolaridade.
- Idade superior a 70 anos.
- Solteiras ou viúvas.
- A maioria tem família e são aposentados.
- Muitos necessitam de cuidados especiais de saúde.

Vamos refletir um pouco?

Como você analisa esses dados? No seu local de trabalho, você consegue identificar resultados semelhantes?

Grau de dependência

Continuando a nossa reflexão sobre as legislações que amparam os idosos em ILPI e que regulam essa modalidade assistencial, temos a RDC 283/2005. Essa resolução vem de encontro a necessidade de prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em Instituições de Longa Permanência, considerando a necessidade de definir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação, bem como mecanismos de monitoramento das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Inicialmente é necessário entender e qualificar os idosos quanto ao grau de dependência.

Grau de Dependência I

Idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda, como por exemplo: bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.

Grau de dependência II

Idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade e higiene. Eles não possuem comprometimento cognitivo ou alteração cognitiva controlada.

Grau de dependência III

Idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo.

A partir da definição desses níveis de dependência, as ILPIs deverão organizar a assistência prestada com base nas necessidades apresentadas pelos idosos.

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	O QUE A ILPI DEVE GARANTIR
Grau 1	Um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia.
Grau 2	Um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno.
Grau 3	Um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

Para as atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.

Para saber mais, acesse:
Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005.

O que muda na rotina do cuidador em uma ILPI?

O cuidador da ILPI deve:

- ✔ Conhecer e respeitar a rotina de atividades da ILPI.
- ✔ Manter o estímulo à autonomia e independência do idoso.
- ✔ Ajudar a prover as necessidades da pessoa idosa, em comunicação contínua com o responsável pelo idoso.
- ✔ Participar dos eventos realizados pela ILPI.
- ✔ Respeitar as deliberações da equipe de profissionais da instituição, com especial atenção sobre dietas alimentares.
- ✔ Atuar em conformidade com as normas de conduta da ILPI.

Critérios para funcionamento da ILPI

A Instituição de Longa Permanência para Idosos deve estar legalmente constituída e apresentar:

- Estatuto registrado.
- Registro de entidade social.
- Regimento Interno.
- Possuir um Responsável Técnico com formação de nível superior, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local.
- Celebrar contrato formal de prestação de serviço com o idoso, responsável legal ou Curador, em caso de interdição judicial, especificando o tipo de serviço prestado bem como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário em conformidade com inciso I artigo 50 da Lei n° 10.741 de 2003.

A instituição poderá terceirizar os serviços de alimentação, limpeza e lavanderia, sendo obrigatória a apresentação do contrato e da cópia do alvará sanitário da empresa terceirizada.

Direitos do idoso institucionalizado

A Instituição de Longa Permanência para Idosos é responsável pela atenção ao idoso conforme definido na regulamentação técnica. Deve propiciar o exercício dos direitos humanos (civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais) de seus residentes e deve atender, dentre outras, às seguintes premissas:

Família do idoso institucionalizado

Como ressaltado pela legislação, preconiza-se a prioridade da convivência familiar para o idoso. Contudo, nem sempre as famílias dispõem de condições para mantê-lo em suas próprias casas. Nesses casos, a decisão em colocar o idoso em uma ILPI é cercada por muitas questões, de ordem objetiva e subjetiva: vão desde as dificuldades financeiras de arcar com os custos dos cuidados sistemáticos, problemas relacionais e de sobrecarga, até a ausência de políticas públicas mais abrangentes que garantam o suporte necessário às famílias.

Além disso, a associação do asilo ao caráter de abandono conduz a uma compreensão também por parte das famílias de culpabilização e resistência no momento de decidirem por essa modalidade assistencial, sendo geralmente a última possibilidade a ser acionada e carregada de sentimentos ambíguos.

É justamente nesse ponto que deve repousar as principais preocupações das equipes que atuam nas ILPIs.

A institucionalização não deve ser sinônimo de abandono familiar.

Pensando em uma perspectiva mais ampliada, é necessário que a institucionalização não se caracterize pela perda dos laços de sociabilidade do idoso, seja de sua família, seja de sua comunidade ou outros vínculos construídos no decorrer de sua vida.

Orientações para a família do idoso

Vejamos algumas orientações para maior envolvimento da família ou da rede de laços do idoso:

- É preciso ampliar o conceito de família e investir em outros laços que não apenas o de parentesco, garantindo assim, vínculos afetivos e de preservação da convivência relacional (amigos, vizinhos, residentes da ILPI, comunidade religiosa, grupos de apoio).
- Inclusão da família (quando houver) na proposta assistencial da ILPI, construindo contratos, pactos.
- Realizar entrevista inicial com as famílias para identificar as dificuldades e potencialidades do grupo familiar.
- Oferta de espaços diversificados de participação da família no âmbito da ILPI (grupos, encontros., cursos, reuniões, debates).

Conclusão

Nesta unidade, compreendemos o processo histórico das instituições para idosos no Brasil, vimos as ILPIs no cenário atual das políticas públicas do país e conhecemos os desafios e limites dessa modalidade assistencial no âmbito das ações voltadas para o idoso.

Ainda, observamos como a questão da institucionalização é tratada no âmbito das políticas para o envelhecimento e conhecemos a legislação específica, tipos de dependência e critérios de funcionamento. Também, analisamos sobre as características das ILPIs no Brasil, compreendendo a sua dinâmica de funcionamento, a tipologias dessas instituições e as características dos idosos institucionalizados.

Finalmente, aprendemos como identificar os níveis de dependência e os cuidados a serem prestados, conhecemos os direitos dos idosos institucionalizados e refletimos sobre a importância de atividades que envolvam a família no interior das instituições.

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Lição 01 Introdução

Car@ alun@,
Seja bem-vind@ à Unidade Violência Contra a Pessoa Idosa.

Nesta unidade, analisaremos o fenômeno da violência contra a pessoa idosa, compreendendo a violência como uma construção social. Também, veremos os tipos de violência mais comuns entre os idosos e refletiremos sobre o texto da legislação vigente que coloca a família em uma posição central na atenção ao idoso. Por fim, estudaremos as implicações para o cuidado em saúde no âmbito domiciliar.

Bons estudos.

O processo de envelhecimento populacional brasileiro traz uma série de desafios à sociedade, exigindo respostas mais efetivas às inúmeras demandas sociais e de saúde, e reforça a necessidade de um modelo assistencial que assegure o pleno acesso aos direitos.

O paradoxo instalado pelas desigualdades sociais características da sociedade brasileira demarcam, por um lado, a coexistência de avanços tecnológicos e o aumento da expectativa de vida e, por outro, a crescente fragilidade dos idosos em situação de vulnerabilidade e de violação de seus direitos.

É nesse contexto que analisaremos o fenômeno da violência contra a pessoa idosa, temática que assume maior expressão a partir dos anos 90, especialmente após as políticas de proteção ao idoso, traduzindo o quadro político institucional de garantia de direitos de uma população crescente no cenário populacional brasileiro.

Debate sobre a violência contra o idoso

A temática da violência contra a pessoa idosa é recente em termos de estudos e pesquisas. No Brasil, o tema ganhou maior evidência a partir dos anos 90 e, particularmente, após o Estatuto do Idoso em 2003. Fruto de intensa mobilização social, o Estatuto confere maior expressão para a Política Nacional do Idoso de 1994, reforçando suas diretrizes e áreas dos direitos fundamentais, destacando a questão dos maus tratos e definindo tipos de crimes e penalidades.

Segundo o plano de ação de enfrentamento contra violência de 2005:

No Brasil, a questão da violência contra a pessoa idosa começou a ganhar força a partir de 1990, bem depois que a preocupação com a qualidade de vida dos idosos entrou na agenda da saúde pública brasileira. Por isso, ainda que as informações quantitativas e circunstanciadas avolumem-se a partir de agora, por causa da obrigatoriedade da notificação de maus-tratos prevista a partir do Estatuto do Idoso, recentemente aprovado, o que se poderá comprovar é que a magnitude de tal fenômeno é muito mais extensa do que se poderia prever. E se crescerem muito os dados estatísticos, ainda assim, a sociedade terá que se perguntar se aumentou a violência ou se melhorou o processo de notificação.

Violência como construção social

Segundo Minayo, atualmente, é praticamente unânime, por exemplo, a ideia de que a violência não faz parte da natureza humana e que a mesma não tem raízes biológicas. Trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, para entendê-la, há que se apelar para a especificidade histórica. Daí se conclui, também, que na configuração da violência se cruzam problemas da política, da economia, da moral, do direito, da psicologia, das relações humanas e institucionais e do plano individual.

Veremos, agora, um mosaico da violência contra a pessoa idosa. Embora exista uma variação conceitual em relação às formas e práticas de violência em uma sociedade, utilizaremos as definições mais frequentes na literatura em face da maior prevalência desses eventos junto à população idosa. A divisão adotada segue apenas uma orientação didática, pois os eventos citados se relacionam e se articularam mutuamente.

- **Violência Estrutural**
  A violência estrutural, segundo Minayo, reúne os aspectos resultantes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria e a discriminação que se expressa de múltiplas formas.
  A violência estrutural se materializa na ausência de acesso de um idoso a um direito já adquirido, na ausência de cuidados necessários por parte das políticas públicas ou das instituições, na burocratização dos serviços impedindo o pleno usufruto do idoso, no desrespeito no transporte público, pela falta de acessibilidade aos equipamentos públicos etc.

- **Violência Cultural**
  A violência cultural também é considerada um tipo de violência ocorrida no âmbito das relações mais amplas da sociedade, no universo da cultura e das representações construídas em torno do envelhecimento. Relaciona-se a todas as formas de preconceito que se referem à idade avançada:
  Desvalorização do conhecimento e da experiência do idoso;
  Concepção de velhice como decadência;
  Desaprovação da sexualidade na velhice;
  Incompreensão e desrespeito dos tempos dos mais velhos.

- **Violência Institucional**
  A violência institucional é cometida pelas instituições pelo não cumprimento de normas básicas de funcionamento, pela ausência de propostas assistenciais dignas com as necessidades do idoso etc. É um tipo de violência pouco estudada e mais difícil de ser identificada, pois as instituições são estabelecimentos oficiais de prestação de serviços à população, que, em tese, deveriam garantir os direitos e a sua não violação. Esse tipo de

violência inclui o atendimento precário e desrespeitoso, a desqualificação do idoso, a negligência profissional e a negação de prestação de assistência devida.

LEITURA COMPLEMENTAR!
Para relembrar o episódio do fechamento da Clinica Santa Genoveva em 1996, acesse:
http://memoria.oglobo.globo.com/jornalismo/reportagens/crimes-contra-idosos-8836097

Tipos de violência

Veremos, a seguir, os tipos de violência mais comuns entre os idosos, considerando que são eventos difíceis de serem reconhecidos quando analisados isoladamente. De acordo com a Rede Internacional para Prevenção dos Maus Tratos contra a Pessoa Idosa, define-se a violência contra esse grupo etário como "o ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano físico ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança".

- **Violência Física**
  A violência física é uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte. Tapas, beliscões, contusões, queimaduras e contenção física,por exemplo.

- **Violência Psicológica**
  A violência psicológica corresponde a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar do convívio social. Insultos, humilhações e tratamento infantilizado, por exemplo

- **Violência Sexual**
  A violência sexual refere-se ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, ou seja, contato sexual de qualquer tipo sem consentimento. Esses abusos visam obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas.

- **Violência Financeira ou Econômica**
  A violência financeira ou econômica consiste na exploração imprópria ou ilegal ou, ainda, no uso não consentido de recursos financeiros e patrimoniais. Também pode ser considerada a apropriação indevida de proventos, dinheiros, bens e propriedades. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.

- **Abandono**
  O abandono é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção.

- **Negligência**
  A negligência refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. Essa é uma das formas de violência mais presente no país e se manifesta, frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade. A negligência pode ser ativa (intencional) ou passiva (não intencional).

- **Autonegligência**
  A autonegligência é a conduta da pessoa idosa que ameaça sua saúde e segurança pela recusa de prover a si própria os cuidados adequados.

Centralidade da família na legislação

A legislação atual atribui à família posição de destaque, acionando-a como a primeira instância para garantia dos direitos básicos do idoso. Podemos considerar esse destaque como estratégia de privilegiar os espaços familiares e comunitários para a convivência do idoso em detrimento ao espaço asilar, tão predominante e criticado no campo assistencial brasileiro.

Também constatamos, por meio de diversos estudos, a importância dos laços familiares e vínculos afetivos para a qualidade de vida. Ao priorizar o espaço comunitário busca-se preservar relações, histórias e obviamente promover saúde e prevenir riscos de hospitalizações, asilamento e outras formas de isolamento social.

Atualmente as políticas públicas de vários países têm reconhecido a importância dessa rede informal, definida por aquela vinculada à família, à comunidade e à filantropia, incentivado seu maior envolvimento e até capacitação para a realização de cuidados mais específicos. Repousa justamente nessa interseção entre a rede informal e a rede formal (constituída pelos profissionais, instituições, políticas) os maiores dilemas. O desafio colocado na contemporaneidade é exatamente a construção dessa corresponsabilidade: o que cabe às famílias e o que cabe ao Estado?

Vamos refletir um pouco sobre essa relação entre a família e o Estado?
Pense nas dificuldades atuais das famílias e como o Estado pode oferecer melhores condições para as famílias exercerem tais tarefas.

As famílias constituem a primeira instância de cuidados de seus membros. Entretanto, em algumas situações e por diversos motivos, as famílias não conseguem realizar todas as tarefas necessárias para a devida proteção de todo o grupo familiar. Cabe ao Estado, por meio de suas políticas públicas e instituições, oferecer condições para que as famílias exerçam o suporte necessário.

Convivência intergeracional e a coabitação

Outro aspecto presente no campo do envelhecimento e que provoca rebatimentos na dinâmica familiar é a convivência intergeracional presente, sobretudo, nas famílias mais pobres. Por uma questão de sobrevivência, filhos e netos convivem com pais e avós não exatamente por uma escolha afetiva, mas por uma necessidade social. O desemprego hoje vivido pelos grupos mais jovens exprime a necessidade de manutenção dos vínculos, havendo em contrapartida um grande número de idosos provedores de suas famílias ampliadas através de suas respectivas aposentadorias.

As relações familiares tendem a assumir maior complexidade nas situações em que se estabelece a relação de dependência do idoso em razão de fragilidade ou incapacidade. As eventuais dificuldades de adaptação do idoso dependente às novas formas de convivência familiar costumam passar pela incapacidade de gerir sua própria vida e a mudança de papéis sociais no interior da família.

As mudanças sentidas pelo sujeito, na transição de uma condição de autonomia para a de dependência de terceiros, pode gerar conflitos familiares provenientes dessas rupturas e/ou perdas de um padrão anterior de relacionamento.

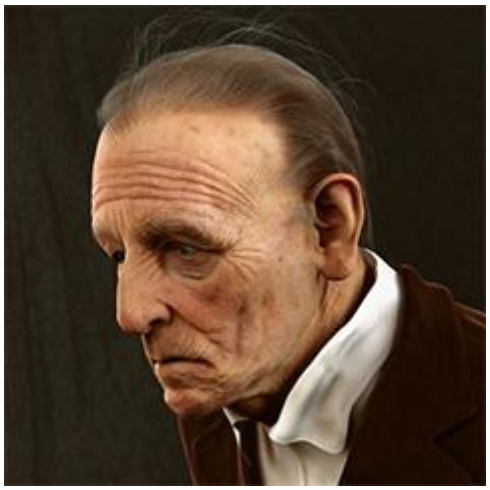
Essas questões de ordem relacional, quando associadas às condições de vida precárias e/ou modestas, constrói um campo de estresse e desgaste para todos os membros envolvidos.

Violência Intrafamiliar

Quando os cuidados se tornam maus tratos no âmbito das relações familiares, os profissionais de saúde deparam-se com complexas questões.

Os maus tratos podem ocorrer na forma de abuso físico, psicológico, financeiro e negligência ativa ou passiva, quando a ausência da ação devida não é intencional, mas por desinformação e/ou falta de condições para o cuidado.

Maus tratos são observados em diferentes situações, porém são particularmente dramáticos e mais comuns nos casos que envolvem dependência. O idoso dependente vive situação de fragilidade e, consequentemente, encontra-se mais vulnerável ao risco de violência intrafamiliar.



Lição 02	Implicações para o cuidado em saúde no âmbito domiciliar

Condições favorecedoras para situações de violência

- Situações relacionadas a quadros de dependência física ou cognitiva em que o idoso apresenta limitações para o entendimento e reação.
- Situações de dependência financeira entre o idoso e o cuidador principal, fato socialmente relevante, pois denota a necessidade da convivência por uma questão concreta e não por uma escolha afetiva.
- Situações de violência intergeracional, quando há um histórico de padrão de violência naquela dinâmica familiar.

Como já enfatizado anteriormente, essa dinâmica relacional associada à precariedade social pode criar um ambiente favorável à incidência de maus tratos.

Fatores de Risco

Vejamos alguns fatores de risco.

FATORES DE RISCO		
CUIDADOR (OU AGRESSOR)	**IDOSO**	**AMBIENTE**
Dependência material em relação ao idoso.	Incapacidade funcional (fragilidade).	Insuficiência de recursos materiais, isolamento social, ambiente violento.
Dependência de álcool ou drogas.	Alteração cognitiva.	
Transtorno mental.	Distúrbio de comportamento.	
Desinformação e incapacidade.	Incontinência.	
Estresse do cuidador.*	Distúrbio do sono.	

*Qualidade da relação antes da doença é mais significativa do que a dependência do idoso.

Sinais e Sintomas

É importante que os profissionais de saúde fiquem atentos aos sinais e sintomas que podem gerar maus tratos, no sentido de se sensibilizarem para a questão da violência e detectarem precocemente situações potenciais de risco.

O cuidado nessa abordagem está na relativização das situações verificadas e a devida contextualização com o universo social e cultural do idoso e de sua família, para que o profissional, ao contrário de criar um ambiente de proteção, confidencialidade, vínculo e orientações, acabe gerando um ambiente de desconfiança e hostilidade.

Vejamos quais são os sinais e sintomas de que um idoso está passando por maus tratos:

- Lesões físicas inexplicáveis (contusões, lacerações, hematomas, feridas cortantes, queimaduras ou fraturas).
- Diferença entre a história contada pelo idoso e a contada pela família ou cuidador.
- Explicações vagas de ambas as partes.
- Evidência de desatenção quanto à higiene, nutrição e ao acompanhamento de saúde.
- Comportamento agressivo do cuidador.
- Demora entre o aparecimento dos sintomas e a solicitação de atendimento médico.

A identificação dos sinais e sintomas de violência nas unidades de saúde não é uma tarefa fácil, pois há inúmeras dificuldades dos profissionais de saúde de os reconhecerem e identificarem as melhores formas de orientação e encaminhamento da questão. Por esse motivo, é necessária a capacitação e, sobretudo, o compartilhamento da situação com o restante da equipe, para, conjuntamente, criarem as estratégias mais adequadas de intervenção.

Lição 03 | Legislação e ações previstas

Estatuto

Vejamos os crimes previstos no Estatuto do Idoso:

- **Art. 98.** Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado.

- **Art. 99.** 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, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado.

- **Art. 102.** Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, dando-lhes aplicação diversa da de sua finalidade.

- **Art. 103.** Negar o acolhimento ou a permanência do idoso, como abrigado, por recusa deste em outorgar procuração à entidade de atendimento.

- **Art. 104.** Reter o cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso, bem como qualquer outro documento com objetivo de assegurar recebimento ou ressarcimento de dívida.

- **Art. 106.** Induzir pessoa idosa sem discernimento de seus atos a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente.

- **Art. 107.** Coagir, de qualquer modo, o idoso a doar, contratar, testar ou outorgar procuração.

- **Art. 108.** Lavrar ata notarial que envolva pessoa idosa sem discernimento de seus atos, sem a devida representação legal.

Notificação

A identificação de situação de violência contra a pessoa idosa, por se tratar de uma questão complexa, demanda ações igualmente complexas, interdisciplinares e articuladas intersetorialmente. Dentre as ações previstas, tem-se a notificação prevista pelo Artigo 19º do Estatuto do Idoso, atualizado através da Lei 12.461 de 26 de julho de 2011.

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselhos do Idoso.

O uso da lei deve ser visto como recurso articulador e não meramente punitivo, pois reafirmamos que a prevenção dos maus tratos em idosos articula-se ao processo de construção da cidadania na sociedade brasileira e à busca pela efetiva viabilização dos direitos sociais dos idosos.

Desse modo, a notificação das situações de violência não deve ser compreendida como meramente uma denúncia ou mesmo o repasse de um "problema" de um setor para o outro. Ao contrário, a notificação é um recurso de comunicação com a rede socioassistencial e a formalização de estratégias a serem criadas para o enfrentamento da situação vivenciada.

A ficha de notificação foi normatizada pelo Ministério da Saúde em 2009 através da implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e tem por objetivo garantir a devida proteção a vitima, o amparo legal aos profissionais de saúde, de modo que não se caracterize omissão e, sobretudo, contribuir para os registros epidemiológicos sobre violência.

Instrumento de Notificação de Violências

Versão SINAN NET: 10/07/2008

Componente I - Serviços de referência para violência

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça , contra si próprio , contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o **art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.** Esta ficha atende ao **Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004,** que regulamenta a **Lei nº 10.778/2003,** que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o **artigo 19 da Lei nº 10.741/2003** que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória.

Dados Gerais

1 Data da Notificação | 2 UF | 3 Município de Notificação

4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código (CNES)

5 Data da Ocorrência da Violência | 6 Hora da Ocorrência (0 - 24 horas)

OBS.: Este instrumento de coleta é único e utilizado para todos os ciclos de vida, sexo, raça/cor, independente da orientação ou identidade sexual.

Para saber mais sobre o SINAN, acesse: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb.

Ausência de denúncia

Vamos refletir um pouco!

E quando a vítima decide não denunciar?

Há, sem dúvida, vários aspectos éticos e legais envolvidos. As vítimas, quando cognitivamente competentes, têm o direito de determinar o curso da intervenção, inclusive, podendo optar por nada fazer. Cabe aos profissionais o suporte, a orientação, o atendimento, a notificação e o encaminhamento adequado frente à cada situação que deverá ser avaliada de forma particular.

Os fluxos institucionais

Com a implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em todo o território nacional, o fluxo da notificação passou a seguir uma normatização uniforme. Contudo, como as redes socioassistenciais e de saúde são diversas e compõem o quadro institucional de proteção ao idoso, cada localidade poderá ter uma organização própria na articulação dessa rede.

A comunicação ao SINAN permite o registro epidemiológico dos eventos de violência, mas, para além desse encaminhamento, também são necessários procedimentos diretamente voltados para a resolução da situação de violência apresentada. Neste caso, os órgãos de defesa dos direitos da pessoa idosa deverão ser acionados concomitantemente. O objetivo é mapear e articular todos os pontos da rede de sustentação dos direitos sociais e de saúde do idoso.

Veremos, a seguir, como mapear essa rede.

Organização da rede de saúde e socioassistencial

Vejamos a organização de uma rede de saúde e socioassistencial.

Centro de Conveniência

Os centros de convivência são espaços de sociabilidade, lazer, cultura e educação permanente para os idosos. Procure, em sua localidade, os centros de convivência mais próximos e adequados para a situação vivenciada por sua equipe. No Rio de Janeiro, tem-se a UNATI/UERJ como uma importante referência nessa área.

Para saber mais sobre a UNATI/UERJ, acesse: http://www.unatiuerj.com.br.

Conselhos Municipais e Estaduais

A Secretaria de Direitos Humanos é o órgão da Presidência da República que trata da articulação e implementação de políticas públicas voltadas para a promoção e proteção dos direitos humanos.

O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) é um órgão superior de natureza e deliberação colegiada, permanente, paritário e deliberativo. Tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso.

Os conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipal do idoso são órgãos permanentes, paritários e deliberativos, criados a partir da Política Nacional do Idoso. Esses são espaços de controle social e de luta pela garantia dos direitos da pessoa idosa.

Para saber a relação de conselhos estaduais do país, acesse:http://portal.sdh.gov.br/clientes/sedh/sedh/conselho/idoso/conselhos_estaduais_doc

Coordenadorias do idoso (Estado ou Município)

Os Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPI) configuram-se com uma das estratégias de ação do Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, criados pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. O telefone da Ouvidoria do CIAPI no Rio de Janeiro é 0800-282-5625.

CREAS/CRAS

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública estatal responsável pela organização e oferta de serviços de proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Presta apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal descentralizada da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Atua na prevenção dos riscos por meio do desenvolvimento de potencialidades e do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Delegacia de Polícia

A Delegacia Especial de Atendimento à Pessoa de Terceira idade (DEAPTI) recebe denúncias e promove investigações. Busca realizar atendimento especializado e diferenciado. Verifique na sua

localidade quais os telefones disponíveis. No Rio de Janeiro, temos a DEAPTI na Estação do Metrô da Siqueira Campos em Copacabana. Os telefones são (21) 2235-3097 /3140/2548-7769).

Ligue Idoso

As ouvidorias ou disque-denúncias (ligue idoso) são espaços em que as denúncias podem ser realizadas sem necessidade de identificação. Verifique na sua localidade quais os telefones disponíveis.

Ministério Público e Defensoria

O Ministério Público recebe denúncias, fiscaliza e tem o dever de zelar para que os direitos dos idosos sejam assegurados. A Defensoria Pública presta atendimento jurídico especializado. Em algumas localidades, e no âmbito da Defensoria Geral do Estado, foi criado o Núcleo Especializado de Atendimento ao idoso (NEAPI) que prevê atendimento diferenciado à pessoa idosa.

Unidades de Saúde

As unidades de saúde acionam as unidades de saúde necessárias e cabíveis para as situações de violência identificadas a partir dos agravos à saúde reconhecidos. Veja a listagem específica em sua localidade.

Reflita sobre sua localidade e reflita sobre qual seria o mapa de uma rede possível. Você identifica algum outro setor ou política não incluída nesse quadro?

Lição 04 — Construção de estratégias de prevenção e enfrentamento

Vamos refletir sobre algumas estratégias de prevenção? O que a equipe de saúde deve fazer preventivamente contra a violência?

Apoio ao cuidador como prevenção de situações de violência:

- Atividade educativa (individual ou grupal) de orientação sobre o processo de adoecimento, clarificando as tarefas dos cuidados domiciliares, e auxiliando o cuidador e/ou familiar nas dúvidas e dificuldades.
- Apoio e estímulo à solidariedade familiar e comunitária.
- Reforço dos direitos do idoso e de ação para sua garantia.

Papel da equipe

Reflita mais um pouco: qual o papel da equipe no enfrentamento das situações de violência?

- ✔ Estar capacitado para reconhecer a situação de violência.
- ✔ Acolher as situações e integrar a equipe multiprofissional para tomada de decisões.
- ✔ Compartilhar a tomada de decisões.
- ✔ Agir de maneira cuidadosa para evitar expor o idoso a maior risco.
- ✔ Oferecer suporte e orientação familiar.
- ✔ Articular suporte comunitário e institucional.
- ✔ Encaminhar para os órgãos e setores necessários.
- ✔ Comunicar e notificar a ocorrência.

Conclusão

Nesta unidade, conhecemos as particularidades das situações de violência cometidas contra a pessoa idosa, compreendendo o conceito ampliado de violência como fenômeno social e relacionado a fatores sociais, culturais, econômicos e políticos de uma sociedade.

Ainda, vimos os tipos de violência mais prevalentes contra a população idosa. Refletimos, também, sobre a caracterização das famílias em situação de vulnerabilidade social, econômica e afetiva como estratégia de prevenção e atenção às situações de violência e sobre a importância do estabelecimento de uma comunicação com familiares, idosos e equipe multiprofissional na tomada de decisões em situações de violência contra a pessoa idosa.

Além disso, analisamos fatores de risco e sinais de alerta e as ações previstas na legislação vigente. Finalmente, refletimos sobre a importância da construção de estratégias coletivas de prevenção e enfrentamento, considerando as possibilidades da família, do idoso e da rede de suporte social e de saúde.

Glossário

- A

ANVISA: Criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é uma autarquia sob regime especial, que tem como área de atuação não um setor específico da economia, mas todos os setores relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira.

Ata notarial: é o instrumento público pelo qual o tabelião, ou preposto autorizado, a pedido de pessoa interessada, constata fielmente os fatos, as coisas, pessoas ou situações para comprovar a sua existência ou o seu estado.

Autonomia: Autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências.

- C

Cuidados paliativos: A Organização Mundial as Saúde (OMS) considera que os cuidados paliativos (CP) podem e devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, definindo que os cuidados paliativos deveriam garantir uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e suas famílias, na presença de problemas associados a doenças que ameaçam a vida, mediante prevenção e alívio de sofrimento pela detecção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estendendo inclusive à fase de luto.

- E

Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP): São profissionais de nível superior que servirão de apoio à EMAD. Terá a composição mínima de 3 (três) profissionais escolhidos dentre as seguintes ocupações: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional.

Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD): São profissionais que compõe a equipe básica que executa a visita domiciliar. A EMAD pode ser do tipo 1 ou tipo 2, definidos a partir da cobertura territorial com necessidade de maior carga horária e tipo de atenção domiciliar prestada. A composição mínima da EMAD: médicos, enfermeiros, fisioterapeuta ou assiste social e auxiliares de enfermagem.

- F

Fenômeno biopsicossocial: Diz respeito às diferentes dimensões do ser humano: biológico, psicológico e social. A expressão refere-se à necessidade de considerar o fenômeno da violência a partir de sua historicidade e complexidade, sem reduzi-la a aspectos individuais e relativos exclusivamente à natureza humana.

- I

Incontinência: Indica a perda de controle sobre a bexiga ou o intestino. A saída da bexiga é protegida por um músculo; Normalmente, quando deixamos esse músculo relaxado é que a urina passa. A incontinência resulta de várias causas. Em ambos os casos, ela ocorre quando o controle nervoso da bexiga e intestino estão perturbados. Doenças da bexiga ou em partes vizinhas podem também causar incontinência, assim como ocasionalmente na velhice a perda do controle do intestino está associado a uma constipação extrema, quando resulta em diarreia. Qualquer que seja a causa, é preciso tratamento especializado.

Independência: é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

- L

Linha filantrópico-assistencial: "Desde o século XVIII, a filantropia e a assistência social associavam-se intimamente às práticas de caridade no Brasil. Dependiam de iniciativas voluntárias e isoladas de auxílio aos pobres e desvalidos da "sorte". Essas iniciativas partiam das instituições religiosas que, sob o prisma da herança moral cristã, dispensavam seus cuidados, oferecendo abrigos, roupas e alimentos, em especial às crianças abandonadas, aos velhos e doentes em geral. É mais do que reconhecido o papel de organizações como as Santas Casas de Misericórdia no país, como também atividades desenvolvidas por várias ordens religiosas. (...) Foi apenas com a Carta Constitucional de 1988 que a Assistência Social configurou-se como política pública integrando o tripé da Seguridade Social junto das políticas de saúde e previdência. Desse modo, alçou o reconhecimento do estado brasileiro pela sua responsabilidade normativa e exequibilidade frente às necessidades sociais." ESCORSIM, Silvana Maria. A filantropia no Brasil.

- P

Perspectiva intersetorial: Integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. Se os determinantes do processo saúde/doença, nos planos individual e coletivo, encontram-se localizados na maneira como as condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, na capacidade de consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, então é impossível conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a integração das políticas sociais (educação, transporte, ação social), em um primeiro momento, e das políticas econômicas (trabalho, emprego e renda), em um segundo. A escolha do prefixo inter e não do trans é efetuada em respeito à autonomia administrativa e política dos setores públicos em articulação.

Referências

- BRASIL. GABINETE DO MINISTRO. PORTARIA No 963, DE 27 DE MAIO DE 2013 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2013.
- BRASIL. Cadernos de Atenção Domiciliar, Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2012. (Capítulo 6 – cuidados paliativos e atenção domiciliar,p.2.)
- CLKER http://www.clker.com. Acessado em Maio, 2014.
- ESCORSIM, Silvana Maria. A filantropia no Brasil: entre a caridade e a política de assistência social. Revista espaço Acadêmico. N. 86. Julho de 2008. http://www.espacoacademico.com.br/086/86escorsim.htm
- EVERYSTOCKPHOTO http://www.everystockphoto.com. Acessado em Maio, 2014.
- FERREIRA, Paulo Roberto Gaiger; RODRIGUES, Felipe Leonardo. Ata Notarial - Doutrina, prática e meio de prova, p. 112. São Paulo: Quartier Latin, 2010. Disponível em: http://www.atanotarial.org.br/ata_notarial.asp
- FREIRE, S. A.; NERI, A. L. E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus, 2000.
- FREITAS, E. V. de. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GUIMARAES, D.T. Dicionário de Termos Médicos e de Enfermagem. 1. Ed – São Paulo: Rideel, 2002.
- MALLOY, D.; LEANDRO F; FUENTES, D.; COSENZA, R. M. Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- OPAS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. pag. 14.
- VERAS, Renato; LOURENÇO, Roberto. Formação Humana em geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, 2006.

Créditos

Coordenação
Luciana Branco da Motta
Célia Pereira Caldas

Equipe Pedagógica

Coordenadora Pedagógica
Marcia Taborda

Pedagoga
Carla Cristina Dias

Produção técnica

Autoras
Carolina Oliveira
Maria Helena de Jesus Bernardo

Equipe técnica

Coordenador Técnico
Felipe Docek

Analista de Projetos
Marcelo Prates

Assistente de Comunicação
Matheus Manzano

Desenhistas Gráficos
José Martins

Desenhistas Instrucionais
Michele Trancoso
Odete Firmino

Desenvolvedores
Marcus Vinicius Penha da Silva
Luiz Paulo Baçal Vasconcelos

Secretárias
Adriana Costa
Laura Helione

Reitor
Ricardo Vieiralves de Castro

Vice-Reitor
Paulo Roberto Volpato Dias

Sub-Reitora de Graduação
Lená Medeiros de Menezes

Sub-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa
Monica da Costa Pereira Lavalle Heilbron

Sub-Reitora de Extensão e Cultura
Regina Lúcia Monteiro Henriques

Coordenação Geral UnASUS UERJ
Paulo Roberto Volpato Dias

Coordenação Executiva UnASUS UERJ
Márcia Maria Rendeiro