

Douglas Gava de Bona Sartor

A PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA  
IDOSOS NO CONTEXTO DO  
ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E DOS  
CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE NO  
BRASIL COM UMA CONTRIBUIÇÃO DA  
EXPERIÊNCIA PORTUGUESA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, orientada pelo Senhor Professor Doutor Paulo Nuno Maia de Sousa Nossa e coorientada pelo Senhor Professor Doutor Vítor José Lopes Rodrigues.

Janeiro de 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

A PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NO CONTEXTO DO  
ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E DOS CUIDADOS CONTINUADOS DE  
SAÚDE NO BRASIL COM UMA CONTRIBUIÇÃO DA EXPERIÊNCIA  
PORTUGUESA

Douglas Gava de Bona Sartor

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do Mestrado em Saúde  
Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Orientador:

Professor Doutor Paulo Nuno Maia de Sousa Nossa

Coorientador:

Professor Doutor Vitor José Lopes Rodrigues

Janeiro de 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## **Agradecimentos**

A exposição que segue não contempla a todos que contribuíram e possibilitaram a realização da presente dissertação, mas permite fazer alguns destaques memoráveis.

Ao Professor Doutor Paulo Nuno Maia de Sousa Nossa por todo o apoio prestado na orientação desta dissertação, com invariável comprometimento que me permitiu o delineamento da jornada até sua conclusão.

A todo corpo docente do Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra pelo inestimável valor intelectual agregado à minha formação pessoal, o qual tive a pretensão e almejei integrar no presente trabalho.

À minha amada Sami, cuja companhia deu o maior sentido e apoio, além de agregar sentimentos nesta busca pelo conhecimento no Velho Mundo.

Aos meus colegas e amigos do Mestrado, em especial à Anamélia e à Mila, as quais facilitaram e permitiram as idas e vindas em terras lusitanas.

Aos meus pais, os quais, separados por um Oceano, suportaram a distância e me lembravam do retorno à terra natal.

A todo povo português, que demonstrou um distinto e agradável acolhimento que me fazia bem sentir em terras estrangeiras.

Aos utentes idosos (e também àqueles em potencial de se tornar), tanto àqueles que por mim já foram atendidos e despertaram o interesse pelo tema desta dissertação, como àqueles que por mim ou outros colegas ainda o serão, pois são justamente quem dão o maior sentido a este estudo.

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO.....   | 10  |
| 2 OBJETIVOS.....  | 12  |
| 2.1 Objetivo geral .....  | 12  |
| 2.2 Objetivos específicos .....   | 12  |
| 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....   | 13  |
| 3.1 A Teoria da Transição Demográfica.....  | 13  |
| 3.1.1 A Teoria da Transição Demográfica no Brasil e em Portugal .....                     | 23  |
| 3.1.2 Questões sócio-econômico-culturais ligadas à queda da taxa de fecundidade .....     | 29  |
| 3.1.3 A transição urbana.....   | 31  |
| 3.2 A Teoria da Transição Epidemiológica .....  | 32  |
| 3.2.1 A Teoria da Transição Epidemiológica no Brasil e em Portugal .....                  | 35  |
| 3.3 O Envelhecimento Populacional português e o futuro Envelhecimento brasileiro .....    | 40  |
| 3.4 Envelhecimento e sociedade .....  | 46  |
| 3.4.1 O idadismo em Portugal.....   | 52  |
| 3.4.2 O idadismo no Brasil.....   | 55  |
| 3.5 As redes de cuidados continuados brasileira e portuguesa .....                        | 64  |
| 3.5.1 Equipas e unidades das redes de cuidados portuguesa e brasileira.....               | 70  |
| 3.5.2. A equipa do Programa de Assistência Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição ..... | 77  |
| 3.5.3 Os custos dos cuidados continuados .....  | 78  |
| 4 METODOLOGIA.....  | 85  |
| 5 RESULTADOS .....  | 86  |
| 5.1 Violência contra o idoso .....  | 86  |
| 5.2 Dados secundários encontrados .....   | 88  |
| 5.3 Custos relacionados .....   | 91  |
| 5.4 Bases de dados governamentais.....  | 92  |
| 5 DESENVOLVIMENTO.....  | 94  |
| 6 CONCLUSÃO.....  | 103 |
| BIBLIOGRAFIA .....  | 108 |

## SIGLAS E ABREVIATURAS

ONU – Organização das Nações Unidas.

TTE – Teoria da Transição Epidemiológica.

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

TTD – Teoria da Transição Demográfica.

TFT – Taxa de fecundidade total.

EUA – Estados Unidos da América.

STD – Segunda Transição Demográfica.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

PIB – Produto Interno Bruto.

DALY – *Disability-adjusted life year* (Anos de vida perdidos por morte prematura ou por incapacidade).

DM – Diabetes Mellitus.

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio.

AVC – Acidente Vascular Cerebral.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

RDT – Relação de Dependência Total.

PIA – População em Idade Ativa.

CID-10 – Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde.

IESE – Instituto de Estudos Sociais e Econômicos.

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

SNS – Serviço Nacional de Saúde.

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

NEAPI – Núcleo Especial de Atendimento à Pessoa Idosa.

VIVA – Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes.

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade.

SIH – Sistema de Informações Hospitalares.

USF – Unidade de Saúde da Família.

IML – Instituto Médico Legal.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

UBS – Unidade Básica de Saúde.  
ACS – Agente Comunitário de Saúde.  
PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.  
PSF – Programa de Saúde da Família.  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.  
CCI – Cuidados Continuados Integrados.  
AD – Atenção Domiciliar.  
LTC – *Long Term Care*.  
SAD-pt – Serviço de Apoio Domiciliário (de Portugal).  
CAD – Centro de Apoio a Dependentes.  
FORHUM – Formação de Centro de Recursos Humanos.  
STA – Serviço Telealarme.  
UAI – Unidades de Apoio Integrado.  
VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.  
eSF – equipe de Saúde da Família.  
SAD-br – Serviço de Apoio Domiciliar (do Brasil).  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.  
EGA – Equipa de Gestão das Altas.  
ECL – Equipa Coordenadora Local.  
ECSCP – Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.  
EIH CSP – Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos.  
ECR – Equipa Coordenadora Regional.  
UC – Unidade de Convalescença.  
SNG – Sonda Nasogástrica.  
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação.  
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção.  
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos.  
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados.  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.  
ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde.  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.  
EMAD – Equipas Multidisciplinares de Atenção Domiciliar.

EMAP – Equipas Multidisciplinares de Apoio.

CPAP – Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas.

BIPAP – Pressão Aérea Positiva por dois Níveis.

ZBI – *Zarit Burden Interview*.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SUAS – Sistema Único de Assistência Social.

PAD – Programa de Assistência Domiciliar.

GHC – Grupo Hospitalar Conceição.

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição.

DGS – Direção Geral da Saúde.

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogêneo.

CHP – Centro Hospitalar do Porto.

SNF – *Skilled Nursing Facilities*.

RUG-III – *Resource Utilization Groups*.

PSSRU – *Personal Social Services Research Unit*.

PROIID – Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar.

AIH – Autorização de Internação Hospitalar.

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico.

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

INE – Instituto Nacional de Estatística.

LSE – Lista Sucinta Europeia.

LSE-58 – Causas externas de lesão e envenenamento.

LSE-59 – Acidentes.

LSE-60 – Acidentes de Transporte.

LSE-61 – Quedas acidentais.

LSE-62 – Envenenamento (intoxicação) acidental por drogas, medicamentos e substâncias biológicas.

LSE-63 – Suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente.

LSE-64 – Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas.

LSE-65 – Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas.

APS – Atenção Primária à Saúde.

ERS – Entidade Reguladora da Saúde.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 População mundial, 1950-2100, de acordo com diferentes projeções e variáveis .....            | 19 |
| Figura 2 Taxa de fecundidade total da população mundial de acordo com os continentes .....             | 20 |
| Figura 3 Data de início da transição de fecundidade, por país e continente.....                        | 21 |
| Figura 4 Taxa de fertilidade total do passado e projetada por grupos de desenvolvimento econômico..... | 22 |
| Figura 5 Perfis de transição demográfica .....   | 23 |
| Figura 6 Taxa de Mortalidade e Natalidade por mil habitantes 1881-2007 .....                           | 24 |
| Figura 7 Taxa de fecundidade total Brasil e Portugal 1930-2000 .....                                   | 24 |
| Figura 8 Índice de envelhecimento por concelho 2001 e 2011 .....                                       | 26 |
| Figura 9 Proporção das principais causas de morte em Portugal 1902-1990.....                           | 36 |
| Figura 10 Percentual das principais causas de morte nas capitais brasileiras 1930-1980 .....           | 37 |
| Figura 11 Óbitos por causas de morte Portugal e Brasil 2010 .....                                      | 37 |
| Figura 12 Projeção da relação percentual entre jovens e idosos .....                                   | 42 |
| Figura 13 Projeção da razão de dependência demográfica e população em idade ativa no Brasil.....       | 44 |
| Figura 14 Proporção dos diferentes tipos de violência nos estudos encontrados.....                     | 64 |
| Figura 15 Proporção dos agressores nos estudos encontrados .....                                       | 64 |
| Figura 16 Número de idosos internados por idade .....  | 89 |
| Figura 17 Número de utentes por tempo de internação domiciliar .....                                   | 90 |
| Figura 18 Principais motivos de internação .....   | 90 |
| Figura 19 Quantidade de medicamentos por dia por utente .....  | 91 |
| Figura 20 Destino após a alta domiciliar.....  | 91 |
| Figura 21 Despesa corrente dos cuidados de saúde em % do PIB (Brasil e Portugal)...                    | 98 |
| Figura 22 Despesas do Estado em saúde: execução orçamental em % PIB (Brasil e Portugal) .....          | 99 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 Taxa de mortalidade infantil segundo o tipo de esgotamento sanitário nos domicílios particulares permanentemente ocupados em 2010 .....             | 38 |
| Tabela 2 Custo médio e percentual de participação no pagamento das internações na RNCCI.....   | 79 |
| Tabela 3 Tipologia de violência encontrada.....  | 88 |
| Tabela 4 Cuidadores principais .....   | 89 |
| Tabela 5 Óbito por causas externas em idosos brasileiros e portugueses, porcentagem sobre o total e notificações de violência contra idosos brasileiros..... | 92 |
| Tabela 6 Óbitos gerais por causas externas de morte, entre 1994 e 2012, para os indivíduos com 65 ou mais anos .....   | 93 |

## RESUMO

O envelhecimento populacional, do qual já sofre Portugal e tem projeção para ocorrer em três décadas no Brasil, necessita de um planejamento antecipado para se adequar às mudanças no atendimento à saúde. O presente trabalho teve por objetivo conhecer a prevalência da violência contra idosos da rede de cuidados continuados brasileira. Para isso, consistiu de investigação de campo em uma unidade de saúde brasileira, além de busca em bases de dados e documentos de acesso ao público brasileiro e português. A investigação no território brasileiro foi realizada através das fichas clínicas de utentes internados entre 2012 e 2013 no PAD do GHC. O estudo de campo encontrou o predomínio de suspeita de negligência ou abandono (25%) seguido por suspeita de violência física (15%). Houve ainda quatro casos (2,4%) definidos de negligência ou abandono. As mulheres foram as principais cuidadoras, responsáveis por 68% dos idosos. O principal motivo de internação foi o AVC e suas sequelas (23%), seguido pelas doenças respiratórias (20%) e pelas neoplasias (12%). Os dados governamentais ainda são insuficientes para conhecer a prevalência da violência contra os idosos e a literatura existente ainda não chegou a um consenso metodológico de investigação, com variabilidade de resultados muito ampla. Com isso, não foi possível definir a prevalência da violência, mas os resultados encontrados e a comparação com a rede de cuidados portuguesa permitiu ampliar as possibilidades estratégicas para melhor conhecer o problema e para o seu enfrentamento: investigação por fichas clínicas; descrição sistemática de áreas não-expostas e da organização familiar nas fichas clínicas pelas equipas de saúde; metodologias de pesquisa que alinhem o meio com a tipologia de violência; reforço comunitário e institucional para apoio ao cuidador de modo a suportar as mudanças da STD; investimento na formação e na educação continuada.

**Palavras-chave: Envelhecimento populacional. Cuidados Continuados. Violência contra idosos.**

## **ABSTRACT**

Population-ageing demands planning so countries can adapt to changes in health supply. Portugal is already suffering from ageing and Brazil has prospects of ageing in three decades. This academic work had the objective of knowing the prevalence of violence against the elderly in Brazilian Long Term Care facilities. To this end, it was used field research in a Brazilian health facility, besides research in Brazilian and Portuguese public documents and database. The research in Brazil was made through medical records from patients in domiciliary staying from 2012 to 2013 at GHC/PAD. Field research found suspect of negligence as predominant (25%) followed by suspect of physical violence (15%). There were four cases (2.4%) well defined as neglect or abandonment. Women were the main caregivers, responsible for 68% of the elderly. The main domiciliary admission cause was stroke and its consequences (23%), followed by respiratory diseases (20%) and cancer (12%). Government database is insufficient to know the prevalence of violence against the elderly. Besides, survey and actual literature have not found a common ground on research methodology. This area still counts with a wide data variability. Hence, it was not possible to characterize violence prevalence, but outcomes and comparison with Portuguese Long Term Care have amplified the strategies for knowing this public health problem better and handle it. To achieve this goal, research through medical records should be stimulated. Systematic description of unexposed areas and of family organization in medical records must be part of health teams routine. Methodology of researching needs to align the field with type of violence. Communitarian and institutional endeavor can increase caregiver support to deal with the Second Demographic Transition changes. Finally, government agencies should increase the investment in professional training and continued education.

**Key words: Population-ageing. Long Term Care. Violence against the elderly.**

# 1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica, que iniciou no norte da Europa no final do século XVIII, estendeu-se a outras realidades geográficas transcontinentais ao longo do século XX (1,2,3). A queda das taxas de mortalidade levou a metade do século XX para percorrer o mundo não europeu e alcançar o continente africano, o qual foi também o último a conhecer a queda das taxas de fecundidade, no último quarto do mesmo século. Em 2010 a ONU chegou a estimar o crescimento mundial zero em 2075 (4), mas em publicação de 2013 os dados e a metodologia foram revistos, retardando a expectativa do crescimento zero para além de 2100 (5).

Este fenômeno traz implicações ao perfil sanitário das populações, mais perceptíveis através dos seus efeitos traduzidos pela Teoria da Transição Epidemiológica (TTE), na qual a queda da mortalidade associada a mudanças nas condições socioeconômicas permite acabar com o ciclo de fome e da peste, diminuir drasticamente as pandemias e, finalmente, atingir a prevalência dominante das doenças crônicas e degenerativas, algumas das quais de causa antrópica (6). O envelhecimento populacional, característico da última etapa da transição demográfica, está associado ao aumento das doenças crônicas, degenerativas e incapacitantes, associando-se, em simultâneo, a uma contração significativa na natalidade.

Portugal tornou-se envelhecido do ponto de vista demográfico no ano 2001 e o Brasil tem a projeção de envelhecer na quarta década deste século. Para auxiliar a adaptação às suas consequências na saúde o governo português criou, entre outros programas, a *Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados* (RNCCI), em 2007, e o governo brasileiro, por sua vez, criou o programa *Melhor em Casa* em 2011 para o mesmo fim. São programas que dão continuidade aos cuidados hospitalares no domicílio e podem incluir unidades de saúde específicas para este fim. Além de manter o tratamento do utente com uma doença crônica ou incapacidade, consegue orientar e diminuir o estresse dos cuidadores. Um estresse que pode trazer consequências graves ao utente, como a violência (7).

Apesar de envelhecido, Portugal é um país que carrega o idadismo como a principal forma de discriminação, maior que o racismo e o machismo (8). São conhecidos cinco tipos principais de violência contra o idoso: violência física, psicológica, abuso sexual, econômica e negligência. No Brasil, a violência contra os

idosos também é frequente, sendo que as causas externas, onde se pode inserir este tipo de comportamento, representaram 3,5% da mortalidade entre idosos no período de 1980 a 1998 (9).

Ao pesquisar em bases de dados como o PubMed, encontram-se trabalhos publicados desde o início da década de 80 sobre a violência contra idosos no contexto dos cuidados continuados, mais especificamente na modalidade domiciliar. Entretanto, a literatura de nível internacional sobre o tema ainda é escassa (10,11,12) e faltam instrumentos para avaliar a violência em idosos adaptados para o Brasil (13). A atenção domiciliar, como a realizada pela ESF (Estratégia de Saúde da Família) e pela RNCCI, é apontada como um dos mecanismos fundamentais para identificar a violência contra idosos (14).

Dessa forma, nota-se a importância do objetivo desta investigação, que foi conhecer a prevalência da violência contra o idoso tanto na sociedade de um modo geral, como nas redes de cuidados continuados. Espera-se abrir possibilidades para o mais adequado planejamento de ações, programas e políticas de saúde que permitam enfrentar e prevenir, dentro da esfera da saúde, esta que pode ser uma das consequências associadas ao envelhecimento populacional.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

1. Conhecer e caracterizar o processo de envelhecimento demográfico em Portugal e no Brasil
2. Conhecer e caracterizar a prevalência da violência física contra os idosos dependentes ou incapazes em unidades de cuidados continuados do Brasil.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Analisar comparativamente os programas de cuidados continuados dos governos brasileiro e português.
2. Conhecer o impacto da RNCCI nos idosos e nos seus principais cuidadores.
3. Conhecer o impacto do programa Melhor em Casa nos idosos e nos seus principais cuidadores.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Desde a antiguidade as classes dominantes têm utilizado ferramentas para contar as populações. Já no Egito antigo os faraós estimavam o seu potencial demográfico para fins militares. Na Grécia escravagista, por sua vez, encontram-se os primeiros documentos escritos com uma reflexão coerente e sistemática sobre a problemática populacional; além disso, na China do século XI a.C. já existia uma complexa máquina administrativa para controle tributário baseada em contagens periódicas da população e classificação da ocupação profissional. Finalmente, com o Império Romano surge o censo periódico para saber, entre outras questões, o potencial militar, tributário e reprodutivo da população em todo seu território.

Com o fim do Império Romano há registros de censos esparsos, irregulares, durante a Idade Média, incluindo o *Domesday Book*, de Guilherme I da Inglaterra, em 1086, e mesmo o importante *Bills of Mortality*, iniciado após um surto da peste negra, em 1592 – com registros até a sua suspensão, que ocorreu em 1836. A partir deste relatório, coincidindo com o início do mercantilismo, a contagem populacional volta a ter importância econômica, devido ao entendimento de que uma população numerosa permitiria um maior poder militar.

Impulsionada por esse ideal, a Comissão Real Estatística Sueca consegue alcançar um aperfeiçoamento metodológico importante, com recenseamentos periódicos, criação de organismos oficiais para este fim e, ainda, a publicação de dados estatísticos apurados a partir de 1749. Este modelo foi, mais tarde, generalizado para os outros países europeus. A Revolução Francesa também auxiliou no avanço do registro demográfico, ao retirar das mãos da Igreja a competência sobre o registro civil e, com isso, ampliar a sua abrangência a toda a população, independente do credo, iniciando um processo de progressiva laicização que culminou com a obrigatoriedade do registro civil.

#### **3.1 A Teoria da Transição Demográfica**

A partir do denominado período censitário, a humanidade passa a se debruçar sobre as questões populacionais de forma mais fidedigna e consegue superar a clássica leitura malthusiana do crescimento demográfico. O registro e publicação das Estatísticas

Demográficas permite que, no século XX, pesquisadores como Warren Thompson e Notestein (1945) identifiquem dinâmicas de crescimento populacionais relacionadas às taxas de natalidade e mortalidade, caracterizadas na Teoria da Transição Demográfica (TTD). Baseado principalmente nos dados suecos, Thompson percebe que os avanços socioeconômicos permitiram, à medida que se consolidavam, um declínio das taxas de mortalidade e natalidade em quatro fases distintas. Além desses autores, também atribui-se a paternidade da TTD a Davis, Blacker, Cowgill, Coale e Hoover e Landry. Portanto, não é possível definir um único autor como maior responsável pela TTD, mas sim um corpo teórico que permitiu chegar à compreensão mais atual e consensual deste fenômeno das ciências humanas (15). Para este trabalho, buscou-se utilizar as interpretações de Thompson e Notestein, uma vez que são considerados referências iniciais e fundamentais por diversos teóricos (16).

É provável que a primeira vez que o crescimento populacional tenha se colocado como ponto central das limitações e oportunidades do progresso da humanidade tenha se dado na polêmica entre Malthus e Condorcet (17). Um dos frutos desse debate foi a extensa crítica recebida por Malthus, devido ao seu determinismo abstrato, feitas principalmente por Karl Marx e David Ricardo (18). Também já à época, Marx e, da mesma forma, Adam Smith, reconheciam que as famílias pobres tendiam a ter um índice maior de procriação associados a casamentos precoces.

Segundo a TTD, inicialmente havia um período de crescimento estacionário, com saldos muito mitigados, devido a altas taxas de natalidade associadas à elevada mortalidade. Esta primeira fase foi superada pela ruptura dos ciclos de pandemias e carência nutricional.

Em grande parte impulsionados pela revolução agrícola e pela industrialização da sociedade, os avanços socioeconômicos deram lugar a uma nova fase de crescimento demográfico na Europa. O primeiro estágio da queda de mortalidade foi caracterizado pela redução das doenças infecciosas e contagiosas que, através da água, tinham seu principal meio de difusão. A vacina contra a varíola no final do século XVIII, a renovação das normas de higiene urbana e medidas de saúde pública no final do século XIX também tiveram grande contribuição, assim como a higiene pessoal (3).

O acesso facilitado aos alimentos e o saneamento público levaram à maior expectativa de vida, conseqüente às menores taxas de mortalidade, e desencadearam uma explosão populacional. Para ser entendido como tal, esta e a terceira etapa da TTD devem ser acompanhadas de modificação substantiva das condições sociais (15).

Notestein insiste que, além disso, a resposta demográfica aos estímulos da indústria e do viver urbano é um paradigma dos países do noroeste europeu, pois, deve reconhecer-se, o processo de industrialização e conseqüente modernização das estruturas sociais e econômicas não ocorreu simultaneamente na geografia europeia. Secombe, por outro lado, defende que o aumento da natalidade teve maior influência do que a diminuição da taxa de mortalidade, no final do século XVIII (15). Thompson também percebeu a influência do aumento da natalidade, mas já no Japão pós Segunda Guerra. Inclusive, acreditava que seria impossível reverter o quadro de explosão populacional deste país; o que mais tarde foi alcançado pelos japoneses através da disponibilização de medidas de controle de natalidade, como o aborto e a anticoncepção (19).

Na terceira fase, o acesso a medidas contraceptivas de elevada eficácia, melhores salários, a urbanização e o incremento ainda maior na educação feminina, levaram ao declínio da Taxa de Fecundidade Total (TFT). Adicionalmente, o economista Kenneth Boulding havia sublinhado a inadequação do efeito mecânico defendido por Malthus entre a população e recursos:

Se a subida do rendimento per capita induz uma redução da fecundidade, o progresso torna-se possível. O excedente não é inteiramente absorvido pelo crescimento da população; uma parte é afeta à subida do nível de vida [in (20)].

Somado a isso, as mudanças de valores associadas à facilidade e eficácia do planejamento familiar foram fatores fundamentais para reduzir progressivamente o crescimento populacional até uma nova fase de estagnação, característico da quarta etapa da TTD.

O atual momento das fases de transição demográfica, pelas quais passam os países europeus e demais economias dominantes, como os Estados Unidos da América (EUA) e o Japão, é caracterizado por uma nova estabilização das taxas de mortalidade e natalidade, porém agora em níveis baixos<sup>1</sup>. Em alguns deles o nível da fecundidade chega a ser tão baixo que acaba ficando aquém da taxa de substituição e gerações, o que ocorria já em 1965 no Japão, na Hungria e na Letônia. Até 1995 tal declínio foi notado em mais 37 países de todo o mundo, incluindo países fora do continente europeu como os EUA, Canadá, Nova Zelândia e Austrália. Este fenômeno mundial, mais frequente em países industrializados, é chamado por alguns teóricos de Segunda Transição

---

<sup>1</sup> Embora numa fase inicial a Teoria da Transição Demográfica fosse pensada para explicar os movimentos demográficos no contexto europeu, progressivamente, os processos explicativos do modelo foram sendo adaptados a diferentes realidades socioeconômicas extra europeias (15).

Demográfica (STD) (21). Trabalhos mais recentes vêm estudando a possibilidade de uma segunda transição também em países menos industrializados, como Cuba (22). Nestes países, nem todas características apontadas por Van de Kaa e Lesthaeghe estariam presentes.

Os estudos sobre a STD iniciaram por volta de 1986, quando Van de Kaa e Lesthaeghe foram inspirados pelos estudos de Philippe Ariés sobre dois períodos de declínio da fecundidade: do final do século XIX até 1930 e o pós-1960. Na França do final do século XIX, os primeiros estudiosos do tema explicavam a queda da fecundidade por desejos de ascensão social. Um pouco mais tarde, no início do século XX, passaram a atribuí-la a fatores morais, até a Segunda Guerra Mundial, quando os estadunidenses liderados por Notestein tomaram a dianteira das pesquisas e apontaram os fatores econômicos como os principais determinantes (21).

Apesar da queda da taxa de fecundidade ser esperada, não se acreditava que poderia cair de modo continuado e persistente a níveis abaixo do limiar de substituição de gerações. Este segundo declínio da fecundidade é determinado por diferentes fatores. O grande investimento financeiro e sentimental nas crianças é substituído pela ideologia pós-moderna de ser mais uma dentre várias coisas que atuam na formação do indivíduo adulto, no seu desejo de autonomia e de afirmação de projeto individual. Os avanços em tecnologias de contracepção teriam, portanto, apenas um papel secundário nesse declínio. O fundamental está na mudança na mente das pessoas e nos consequentes objetivos traçados pelos sujeitos.

Transformações ideológicas estas que estão presentes mesmo nos países fracamente industrializados que, de algum modo, se aproximam da STD, como Cuba. Não só os níveis de fecundidade abaixo da reposição populacional estão presentes, como alterações na concepção familiar e no papel da criança para os indivíduos (22). De Armas afirma que as motivações para as novas formas de nupcialidade não estão relacionadas ao pós-modernismo demográfico, porém a característica principal apontada por Van de Kaa – que a fecundidade só aumentará quando os casais sentirem que é do seu interesse e que criar mais crianças tornará as suas vidas mais enriquecedoras – é prevalente no estudo cubano.

Todavia, a realidade cubana não está inserida no pós-modernismo demográfico, caracterizado pelas sociedades industrializadas com níveis de segurança econômica sem igual, altos padrões de vida e a oportunidade para eleger quem governa num âmbito democrático. Porém, uma das ideologias por trás do declínio da fecundidade está

presente: o modelo de família burguesa, sobrejacente à primeira transição, dá lugar ao modelo individualista de família, onde releva o projeto individual de cada sujeito. Essa mudança afetou não só a formação, como também a transformação da família, originando, quiçá, múltiplos conceitos de famílias. Enquanto a primeira transição era caracterizada pelo fortalecimento da família nuclear, a segunda foi caracterizada pelo seu enfraquecimento. As relações entre homens e mulheres cada vez mais apontam para um meio de crescimento emocional recíproco dentro do qual um filho pode, ou não, contribuir (21) (22). Assim, as mulheres acabam por ter menos filhos e o primeiro filho nasce progressivamente mais tarde.

A maior aceitação e facilidade do divórcio aumenta a possibilidade de descartar um segundo ou terceiro filho em virtude da separação. Uma realidade perceptível mesmo em países com predomínio de católicos romanos (21).

Chesnais demonstrou que entre 1846 e 1932 cerca de 50 milhões de europeus migraram para a América e Oceania para aliviar sua explosão populacional que ocorrera mais cedo (21). Na STD, por sua vez, é esperado que esses mesmos países europeus, antes de emigração, tornem-se de imigração, o que servirá de válvula de escape aos países de economia dominada, com a primeira transição tardia e, ao mesmo tempo, será uma tendência compensatória das taxas de crescimento natural negativas através do terceiro fator demográfico (a migração).

Associado ao estudo da STD, especialistas do campo da mortalidade acreditam que em 1970 uma terceira fase da queda da mortalidade começou, caracterizada pela ênfase que o indivíduo coloca em esforços para prevenir a morte precoce. Esforços esses que têm mostrado sucesso e para os quais os governos não tem estado preparados, mesmo nas nações mais industrializadas.

E isso vem ocorrendo em ritmo cada vez mais rápido nos países tardios. Enquanto a primeira transição demográfica cubana foi completada por volta de 1980, esta situação é ainda muito recente para o Brasil, onde a taxa de fecundidade total abaixo do nível de reposição foi alcançada somente em 2006 (23). Portanto, é preciso que o país se prepare, através de políticas públicas de estímulo ao desenvolvimento socioeconômico, para não se deparar com mudanças catastróficas.

Comparativamente, entende-se que a TTD clássica, ou primeira transição demográfica, é constituída por **quatro fases: duas delas transicionais** entre o período estacionário de alta mortalidade com alta natalidade e o outro período estacionário de mortalidade e natalidade baixas; sendo que a **segunda fase da teoria** pode também ser

chamada de **primeira fase da transição** e assim sucessivamente. Enquanto que a STD, por outro lado, é mais prospectiva que a TTD: **não é constituída por fases** e caracteriza-se por **baixas taxas de fecundidade** associadas a **mudanças ideológicas** no padrão familiar.

Segundo Chesnais (1986), as **fases da TTD clássica** poderiam se apresentar em **três diferentes perfis**. Esses diferentes perfis de crescimento populacional seriam: a) países desenvolvidos europeus; b) grandes países de migração, como EUA, Canadá, Austrália e Nova Zelândia; e c) países pouco desenvolvidos. Estes diferentes perfis deram origem a transições longas ou curtas. Ainda segundo ele, a TTD desconsidera dois aspectos de fundamental influência na demografia: as migrações externas e a nupcialidade. Esta, por sua vez, em grande parte influenciada pela revolução industrial, com o abandono do controle comunitário e a liberdade do jovem que é capaz de manter a subsistência com seu salário. A família torna-se nuclear, vivendo de forma autônoma sem a rede de acesso e socialização do campo. Segundo Shorter, esta foi uma marca da industrialização capitalista (15).

Russel também entende que os modelos familiares influenciaram a evolução demográfica, assim como o aumento do divórcio proveniente destas diferentes concepções. Mais do que o envolvimento das mulheres com o trabalho industrial, a liberdade matrimonial desempenhou papel fundamental. Dessa forma, foi conquistada progressiva liberdade desde o **casamento instituição**, formal, onde a união era consumada pela família; passando pelo tipo **aliança**, que já começava a levar em consideração o amor entre o casal para a consolidação da união, mas não o considerava para o seu fim; pela  **fusão**, onde o amor era fundamental para manter a união; até, finalmente, a **associação**, onde a união é informal. Esses modelos produzem grande impacto na demografia. Shorter designa esse processo de libertação como **segunda revolução sexual** (15).

Essa alteração morfológica da estrutura familiar acaba por ter relação com a educação e os níveis de aspiração dos jovens que, com o objetivo de completar seus estudos, optam por ter filhos mais tarde. Isto, somado ao aumento dos divórcios nas uniões informais, leva ao aumento de famílias constituídas por um único filho, ou ainda monoparentais e recompostas, com a diminuição do peso da família conjugal sobre os filhos. Esses processos de modificação da estrutura familiar característica da TTD estão de pleno acordo com a STD.

Mais que isso, estas mudanças estruturais corroboram com uma tendência para o crescimento mundial zero que havia sido inicialmente prevista para 2075, em 2010 (4). Porém, em 2012 foi realizada uma nova revisão publicada em 2013 que prorrogou a expectativa de crescimento zero para além de 2100, com taxas de crescimento mundiais ainda tendendo ao zero, como demonstra a **Figura 1 (5)**<sup>2</sup>.

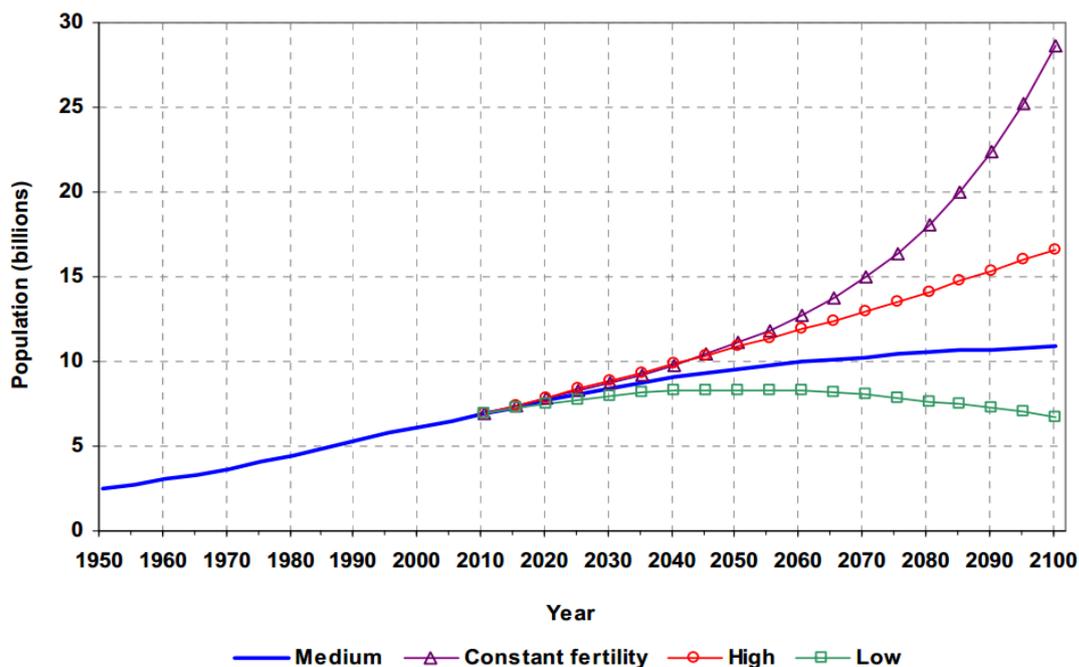
Ainda assim, a tendência ao crescimento zero é uma constatação recente, não consensual até a primeira década do século XXI, e por isso mesmo deixou muitos demógrafos surpresos. Os grandes responsáveis por esse fenômeno foram os países de economia dominada, entre eles o Brasil (1).

Ao analisar a TTD internacionalmente, percebe-se que a África estará em 2050 ainda distante dos padrões da transição demográfica dos demais continentes, principalmente com relação à TFT, como ilustra a Erro! Fonte de referência não encontrada.. A Europa se destaca como o continente que primeiro iniciou o processo de transição demográfica, no seu conjunto, enquanto que a Oceania tem um comportamento semelhante ao da América do Norte, porém, ligeiramente mais tardio. A América Latina e a Ásia se situam, de forma semelhante, entre os dois extremos do processo da TTD.

Figura 1 População mundial, 1950-2100, de acordo com diferentes projeções e variáveis

---

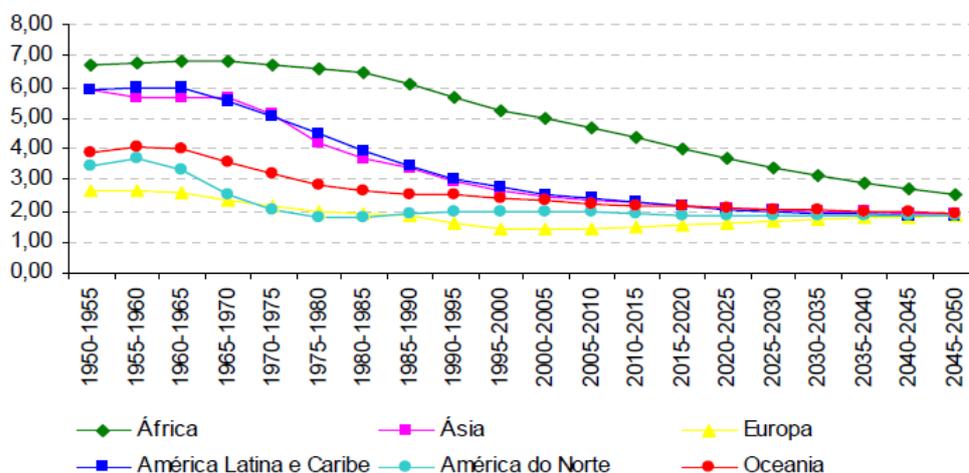
<sup>2</sup> A reconsideração do crescimento zero em 2010 se deu por quatro fatores principais: aumento inesperado de 5 a 15% da taxa de fecundidade em países de economia dominada, principalmente da África subsaariana; pequenas modificações na taxa de fecundidade de países populosos; expectativa de vida ligeiramente maior em vários países e; pequenas mudanças na metodologia de projeção (5).



Source: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision*. New York: United Nations.

Apesar de conter desde o início críticas à generalização do modelo europeu de transição demográfica, a TTD é compreendida cada vez mais, no meio científico, como um fenômeno mundial. A visão da transição demográfica como um processo característico de países europeus e de economia dominante começou a cair a partir das décadas de 50 e 60, quando a TFT nos países de economia dominada começou a reduzir drasticamente (2). Alguns dos seus defensores projetavam que a transição demográfica no mundo, que começou no século XVIII (1750 e seguintes) na Europa, deveria estar concluída em 2100 no mundo todo (3). Com a nova revisão da ONU essa projeção deve reavaliada. De qualquer forma, é preciso perceber suas particularidades.

Figura 2 Taxa de fecundidade total da população mundial de acordo com os continentes

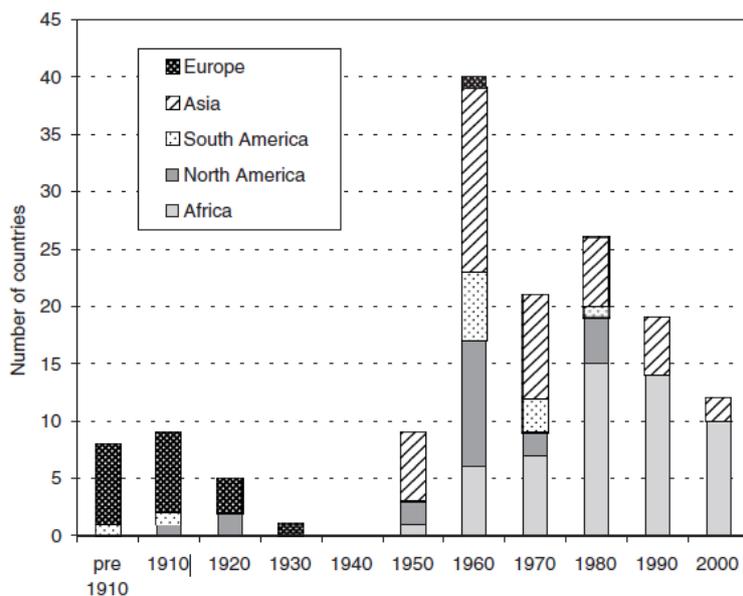


Fonte: ONU, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2004 Revision.

Enquanto no norte europeu a mortalidade começou a cair por volta de 1800, nos países de economia dominada essa queda se deu no início do século XX e se intensificou após a II Guerra Mundial. Os países de economia dominante seguidos pelos de economia dominada, como o Brasil, mais tarde, potencializaram a queda na taxa de mortalidade nas últimas décadas ao reduzir o impacto das doenças crônicas e degenerativas, principalmente doenças cardiovasculares e câncer.

A queda da fertilidade é outro fenômeno que, associado à queda da mortalidade, vem demonstrar o caráter internacional da TTD. A transição da fecundidade começou entre 1890 e 1920 na maioria dos países europeus, como ilustra a Erro! Fonte de referência não encontrada., com uma queda de 40% entre 1870 e 1930 (3). Nessa fase, a prática do coito interrompido representou a principal medida contraceptiva, juntamente com a abstinência sexual, o que pode explicar o mais drástico decréscimo da TFT nas transições tardias entre países de economia dominada, a partir da década de 60, ilustrado na Erro! Fonte de referência não encontrada.. Os países de economia dominada com os piores níveis de desenvolvimento não sofrem a queda abrupta da fecundidade por ter menor acesso ao progresso médico associado a piores condições socioeconômicas.

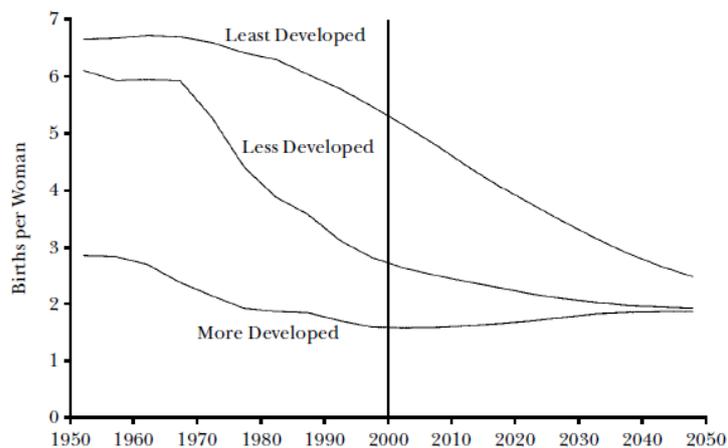
Figura 3 Data de início da transição de fecundidade, por país e continente



Fonte: (2)

Outra referência que auxilia a compreensão do caráter mundial da TTD e de como ocorreu a transição da fecundidade nos diferentes países é a classificação de Reher (2). Ele divide os países de acordo com o **ano de início da TFD em quatro categorias: pioneiros** (*forerunners*), quando a fertilidade começou a cair antes de 1935; **seguidores** (*followers*), quando começou entre 1950 e 1964; **a reboque** (*trailers*), quando começou entre 1965 e 1979; e **retardatários** (*latecomers*), para aqueles nos quais a queda da fertilidade começou somente após 1980. Os gráficos da **Figura 5** facilitam a apreciação dos diferentes processos de transição.

Figura 4 Taxa de fertilidade total do passado e projetada por grupos de desenvolvimento econômico

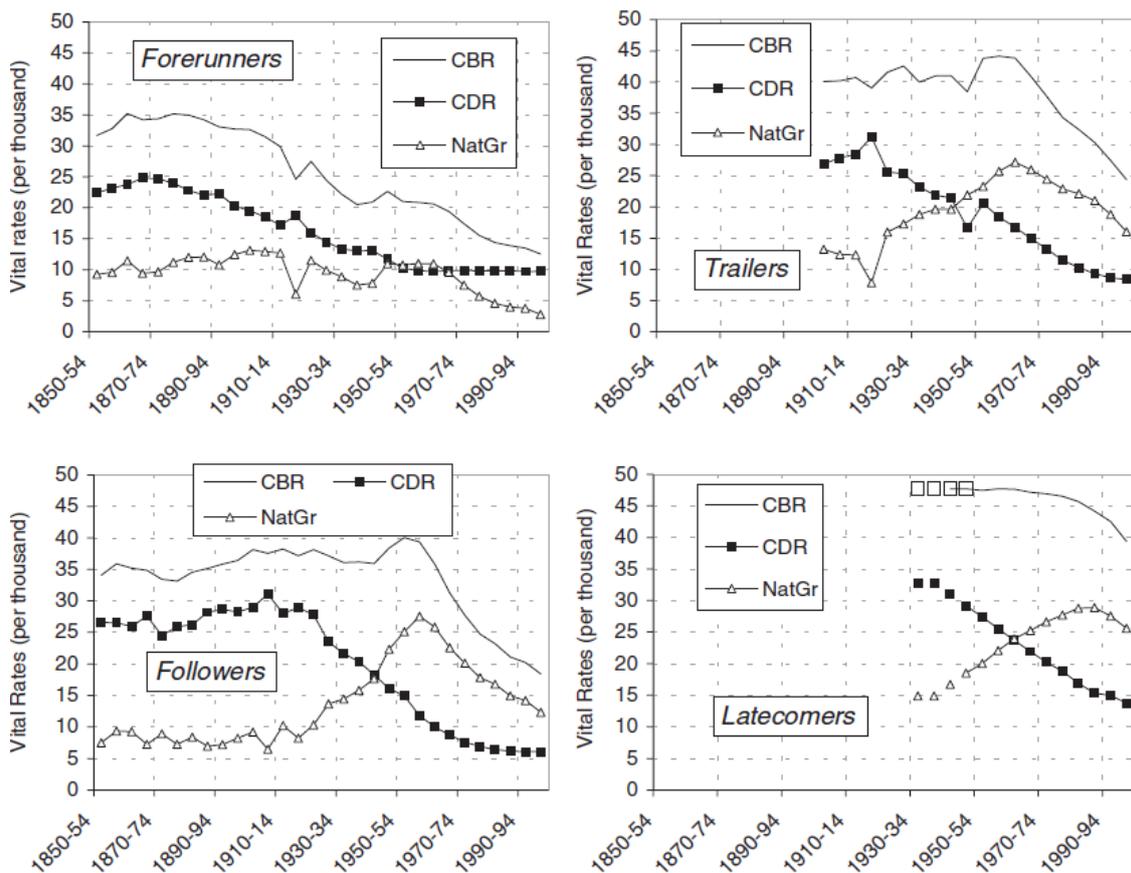


Fonte: (3)

Uma das características dos países que vieram a reboque, é a escassez de dados, especialmente anteriores a 1950, o que dificulta a análise da TTD. Outra característica, compartilhada com os retardatários, é o espaço temporal entre a queda da mortalidade e

da fecundidade, que chega a ser o triplo dos países pioneiros e é ainda maior entre os retardatários. Este maior intervalo tem por consequência uma maior explosão demográfica, que dura mais tempo e, portanto, gera maiores desafios a serem enfrentados. Enquanto o pequeno intervalo entre a queda da mortalidade e da fertilidade, nos pioneiros, proporcionou um pequeno aumento demográfico com maior capacidade de lidar com o envelhecimento populacional, os países de transição recente vivenciaram uma explosão populacional por um grande período, de forma abrupta, o que levou a uma população inicialmente muito jovem, num primeiro momento, mas que mais tarde precipitou um envelhecimento muito rápido com uma queda também abrupta no suprimento da força de trabalho. A janela de oportunidades necessária para que a transição demográfica possa contribuir com a modernização socioeconômica torna-se muito pequena nesses países retardatários, frente ao grande intervalo de desenvolvimento social a ser superado.

Figura 5 Perfis de transição demográfica



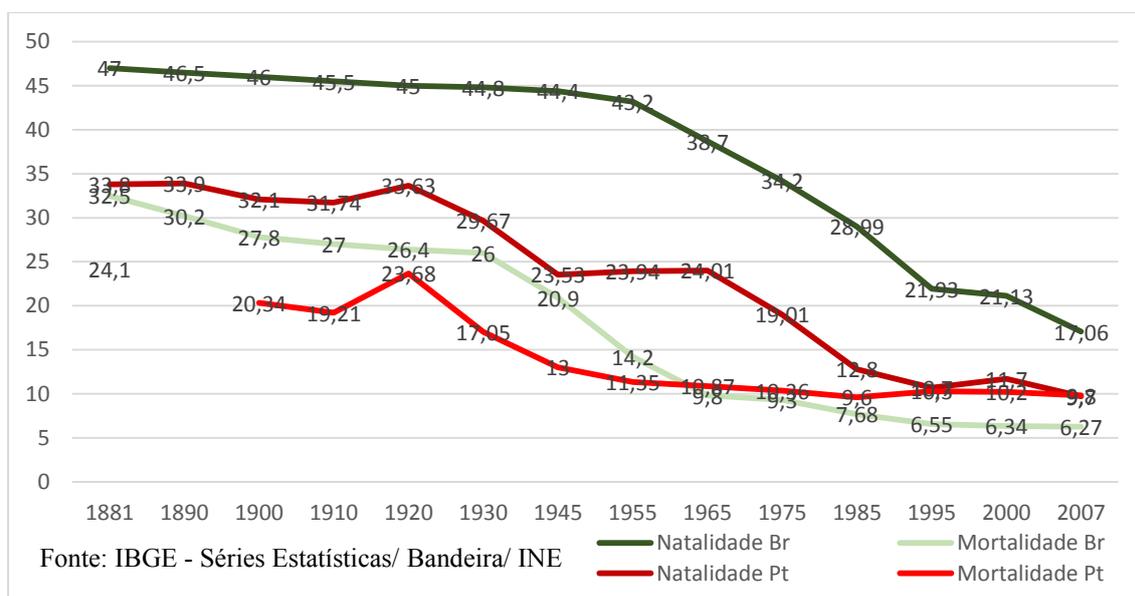
Fonte: (2)

### 3.1.1 A Teoria da Transição Demográfica no Brasil e em Portugal

Tanto Brasil como Portugal foram países cuja transição demográfica se deu de forma tardia e curta, quando comparados aos países do norte europeu. Todavia, no Brasil esse processo iniciou-se ainda mais tarde e foi mais curto.

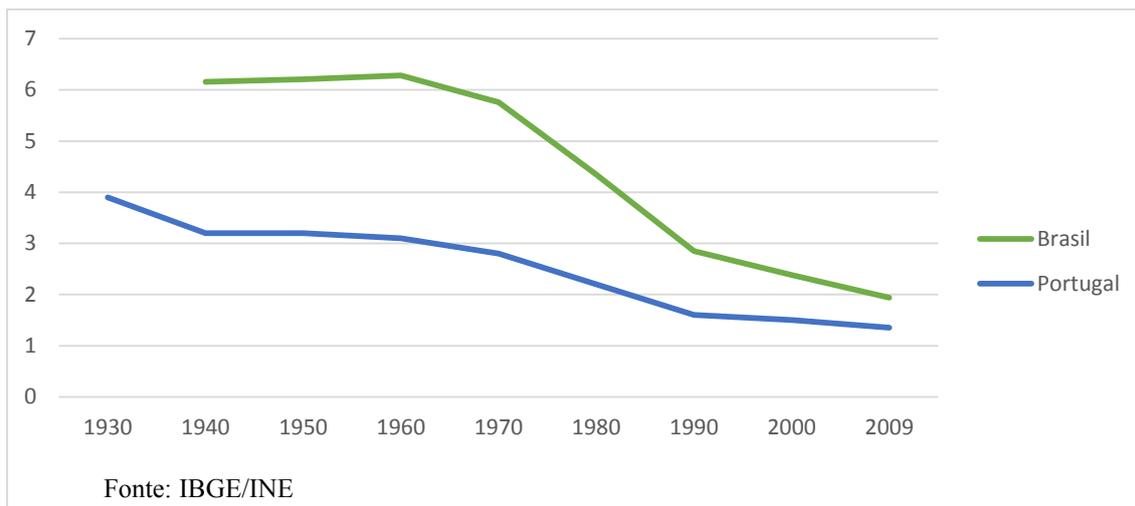
De acordo com Ferrão (24), o processo de modernização demográfica portuguesa se iniciou no final do século XIX, quando a mortalidade começou a apresentar uma queda e se estendeu até o final da década de 1950, quando a queda da TFT deu início à segunda fase da transição demográfica. A queda das taxas de mortalidade e natalidade se estabilizaram em meados dos anos 90, consolidando o processo de modernização, caracterizado pelas ondas imigratórias. Portanto, o processo português se iniciou um pouco antes que o brasileiro, como demonstra a **Figura 6**. A taxa de fecundidade cai abaixo de 2,1 em 1983 e continua em queda até se estabilizar em torno de 1,4 em 2004, com pequenas oscilações, colocando Portugal em um risco de redução populacional dependente das imigrações (25). É também a partir da segunda fase da transição demográfica, na década de 60, que Portugal passa a se industrializar e deixa de ser um país predominantemente agrícola.

Figura 6 Taxa de Mortalidade e Natalidade por mil habitantes 1881-2007



A partir da Erro! Fonte de referência não encontrada. é possível especular que Portugal passou pelas duas fases do declínio da fecundidade caracterizados por Van de Kaa (21). Mas trata-se de uma ilusão de aparência, pois quando analisada a fundo percebe-se que o primeiro impulso à queda da taxa de fecundidade deu-se por perdas migratórias de jovens em idade reprodutiva e, portanto, sem relações com os motivos que caracterizam a STD: mudanças ideológicas do padrão familiar.

Figura 7 Taxa de fecundidade total Brasil e Portugal 1930-2000



A migração portuguesa no século XX foi majoritariamente constituída por emigrantes com ciclos de permanência tendencialmente longos até 1985, com dois picos, no início do século XX e nas décadas de 1960 e 1970, sendo que mais da metade da emigração ocorreu entre 1950 e 1988. Até 1950 deu-se o ciclo migratório predominantemente transatlântico e, a partir daí, intra-europeu (26). Nos dois ciclos houve predomínio do homem em idade ativa e ambos contaram com a migração clandestina, o que pode ser considerado um obstáculo para a análise dos dados e, assim, subestimar os números reais. Alguns autores tentam sanar esse obstáculo ao analisar o retorno, a reemigração e as mudanças nas leis para registro de nascimentos; além de outros sub-registros e sobregistros censitários que também poderiam ser considerados, mas com menor destaque. O movimento de retorno e reemigração estariam mais presentes no final do século XIX e início do século XX, enquanto que a emigração clandestina se daria com mais intensidade a partir da década de 1940 (27).

Apesar destas partidas serem vistas à época como uma fase do ciclo de vida, temporárias; as emigrações portuguesas representaram, para alguns autores, uma grande perda de contingentes populacionais. Ao mesmo tempo, geralmente se tratava de emigrantes com pouca ou nula qualificação profissional ou técnica, o que levou alguns autores a defender que não trouxe prejuízo ao crescimento econômico português (26).

Já no contexto da migrações inter-regionais, a oposição entre o norte laico e o sul religioso na primeira fase da transição demográfica (ou segunda fase da TTD); entre o interior rural emigratório e o litoral urbanizado com imigrantes na segunda fase; e, finalmente, entre os polos urbanos regionais de Lisboa e Porto na modernização consolidada, desempenharam papel importante na transição demográfica (28). Durante o século XX a dinâmica de crescimento portuguesa foi restringida pelos movimentos

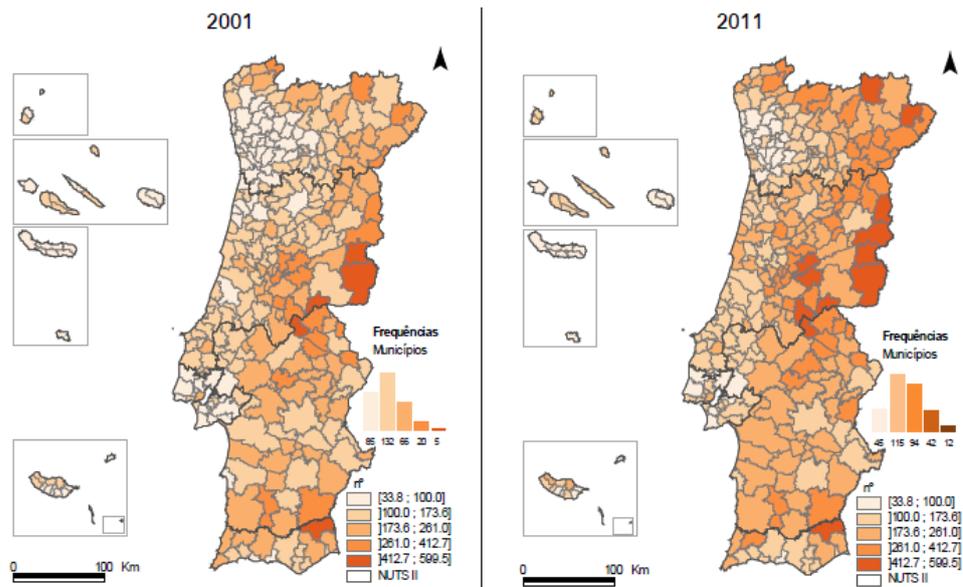
migratórios: a) emigratórios, que foram mais influentes; b) migrações internas, no que diz respeito às desigualdades do território português; e c) imigratório inédito da década de 90.

Essas emigrações do início do século se davam majoritariamente no norte e interior de Portugal, de Bragança até Braga, estendendo-se um pouco por todo o território, sendo que os anos de 50 e 60 sofreram um saldo negativo migratório que foi invertido pouco tempo após o 25 de Abril, mercê de circunstâncias jurídico-políticas associadas à revolução. Na segunda metade do século a região litorânea do sul continua a crescer, o norte litorâneo recupera o crescimento perdido pelas migrações e o interior, por sua vez, segue a diminuir seu contingente populacional, tanto no norte como no sul, com exceção do Algarve. E mesmo nesta região, onde havia crescimento, beneficiando da atração de estrangeiros para o seu litoral, contrastava com a dinâmica instalada no seu interior agrícola e montanhoso onde perdia contingentes populacionais.

Além disso, os jovens costumavam sair do interior em direção aos polos regionais do Porto, Lisboa ou ainda outras metrópoles europeias, deixando o interior com grande proporção de idosos e acelerando o abandono do campo. Situação que é evidenciada na Erro! Fonte de referência não encontrada.. Atualmente, mais da metade da população portuguesa está localizada nas regiões metropolitanas de Porto e Lisboa.

Para analisar o saldo natural negativo na dinâmica demográfica portuguesa, inaugurado no século XXI, foi proposto uma divisão da primeira década em 3 fases (29). A primeira se situa entre 2001 e 2003, com saldos naturais fracos e saldos migratórios positivos fortes, tendencialmente decrescentes; a segunda fase ocorreu entre 2004 e 2006, com queda da taxa média anual de crescimento para a metade em comparação com a anterior, sendo que em 2005 se observa o saldo natural positivo mais fraco da década; e a terceira fase, de 2007 a 2009, que apresenta um saldo natural negativo de 5.651 indivíduos paralelo ao saldo migratório mais baixo do período e a taxa média anual de crescimento torna-se praticamente nula (0,10%). Outro fato interessante encontrado pelas autoras é que de cada 10 nascidos vivos, 4 ocorrem fora do casamento, o que denuncia um fator contributivo para a STD em Portugal. Desde 1993 que o saldo migratório é o principal componente do crescimento demográfico em Portugal.

Figura 8 Índice de envelhecimento por concelho 2001 e 2011



Fonte (30)

Da mesma forma que a Europa do século XVIII, o processo brasileiro e da América Latina de transição demográfica foi acompanhado por avanços socioeconômicos, como lembra Prata (31). Mesmo pensadores como Coale e Hoover, que defendiam o predomínio de fatores exógenos ao analisar a transição de países como México e Índia, consideravam que um certo limiar de desenvolvimento deveria ser atingido para que a fecundidade começasse a cair (17).

Porém, segundo Arriaga & Davis, isto se deu de forma tardia, somente no início do século XX, sua contribuição durou por menos tempo e estes avanços tiveram um papel menos relevante para a TTD. Já na década de 30, foram as medidas de saúde pública e as técnicas de medicina preventiva as maiores responsáveis pelo declínio nas taxas de mortalidade. Pendleton, numa interpretação inversa, concluiu que nas economias dominadas o desenvolvimento econômico passou a ser o responsável pelo declínio da mortalidade após conquistas prévias de medidas de saúde. A partir destas duas linhas interpretativas, Prata conclui que ambos mecanismos ocorrem simultaneamente e não são excludentes. O local, a sociedade e o tempo histórico são fatores que influenciam na dinâmica desse processo.

Os dados de natalidade e mortalidade brasileiros, representados na **Figura 6**, remontam ao final do século XIX. A partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (23) é possível estabelecer uma nítida queda da taxa de mortalidade que parte de 26‰ em 1930, num ritmo constante, até 1965, quando chega a 10‰ e começa a reduzir lentamente até 6,5‰ em 1995, com poucas oscilações desde então. Por sua vez, as taxas de natalidade apresentam uma queda constante desde 1955 até

1995, com uma mudança drástica, em 40 anos, de 43,2% para 21,93% quando finalmente alcança uma certa estabilidade. É ilustrativo da TTD brasileira perceber que, da mesma forma que em Portugal, a terceira etapa da transição demográfica acompanhou a superação da agropecuária pela indústria brasileira quanto à participação no Produto Interno Bruto (PIB) nacional (32).

Percebe-se que a primeira etapa da transição demográfica iniciou mais tarde no Brasil do que em Portugal, entretanto aquele chegou à segunda etapa da transição aproximadamente na mesma época. A terceira etapa brasileira, com taxas de natalidade e mortalidade estabilizadas em níveis baixos, dá-se também em meados da década de 1990 e, apesar da taxa de natalidade brasileira não consistir ainda em uma redução tão profunda e ameaçadora quanto a portuguesa, a taxa de fecundidade já caiu abaixo dos níveis de reposição. Considerando suas particularidades, a TTD brasileira pode ser compreendida como uma transição clássica (33).

Apesar de algumas semelhanças, enquanto a população portuguesa cresceu em torno de 90% no século XX, o Brasil decuplicou no mesmo período. Ao contrário de Portugal, um país inicialmente emigratório, o Brasil contou com substancial contribuição das imigrações – o que auxiliou na diminuição do impacto da explosão demográfica que ocorria nos países emigratórios da época, hoje de imigração – que correspondiam a 10% do crescimento populacional total brasileiro até meados da década de 1930, quando um sistema de cotas foi implantado para controlar a entrada de imigrantes, numa taxa máxima de 2% por país ou 77 mil pessoas por ano (32). Essa contribuição obteve seu pico no final do século XIX, através do incentivo à imigração após a abolição da escravatura, impulsionado pelo setor privado e pelo Império. Um grande afluxo de italianos (32%), portugueses (31%), espanhóis (14%) e japoneses (4%) ocorreu na última década do século XIX correspondendo a 1 milhão de novos habitantes. Os alemães e imigrantes do leste europeu viriam mais tarde, no início do século XX. No final deste século, principalmente após a crise do petróleo e intensificado na década de 80, é inaugurado um período emigratório de brasileiros em busca de melhores condições de vida.

A transição demográfica brasileira também sofreu influência das dinâmicas populacionais internas do século XX. O centralismo do império português deixou como herança um fraco mercado interno, com igualmente fraca ligação entre o Norte e Nordeste e o Centro-Sul do país (32). Somente o extremo-sul pecuário havia desenvolvido importantes rotas de comunicações até o final do século XIX. Todavia,

essa situação se modifica com a cultura do café paulista e a extração da borracha amazônica, no início do século XX. Mesmo assim, as migrações internas seguem num ritmo lento até as décadas de 60 e 70, quando se dão os deslocamentos mais importantes do Nordeste para o Sudeste e aquele deixa de ter 39% da população total, com redução para 28%. Com menor peso, políticas de interiorização da população brasileira nas décadas de 50 e 60 impulsionaram o crescimento populacional do Centro-Oeste, contando com migrações do Sul e Nordeste do país, através a transferência do Distrito Federal para Brasília; e do Norte, com a expansão da malha rodoviária para as capitais dessa região.

Oliveira, Ervatti e O'Neill (34) destacam ainda novos padrões de deslocamento populacional a partir da década de 80: inversão das correntes principais de Minas Gerais e Rio de Janeiro; redução da atração migratória de São Paulo; aumento da retenção populacional no Nordeste; novos eixos de deslocamento em direção às cidades médias do interior; aumento da importância dos deslocamentos pendulares; esgotamento da expansão da fronteira agrícola; e migração de retorno para o Paraná.

Outra característica importante foi a urbanização, que passou de 36% em 1950 para 81% em 2000. Esse crescimento contou com migrações das zonas rurais, além de crescimento natural das antigas zonas urbanas e criação de novas áreas urbanas, anteriormente rurais. Um movimento que encontrou seu pico entre 1960 e 1980 com emigrações principalmente do Nordeste, além de Minas Gerais, Espírito Santo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e imigrações nos polos industriais de Rio de Janeiro e São Paulo (34).

As diferenças entre as regiões brasileiras, que eram muito marcantes, estão se reduzindo. Em 1940 a esperança de vida no Sul era de 50,1 anos, enquanto no Nordeste era de 38,2 anos. Essa diferença de 12 anos se reduziu para 5 anos em 2007, passando a 74,71 e 69,71 anos respectivamente (35).

### **3.1.2 Questões sócio-econômico-culturais ligadas à queda da taxa de fecundidade**

A transição demográfica, mais especificamente a sua segunda fase, está associada a dois fatores principais: a) diminuição dos descendentes produzidos pelos pais, apesar do aumento geral da disponibilidade de recursos; e b) redução precoce da fecundidade das famílias ricas, geralmente de forma mais acentuada que o resto da população (36). O fato das pessoas em cada vez mais sociedades estarem diminuindo

voluntariamente os níveis de reprodução representa um dos maiores desafios nos antropólogos evolucionários. Apesar de alguns cientistas sociais alegarem que a seleção natural favoreça esse esforço, ecologistas comportamentais são desafiados pela natureza dramática da queda. Conseqüentemente, várias hipóteses são formuladas para explicar o fenômeno.

A primeira hipótese dos antropólogos evolucionários sugere que esse declínio é favorecido pelo ambiente de competição no qual a descendência é criada, envolvendo altos níveis de investimento e custo familiar para o sucesso dos filhos. Ela coincide com dois achados de demógrafos: a desvalorização do trabalho infantil na indústria do algodão e a sua proibição nas fábricas; e os benefícios crescentes associados com a educação infantil para oportunidades de emprego numa sociedade de economia de mercado altamente competitiva. Também se relaciona a abandonos de crianças em épocas de crise. Além dos antropólogos, essa linha é presente entre demógrafos (2) (37).

A segunda hipótese explica que a queda é uma consequência de mecanismos hereditários, mas não genéticos, do darwinismo. Seria uma forma de distribuir traços não necessariamente relacionados à adequação genética através da imitação de hábitos. Dessa forma, quando pessoas bem sucedidas possuem poucos ou nenhum filho esse hábito é espalhado pela sociedade.

A terceira hipótese afirma que a baixa fertilidade é um desajuste, um produto de mudanças no nosso ambiente, que não tem função adaptativa. É baseada em estudos no Canadá onde os homens mais ricos têm taxas de coito maior que os pobres. Sem o fácil acesso aos contraceptivos os ricos reproduziriam o comportamento dos mais pobres. Mas há muitas críticas a essa hipótese, porque não responde às altas taxas de fertilidade em países africanos com fácil acesso a contraceptivos ou mesmo por que alguns setores da população usam métodos contraceptivos antes que outros.

Como essas hipóteses são falhas, a atenção se voltou aos mecanismos psicológicos subjacentes ao comportamento reprodutivo. Rogers, um dos pesquisadores dessa área, descobriu que em ambientes onde a riqueza é hereditária, a riqueza individual é melhor preditor do número da segunda e terceira geração do que a fecundidade. Kaplan, por sua vez, defende que a fecundidade humana é o resultado de uma decisão de distribuição entre o número e a qualidade dos seus descendentes e, portanto, uma função dos efeitos de recursos no sucesso reprodutivo. Os ricos teriam menos filhos porque o tempo e os recursos investidos nos seus filhos seriam considerados muito mais valiosos por estes do que o tempo e recursos dos mais pobres.

Quanto aos achados em sociedades pré-transicionais, estudos em comunidades africanas também apontam a eminência de uma motivação material na escolha do padrão reprodutivo.

Essas explicações não encerram o debate científico, mas indicam uma tendência ao encontro das teorias. Não há necessariamente uma teoria geral para a explicação da queda da taxa de fecundidade, mas um conjunto de motivações que influenciam a decisão familiar de diminuir o projeto da sua prole. Enfim, lançam um novo paradigma às teorias econômicas de fertilidade, que afirmam que os casais planejam quantos filhos vivos querem ter, mais do que a quantidade dos nascimentos por si; outrossim, quando os pais reconhecem o aumento do potencial de sobrevivência dos seus filhos, a TFT diminui (16). Há mais motivações por trás da queda da fecundidade do que os custos de criar uma criança relacionados ao progresso tecnológico; do que o investimento na educação de qualidade; ou ainda do que o maior rendimento da família.

Outro detalhe importante se refere à história repetida de que as famílias eram grandes antes da transição. Essa afirmação não é baseada em fatos reais, basta verificar que o crescimento demográfico era muito pequeno. Não havia, portanto, um valor cultural generalizado para ter grandes famílias, o importante era ter crianças que sobrevivessem às mortalidades esperadas. A exceção se dá nas duas a três décadas imediatamente antes da queda da fertilidade, fora da Europa. Portanto, esse contexto demonstra que a queda da fertilidade foi a maneira encontrada pelas famílias para manter o seu número, não para diminuir-lo (2). Reher também aponta que as únicas características em comum entre os países, relativo a fatores que impulsionaram a queda da TFT, é o fato de ser precedida pela queda da mortalidade, ter se iniciado nas mulheres mais velhas que já tinham filhos sobreviventes e as mudanças nas formas de casamento.

A Europa teria uma característica cultural peculiar que já favorecia a diminuição da fecundidade mesmo em contextos pré-transicionais, pois o casamento ocorria tradicionalmente mais tarde e era mais restrito. Esse padrão de casamento europeu, incentivado por Malthus, caracterizado por ser adiado e restrito, foi único no mundo. Ele foi determinado pela crença de que o casamento só poderia acontecer se o casal fosse economicamente independente (2).

### **3.1.3 A transição urbana**

Apesar de ainda pouco utilizada no meio científico, a transição urbana é um termo que abre o debate entre a transição demográfica e a problemática urbana (16). Ela permite abordar as consequências sócio espaciais da distribuição e reprodução da população no território através da análise da inter-relação de diferentes formas espaciais: cidades, campo, regiões e urbano. As mudanças contemporâneas expressam a aceleração do espaço-tempo, mesmo globalmente, através dos meios técnicos científicos informacionais microeletrônicos (16). A família deixa de ser a instituição organizadora da sociedade e o indivíduo encontra novas formas mais fluidas de associação pessoal.

O fenômeno urbano caminha para uma totalidade que nunca é atingida, pois nenhum saber parcelar o esgota: ele é interdisciplinar. Ele depende de uma leitura total que reúne as leituras parciais de diversas áreas (16). Dessa forma, entende a migração e a urbanização como faces de um mesmo processo amplo voltado para as necessidades de produção e reprodução da economia de mercado capitalista, evidenciadas inicialmente por Ravenstein ao estudar a revolução industrial na Inglaterra.

A transição urbana é compreendida de diversas formas no campo teórico, sendo a mais prosaica a passagem de uma sociedade predominante rural para uma sociedade predominante urbana. Um fato que a nível mundial se efetivou em 2008 e deu-se em duas ondas: a primeira nos países europeus e norte-americanos e a segunda nos países periféricos (16). Também nesta transição, a segunda onda, dos países periféricos, deu-se num ritmo muito mais acelerado que nos países centrais.

Uma segunda interpretação, de Ojima, entende a primeira transição urbana como a superação da população rural pela urbana. A segunda etapa da transição ocorreria quando a tendência de crescimento urbano dá lugar a uma época de acomodação.

### **3.2 A Teoria da Transição Epidemiológica**

Ao mesmo tempo que modificações significativas do quadro sanitário possuem influência direta na causalidade da TTD, esta, por sua vez, influencia a Teoria da Transição Epidemiológica, inicialmente proposta por Omran (6). Sua teoria divide a transição epidemiológica da mortalidade em **três fases** distintas: Era da Peste e da Fome; Era de Declínio das Pandemias; e Era das Doenças Degenerativas e Provocadas pelo Homem. Na última, a mortalidade já não seria mais o fator determinante de crescimento populacional, substituída pela fecundidade.

Olshansky defende a existência de uma 4ª fase da TTE, chamada de idade das doenças degenerativas retardadas. Ela é representada por: a) rápido declínio das taxas de mortalidade, concentradas nas idades avançadas; b) o padrão etário da mortalidade por causa permanece o mesmo do terceiro estágio, mas a distribuição etária das mortes é desviada para os mais velhos; e c) os aumentos relativamente rápidos na sobrevivência são concentrados entre a população em idades avançadas (38).

A transição entre o domínio da mortalidade pelas pandemias e sua substituição pelas doenças provocadas pelo homem é acompanhada pela transição demográfica, pois leva em conta os padrões de morte e morbidade que caracterizam as populações (6). De acordo com Omran:

Conceptually, the theory of epidemiologic transition focuses on the complex change in patterns of health and disease *and* on the interactions between these patterns and their demographic, economic and sociologic determinants and consequences.

São também **três as mudanças básicas** englobadas pela TTE, do seu início à conclusão: a) substituição da prevalência de patologias transmissíveis por patologias não-transmissíveis e causas externas; b) transferência da carga de morbidade-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e c) transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante.

Omran classifica ainda **três diferentes padrões** de transição: a) **clássico ou ocidental**, característico da Inglaterra, País de Gales e Suécia; b) modelo de **transição acelerada**, representado pelo Japão; e c) o modelo **contemporâneo ou atrasado**, representado pelo Chile e Sri Lanka. A diferença poderia se dar em virtude da dinâmica social envolvida nos determinantes da TTE: a importância do componente ecobiológico dos determinantes sociais da mortalidade; padrões de vida, hábitos de saúde, higiene e nutrição; e finalmente os determinantes médicos e de saúde pública, com as medidas de saneamento, imunização e desenvolvimento de terapias decisivas. Nos modelos de transição acelerada e atrasado esses determinantes ocorrem praticamente de forma simultânea, ao contrário do modelo ocidental, que segue a ordem citada.

Também de acordo com a TTE, a maior sobrevivência na infância tenderia à depressão da fecundidade na segunda e terceira etapas desse modelo. Da mesma forma que a TTD, a TTE tenta explicar a queda da fecundidade, porém, sob o aspecto da mudança do padrão de causas de morte. Ela aponta fatores **biofisiológicos**, como a contracepção durante uma amamentação prolongada; a qual, por sua vez, levaria a um intervalo maior entre os partos e menor quantidade de filhos. O fator **socioeconômico**

também teria um grande peso, pois ao garantir a sobrevivência dos filhos em virtude de melhores condições de nutrição e saneamento diminui o desejo de ter mais filhos. Afinal, filhos a mais passariam a ser uma obrigação do casal ao invés de um bem familiar. Por fim, os fatores **psicológicos e emocionais** também viriam em conta, pois com a possibilidade de valorizar o qualitativo ao invés do quantitativo na família, sem ter a preocupação dos possíveis filhos perdidos no futuro, os casais passariam a valorizar uma família pequena com melhor cuidado, educação e proteção para todos.

Schramm et al. (39) lembra do conceito mais amplo que Lerner traz à TTE, ao considera-la como uma “transição da saúde”, que inclui conceitos e comportamentos sociais. São dois os seus elementos principais: a) transição das **condições de saúde**; e b) transição da **atenção sanitária**, conduzida por uma resposta social organizada às condições de saúde. Além destes elementos, a transição da saúde possui quatro pressupostos: a) a mortalidade é um fator fundamental nas dinâmicas populacionais, as quais não resultam unicamente de alterações na fertilidade/natalidade; b) a transição ocorre na tipologia da doença, de infecciosa para degenerativa; c) a transição provoca diferentes efeitos num mesmo país devido à existência de efeitos polarizadores; e d) a transição nos países de economia dominante seria impelida por modificações sociais, geralmente sem o apoio de progressos médicos (enquanto a Revolução Agrícola reduziu a mortalidade geral através da melhora nutricional e consequente redução das doenças infecciosas, a Revolução Industrial, por sua vez, trouxe melhores condições de vida e o declínio da incidência da tuberculose na Inglaterra).

Kalache et al. (40) chama atenção para o fato de que nos países “desenvolvidos” os fatores que levam ao envelhecimento populacional são distintos dos países “subdesenvolvidos”. Na Europa, o aumento da expectativa de vida ao nascimento já era elevado antes dos novos progressos médicos de meados do século XX. Nos países de economia dominada, com industrialização tardia, o aumento na expectativa de vida é observado a partir da década de 60, com grandes avanços médicos já estabelecidos.

Para finalizar a análise da TTE é importante levar em consideração também as **três fases de Fries**: da era das doenças infecciosas passamos para as doenças crônicas e desta para a época da senescência, quando o processo de adoecimento em si, independente de doenças específicas, resulta na maior carga de adoecimento nos EUA (41). Reconhecida a fase atual, Fries procura examinar os limites naturais do período de vida. Define alguns termos para iniciar a sua exposição. Um deles é o **potencial máximo de vida**, que significa a idade mais velha alcançada por um ser humano.

**Esperança de vida** é a duração média de vida que nós podemos esperar, dadas as atuais taxas de mortalidade específicas por idade, que um lactente nascido hoje pode alcançar. **Duração de vida**, por outro lado, representa a longevidade média numa sociedade sem doença ou acidentes. A esperança de vida pode alcançar mas não exceder a duração de vida.

A morte deve ocorrer, sem doença, quando a função de reserva caiu abaixo de 20% dos níveis basais, no qual perturbações da rotina diária não podem ser contornadas. Uma transição da morte prematura para a morte natural ocorre quando as características da resistência do hospedeiro se tornam mais importantes que a natureza específica do dano ao equilíbrio. Porém, essas mortes naturais não aparecem na estatística, o que dificulta sua análise, porque não existe essa categoria no atestado de óbito. Finalmente, a **compressão da morbidade** ocorre se a idade das primeiras manifestações de envelhecimento e dos sintomas de doença crônica pode aumentar mais rapidamente do que a esperança de vida (41).

### 3.2.1 A Teoria da Transição Epidemiológica no Brasil e em Portugal

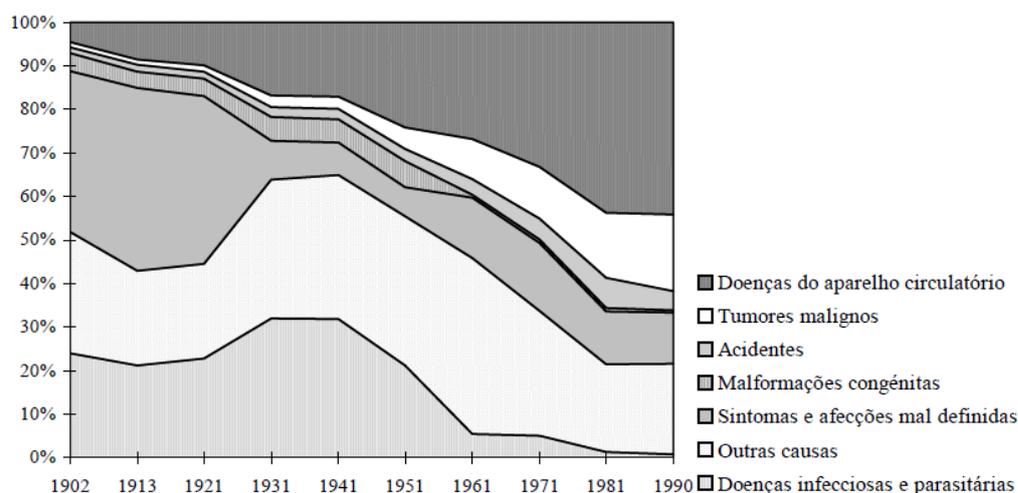
Brasil e Portugal não apresentaram o mesmo padrão de transição epidemiológica clássica dos países no noroeste europeu. Mais que isso, eles diferem entre si. Enquanto Portugal se aproxima da chamada transição acelerada, com um processo parecido ao modelo clássico, porém um pouco mais rápido, precedido por uma lenta modernização e acompanhado por uma rápida queda da taxa de mortalidade infantil, o Brasil se aproxima do modelo de transição contemporânea, onde as taxas de mortalidade reduzem-se lentamente desde a virada do século, mas só apresentaram significativa queda próximo à II Guerra Mundial. Os programas e políticas de saúde pública representaram um papel semelhante ou ainda mais importante do que as mudanças de condições de vida, enquanto determinantes da queda de mortalidade, no Brasil, ao contrário de Portugal.

A diferença mais evidente entre a transição brasileira e a portuguesa é perceptível na redução da taxa de mortalidade infantil. Enquanto a primeira ainda sustentava taxas de 16‰ em 2010 (42), a segunda já havia conquistado 2,5‰ no mesmo ano (43).

A evolução atrasada do Brasil com relação a Portugal também é perceptível através da comparação da **Figura 9** com a **Figura 10**, nas quais, apesar dos dados

brasileiros serem referentes somente às capitais estaduais, permite inferências. As mortes por doenças infecciosas que, em Portugal, já possuíam uma representação menor nas causas de morte em 1940 (30%), decaem rapidamente e, em 20 anos, chegam a níveis inferiores a 10%. No Brasil o mesmo processo se inicia mais cedo, em 1930, mas parte de patamares mais elevados (45%) e leva 50 anos para chegar próximo a 10%. As doenças crônicas (cardiovasculares e neoplasias) ultrapassam os 10% de importância em 1921, em Portugal, e já eram responsáveis por mais da metade das mortes em 1981. No Brasil, as doenças crônicas começavam a ganhar importância em 1950, mas em 2000 ainda não alcançavam 50% das causas de mortes. Na nação tupiniquim as causas externas possuem um papel muito importante entre as causas de morte, próximo a 15% em 2000, enquanto as doenças cardiovasculares ultrapassam a importância das infecciosas somente na década de 60. Em Portugal este fenômeno ocorreu já na década de 50.

Figura 9 Proporção das principais causas de morte em Portugal 1902-1990

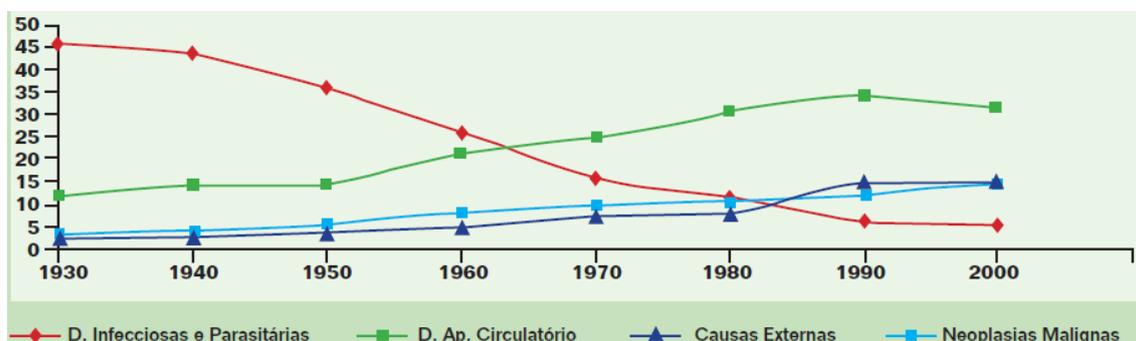


Fonte: (44)

A **Figura 11** permite uma comparação da situação da transição epidemiológica atual de Portugal e do Brasil (45,46). O gráfico de 2010 já demonstra mais semelhanças entre os dois países, quanto às mortes por doenças crônicas de caráter cardiovascular e respiratório, porém as mortes por neoplasias apresentam maior destaque em Portugal. As doenças infecciosas e parasitárias ainda têm um significado importante no Brasil e, se somadas às afecções do período perinatal, esses indicadores, que também representam o desenvolvimento socioeconômico, chegam quase ao quádruplo de Portugal. Esta diferença evidencia a dificuldade do Brasil em se aproximar dos níveis europeus de mortalidade infantil e contribui para os menores níveis de esperança média de vida do brasileiro. Enquanto Portugal possuía uma esperança média de vida ao nascer

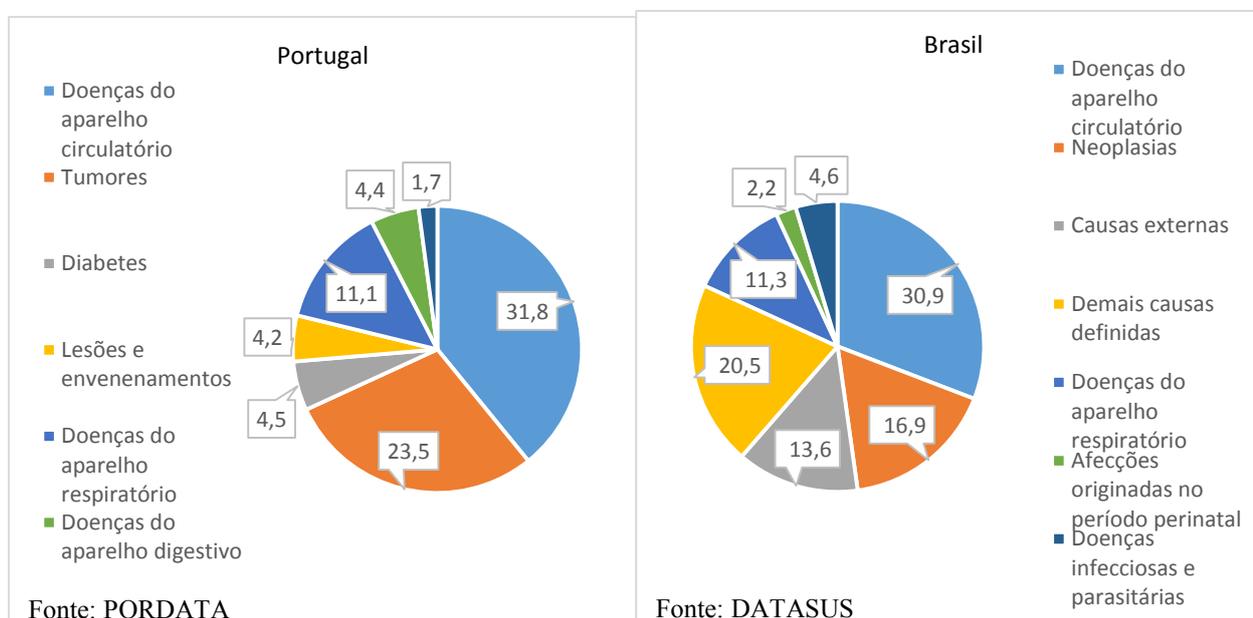
de 79,55 anos em 2010, o brasileiro chegava em média os 73,48 anos no mesmo período (47,48).

Figura 10 Percentual das principais causas de morte nas capitais brasileiras 1930-1980



Fonte: (38)

Figura 11 Óbitos por causas de morte Portugal e Brasil 2010



O estudo de Schramm et al. (39) encontrou que mais de um terço de toda morbidade calculada para o Brasil tem as doenças neuropsiquiátricas como responsáveis. Estas também foram responsáveis, segundo esse estudo, pelo maior indicador de anos de vida perdidos por morte prematura ou por incapacidade (DALY), seguido pelas doenças cardiovasculares. Porém, ao mesmo tempo em que apresenta como principais causas de DALY a Diabete Mellitus (DM), o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (14,7% juntos), típico de países com economias dominantes, mantém índices que refletem condições socioeconômicas precárias e atendimento à saúde insuficiente, como asfixia e traumatismo ao nascer, responsável por 3,8% das causas de DALY.

Quando se agrupam as doenças relacionadas ao atendimento precário, pobreza e acesso, a situação dos serviços de saúde torna-se ainda mais evidente, sendo responsável por 8,6% dos DALY, logo atrás das doenças crônicas cardiovasculares (14,7%) e mentais (10,8%). Portanto, há necessidade de aperfeiçoar o atendimento à saúde no Brasil para que este possa alcançar indicadores próximos aos europeus. A redução da taxa de mortalidade infantil exige investimentos nos serviços de saúde, além da melhoria das condições socioeconômicas.

Nesse último aspecto, é salutar trazer os dados do Censo de 2010 (49) que dizem respeito à relação entre a taxa de mortalidade infantil e o tipo de esgotamento sanitário. A **Tabela 1** ilustra essa situação, na qual as crianças que moram em casas com vala chegam a ter quase um terço a menos de chances de alcançar o primeiro ano de vida.

As particularidades da transição brasileira podem ser perceptíveis mesmo quando toma-se em comparação os seus vizinhos latino-americanos. Há uma superposição das etapas em que predominam doenças infecciosas e crônico-degenerativas com: a) uma introdução, reintrodução e recrudescimento de doenças infecciosas existentes denominada **contra-transição**; b) a morbimortalidade permanece elevada para ambos padrões, caracterizando uma **transição prolongada**; e c) há um **grande contraste** quanto à situação epidemiológica nas diferentes regiões do país (39). Ao mesmo tempo, o envelhecimento populacional rápido a partir da década de 60 proporciona uma demanda por serviços médicos e sociais outrora restrita aos países de economia dominante. Dessa forma, o Estado brasileiro precisa lidar com doenças transmissíveis e altas taxas de mortalidade infantil ao mesmo tempo que as doenças crônico-degenerativas e suas complicações.

Tabela 1 Taxa de mortalidade infantil segundo o tipo de esgotamento sanitário nos domicílios particulares permanentemente ocupados em 2010

| Esgotamento sanitário           | Mortalidade infantil(%) | População   | Distribuição relativa (%) |
|---------------------------------|-------------------------|-------------|---------------------------|
| Total                           | 16,7                    | 184.009.517 | 100                       |
| Fossa rudimentar                | 18,0                    | 49.123.610  | 26,7                      |
| Fossa séptica                   | 16,1                    | 22.236.442  | 12,1                      |
| Rede geral de esgoto ou pluvial | 14,6                    | 100.250.148 | 54,5                      |
| Rio, lago ou mar                | 18,4                    | 4.193.148   | 2,3                       |
| Vala                            | 21,0                    | 5.207.851   | 2,8                       |
| Outro                           | 23,3                    | 2.998.318   | 1,6                       |

Fonte: Censo Demográfico 2010 in Sala de Imprensa (50)

Ainda relacionado à TTE da América Latina, Frenk criou um modelo diferenciado onde além da **contra-transição** e da **transição prolongada** já apontadas por Schramm et al, indica a existência de **superposição de etapas** e uma **polarização epidemiológica**, devido à heterogeneidade nas etapas vividas pelos diferentes grupos

sociais, até com padrões pré-transicionais sobrepostos (38). A comparação com a TTE portuguesa permite perceber com mais detalhe essa característica latino-americana presente no Brasil.

Portugal compartilha algumas características com o Brasil e os demais países de industrialização atrasada. Uma delas é a compressão desses processos de transição, a qual traz maiores dificuldades para lidar com as consequências do envelhecimento populacional. Afinal, é necessário fazer uma transição também dos cuidados em saúde, inicialmente concentrados em grupos etários mais jovens. Além disso, quanto mais envelhecida a população, maior a alocação de recursos necessária para atender as especificidades deste grupo etário.

A tradicional e inadequada forma brasileira, identificada já por Kalache (40), de resolver “problema por problema”, é ainda mais prejudicial, pois se trata de doenças que não podem ser resolvidas do dia para a noite, exigem grande financiamento e continuam existindo por muito tempo. Aos fracos indicadores de saúde típicos de países com economia dominada e grandes desigualdades sociais, somam-se o aumento da incidência e prevalência das doenças crônico-degenerativas.

Portanto, para que haja a possibilidade de que a população brasileira, como um todo, possa desfrutar de uma morte remediada aos seus limites biológicos, enquanto seres humanos, é necessário readequar o acesso aos cuidados de saúde. Dessa forma seria possível tornar a curva de mortalidade aproximadamente retangular, com sua aresta direita se situando por volta dos 85 anos, como já tendem os países do norte europeu.

Os problemas médicos predominantes na atualidade, tanto no Brasil como em Portugal, são as doenças crônicas, e elas não estão bem conceituadas sobre o modelo médico de doenças com causa única e tratamento específico. A causa é multifatorial, caracterizada pelos fatores de risco. No modelo dos **múltiplos fatores de risco**, quando estes são modificados a inclinação da progressão da doença é diminuída. Conforme a inclinação diminui, a época em que se atravessa o limite sintomático é prorrogada ou prevenida e a gravidade dos sintomas pode ser diminuída. Quando a inclinação é suficientemente reduzida, diz-se que houve prevenção, já que o limite sintomático não foi ultrapassado em vida.

Para De Oliveira (51) esse processo se deu em Portugal principalmente entre 1950 e 2005. A autora demonstra ainda que a diminuição da dispersão das mortes por faixa etária nos últimos 50 anos só é fortemente perceptível quando considerada a

população menor de 10 anos. Excluindo esse grupo etário, a diminuição da dispersão é muito menos drástica, o que infere na importante redução da mortalidade nas crianças. Reflete também um modelo de mortalidade que passou de bimodal para unimodal. O qual pode ser interpretado como uma tendência à concentração da mortalidade nas idades mais avançadas: a compressão da morbidade.

Por fim, baseado na variabilidade humana, na compressão da morbidade e no reconhecimento do potencial humano inexplorado nas idades avançadas, Fries sugere direções em pesquisas e nas políticas de saúde, entre as quais está **a necessidade de desenvolver serviços de cuidados domiciliares** (41).

### **3.3 O Envelhecimento Populacional português e o futuro Envelhecimento brasileiro**

A definição de idoso ainda não é consensual. Para auxiliar nas investigações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza o padrão de 60 anos, mas esta idade parece jovem nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento com ganhos de qualidade de vida, nos quais utiliza-se o padrão de 65 anos (52). Por outro lado, em contextos socioeconomicamente muito desfavoráveis, como no continente africano, 55 anos pode ser mais adequado para se referir ao idoso.

Não só a cronologia é determinante para definir o idoso. Idosos no mesmo país com diferentes perfis socioeconômicos refletem diferentes riscos à saúde. Portanto, para entendê-la é importante levar em consideração fatores biológicos, psicológicos e socioculturais (53). Com uma finalidade didática e para auxiliar comparações entre diferentes estudos, este trabalho utilizará a definição de idoso a partir dos 65 anos de idade, sempre que possível.

Pelo menos desde 1982, quando as Nações Unidas convocaram uma Assembleia Geral (54) para discutir o problema do envelhecimento populacional, este tema deixou de ser pauta de países específicos para ser discutido numa perspectiva global. A proposta desta primeira assembleia era *"to launch an international action programme aimed at guaranteeing economic and social security to older persons, as well as opportunities to contribute to national development"*. Para alcançar objetivos mais específicos semeava valores como: entendimento sócio-econômico-cultural; humanismo; segurança econômica e social para os idosos; utilizar valores reconhecidos nacional e internacionalmente para lidar com o envelhecimento populacional e as

necessidades dos idosos; e encorajar educação, pesquisa e treinamento no **tema do envelhecimento populacional**. Entre outras metas, aliava-se aos da Declaração de Alma-Ata, portanto reconhecendo a importância da Atenção Primária à Saúde também na área do envelhecimento.

Ao mesmo tempo que insistia em não especificar ações estratégicas para cada país, reforçava em vários pontos do texto a importância de modificar leis trabalhistas sobre aposentadoria, especialmente no que diz respeito ao adiamento da idade para tal. Além disso, abordava a criação de sistemas de aposentadoria naqueles países que ainda não possuíam. Também vislumbrava-se já a migração massiva de jovens do campo para a cidade e o abandono do idosos que lá permanecessem, assim como a migração de jovens para outros países em busca de emprego. Nesses casos, o documento sugeria acordos bilaterais que facilitassem a transferência de recursos para o local dos idosos.

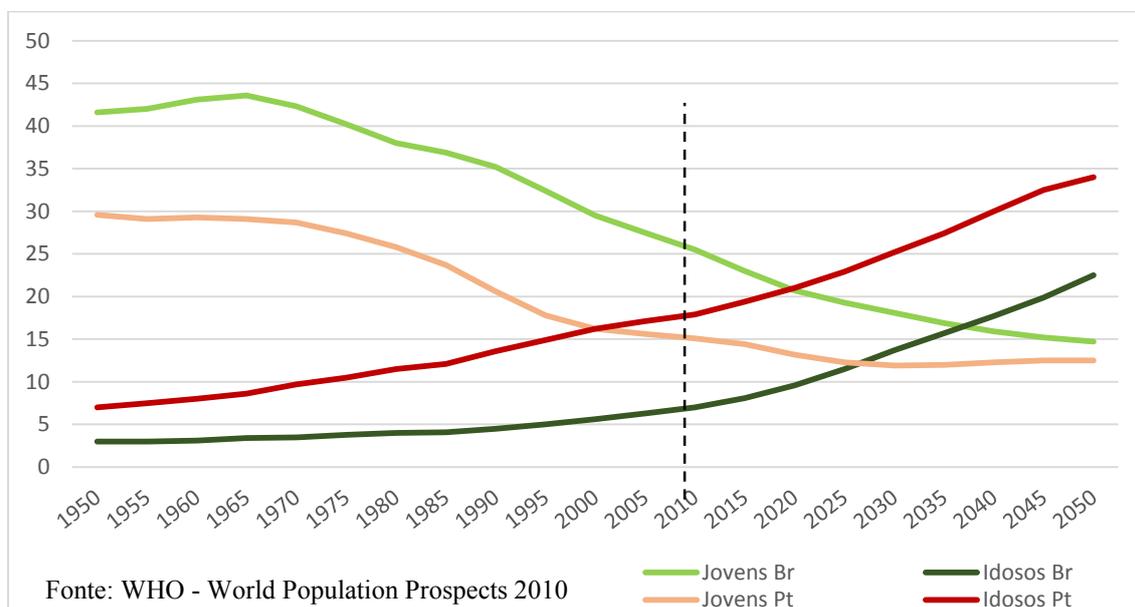
Como uma lista de esforços para evitar o problema do envelhecimento precoce nos indivíduos estavam: educação para os jovens saberem as mudanças que advém conforme envelhecem; um estilo de vida mais saudável; ajuste a condições e horas de trabalho; estimular a diversidade de empregos conforme o indivíduo envelhece com o melhor balanço entre treinamento, lazer e trabalho; e constante adaptação do homem ao trabalho e do trabalho ao homem.

Sobre a abordagem do envelhecimento populacional na atenção primária, a primeira assembleia da ONU já recomendava a incorporação de serviços de saúde e sociais pré-existentes com o auxílio de **agentes comunitários de saúde** treinados em técnicas simples de **cuidado aos idosos**. Além disso, percebia a importância da **integração com cuidados hospitalares**, quanto ao acesso facilitado para tratamento, juntamente com um programa de reabilitação para facilitar o retorno breve à comunidade. Propunha ainda uma grande variedade de serviços ambulatoriais como: centros de cuidados diários, clínicas ambulatoriais, hospitais dia, cuidados médicos e de enfermagem e serviços domésticos.

Porém, para que tais recomendações tenham impacto é necessária uma população envelhecida. Para tanto, primeiro devem nascer muitas crianças. Em segundo lugar, elas precisam sobreviver até idades avançadas. Numa etapa seguinte, o número de nascimentos deve diminuir (40). Mesmo um rápido declínio dos nascimentos, como vem ocorrendo no Brasil desde a década de 60 cada vez mais acentuadamente, não se traduz imediatamente em envelhecimento populacional. Como ilustrado na **Figura 12**, é

um processo que no Brasil tende ser alcançado por volta de 2037, segundo dados da ONU (4), e que já foi já alcançado por Portugal em 2001.

Figura 12 Projeção da relação percentual entre jovens e idosos



O envelhecimento populacional é caracterizado pelo momento em que a proporção de população idosa (com 65 anos ou mais) ultrapassa a proporção de população jovem (até 15 anos incompletos). Se essa projeção não passar por avaliação e planejamento, o impacto social e econômico será grande, como já é notável em Portugal (55), inclusive na saúde, com o aumento de consultas médicas e do consumo de medicamentos. Nota-se ainda, na **Figura 12**, que o Brasil apresentou somente em 2010 o mesmo percentual de idosos que Portugal apresentava na metade do século XX e, em menos tempo, cerca de 27 anos – quase a metade dos 50 anos de Portugal – sofrerá o envelhecimento populacional.

O estudo de Barreto, Kalache e Giatti (56) aponta uma outra realidade no contexto do envelhecimento populacional brasileiro, que é a disparidade entre mulheres e homens idosos no uso da assistência à saúde, não explicada pelo estado de saúde de cada um. Outros elementos importantes da TTD brasileira, observados por Carvalho e Garcia (57), que demonstram a maior profundidade com que ela afetará a estrutura demográfica brasileira, são: o **declínio da fecundidade brasileira**, que se deu em ritmo maior e partiu de uma taxa de fecundidade maior que a europeia; os países do norte europeu já apresentavam uma **população mais envelhecida que a brasileira**, antes do declínio da fecundidade; e o **ritmo de envelhecimento** da população brasileira será muito maior. Como demonstra a Erro! Fonte de referência não encontrada., a TFT brasileira passou de 5,8, no final da década de 60, para 1,9 em 2009. Enquanto a

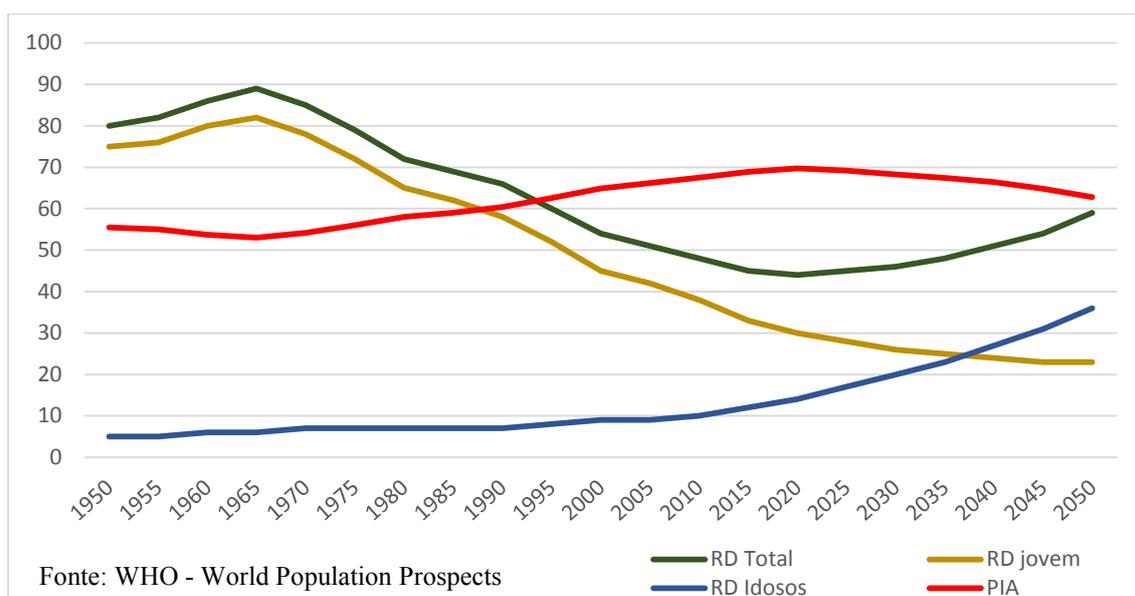
Inglaterra obteve um declínio de 58% em 100 anos, o Brasil reduziu a sua taxa de fecundidade num ritmo muito mais acelerado: 60% num período de 30 anos.

Portugal e Brasil apresentam problemas diferentes referentes a esse assunto. Enquanto o Brasil passou por uma mudança dramática, os portugueses vivenciaram uma paulatina queda da taxa de fecundidade. Entretanto, enfrentam o déficit de ter ultrapassado o risco de compressão populacional mais de 20 anos antes do Brasil. Essa situação torna-se ainda mais crítica porque se trata de uma população já envelhecida. Assim, a previsão é de aumentar ainda mais o peso sobre os jovens para sustentar aqueles que, merecidamente, encontram-se reformados. Por sua vez, no Brasil a taxa de crescimento daqueles com 60 anos ou mais pode chegar a cinco vezes o restante da população entre 2015 e 2025 (38).

Apesar de os países de economia dominante, por terem passado por uma transição há mais tempo e mais lentamente, possuírem vantagem sobre as economias dominadas, como a brasileira, de um intervalo maior para a adaptação de estratégias institucionais que compensaram efeitos das desigualdades residuais na área de acesso aos serviços de saúde, ainda há espaço para aproveitar as vantagens da TTD brasileira. Vantagens essas que se referem à Janela de Oportunidades demográfica, se houver os investimentos adequados em políticas sociais e econômicas.

A Janela de Oportunidades – ou Bônus Demográfico – pode ser definida como o período de menor carga de dependência que acompanha a última fase da transição demográfica, quando o envelhecimento populacional ainda não é significativo (33). No Brasil a queda da Relação de Dependência Total (RDT) demográfica – resultado da divisão da soma da população entre 15 e 64 anos pela soma daqueles entre 0 a 14 e acima de 65 anos – ocorreu a partir da década de 1970, quando a dependência total decorrente da queda da mortalidade infantil deixou de aumentar para dar lugar a uma queda. Isso é explicado porque em seguida à maior sobrevivência de crianças – que aumentou a RDT – veio o declínio da taxa de fecundidade, por sua vez diminuindo a RDT, como pode ser observado na **Figura 13**. Essa queda se deu inicialmente, na década de 1960, em função da queda da RD jovem – a fração da dependência que exclui os idosos – mas a partir de 2010 o peso da fração idosa na RDT é cada vez mais significativo. A RDT tem previsão de queda até a década de 2020, quando voltará a subir até chegar ao limite do Bônus Demográfico na década de 2050.

Figura 13 Projeção da razão de dependência demográfica e população em idade ativa no Brasil



Para medir a extensão temporal da Janela de Oportunidades, compara-se o percentual da População em Idade Ativa (PIA) – aquela entre 15 e 64 anos – com a RDT. Ela começa quando a PIA chega a níveis superiores à RDT e termina quando a PIA novamente é ultrapassada pela RDT. No Brasil, portanto, esse intervalo se dá entre a década de 1990 e de 2050. Outros fatores importantes para a identificação da Janela de Oportunidade são: a composição da proporção sênior da população (40 a 65 anos) em relação ao segmento júnior (15 a 40 anos), pois naquele a taxa de ocupação e produtividade é reconhecidamente maior; além do aumento da taxa de participação da força de trabalho feminina, que acompanha o processo de transição demográfica (33). Como o processo do envelhecimento populacional aumenta progressivamente o segmento sênior, percebe-se mais uma vantagem que pode ser utilizada pelo governo brasileiro para ter condições de se adaptar às consequências do futuro envelhecimento, quando acabar o período de oportunidades.

Mas levando em consideração a realidade brasileira, em que o número de pessoas desempregadas ainda é muito alto, a razão de dependência pode não ser um indicador suficiente. Numa razão de dependência menos restrita, que toma os não-ocupados como também dependentes dos ocupados, a proporção de dependentes fica muito maior: 161% em 2000, ao contrário dos 54% de acordo com a RDT. Uma outra razão de dependência, baseada na relação entre contribuintes e não-contribuintes passaria o valor para 506% (37).

Mesmo dentro das perspectivas mais favoráveis é necessário que o envelhecimento prematuro brasileiro, caracterizado pelo envelhecimento populacional

antes do adequado desenvolvimento socioeconômico, tenha a urgente instalação de mecanismos sociais para efetuar as transferências institucionais. É preciso ter medidas para minimizar o impacto social da feminização da velhice, encontrada em todo o mundo, e a violência associada, que alguns estudos mostram ser maior do que no homem (58) (59) (60) (61) (62) (63). Elas são discriminadas no acesso à educação e outros recursos sociais, o que aumenta a possibilidade de incapacidade e múltiplos problemas de saúde nas idades mais avançadas; são mais vulneráveis à pobreza e ao isolamento social; e são reconhecidas como os principais cuidadores não remunerados. Além disso, apesar da esperança de vida ser maior nas mulheres, a proporção de vida sem incapacidade é maior no homem (38).

É preciso aplicar políticas que proporcionem uma remuneração condizente, uma legislação trabalhista eficaz, uma política fiscal e uma previdência adequada. Só assim a PIA trará o crescimento econômico e social desejado. Afinal, ainda há uma grande proporção de idosos em situação de pobreza: em 2000 12% deles possuíam renda per capita inferior a meio salário mínimo no Brasil.

Outra vantagem é que a futura diminuição da população jovem consequente à queda da taxa de fertilidade pode facilitar o aumento do processo educacional dos jovens. Mesmo assim, ainda é preciso um aumento maciço de investimento em educação para alcançar níveis minimamente adequados (37).

Lee percebe o impacto econômico da TTD, que é internacional (3). Como pode ser acompanhado pela **Figura 13**, na década de 60, primeira fase da transição brasileira, quando a mortalidade cai enquanto a fertilidade permanece alta, a queda da mortalidade tem mais impacto nos mais jovens, pois torna a população mais jovem do que idosa. Na fase seguinte, com a queda da fecundidade, a taxa de dependência infantil cai simultaneamente e rapidamente chega aos níveis anteriores à transição. Há um aumento da força de trabalho que pode levar ao aumento do desemprego. Já na terceira fase, o aumento da longevidade leva a um aumento da população idosa enquanto a baixa taxa de fecundidade desacelera o crescimento da PIA. Enfim, o devido planejamento da Janela de Oportunidades, levando em consideração as consequências da TTD, é fundamental para evitar o maior impacto social do envelhecimento, da mesma forma que poderia ter contribuído para o impacto das fases anteriores.

Dentro do planejamento para o impacto social, é importante também analisar se o principal contribuinte para o envelhecimento demográfico, num determinado país, é a queda da fecundidade ou a maior duração da vida. Quando é devido à queda da

fecundidade, o envelhecimento aumenta a participação da população idosa sem alterar a esperança de vida dos outros indivíduos. Apesar de haver menores gastos com as crianças, aumenta-se a relação entre idosos e população trabalhadora sem melhorias na saúde que permitam o aumento dos anos de trabalho. Portanto, pode trazer custos elevados à população, independente de investimentos institucionais para suporte ao idoso.

Por outro lado, o envelhecimento devido à queda da mortalidade é associado ao aumento da saúde e melhora do estado funcional do idoso. Nesse caso a pressão nos programas de pensão é um problema menor, pois a proporção de anos saudáveis ao longo da vida se mantém e as reformas sociais que visam o aumento da idade para aposentadoria tornam-se factíveis. Dessa forma, a TTD brasileira dá a possibilidade tanto de contribuir para reduzir as desigualdades sociais como para aumentá-las. É preciso planejar a oportunidade de forma a integrar as visões de curto, médio e longo prazo dos formuladores de políticas com as dos demógrafos, que pensam em maiores períodos de mudanças (37).

### **3.4 Envelhecimento e sociedade**

A cultura do trato ao idoso é muito variada nas diferentes sociedades e ao longo da história da humanidade. Enquanto os idosos incas, russos e da tribo Caiapó brasileira eram respeitados e incumbidos das tarefas de definição das regras sociais, os idosos esquimós cometiam suicídio quando começavam a apresentar sinais de menor produção social e os vikings abandonavam seus idosos, juntamente com as crianças, em épocas de crise (10). Nas sociedades ocidentais, o desejo de morte ao idoso pode se manifestar de diversas formas, as quais incluem os maus-tratos e as negligências.

Minayo e Souza identificam dois campos distintos na análise da violência e, partir daí, avaliam a interação entre violência e saúde (64). A concepção da **sociobiologia** identifica a violência como uma necessidade vital, instintiva, universal e, portanto, mero instrumento técnico para a reflexão sobre as realidades sociais. Ela subordina os componentes da atividade humana aos instintos biológicos. Outros autores ainda, que também entendem a violência como algo natural e inevitável, reduzem os fenômenos e processos sociais à conduta individual produzida por fatores psicológicos. Também esses autores não consideram os determinantes sociais, mas sim que o aspecto psicológico daria forma à violência moderna. Ainda neste primeiro campo de teorias há

um grupo muito distinto que entende a incidência dos fatores sociais como decisivos para a formação dos modelos de conduta internos, a imagem psíquica e, por sua vez, o substrato biológico-individual.

Já o segundo campo interessa-se por interpretações das **raízes sociais** da violência. Uma delas justifica-a pelos processos acelerados de mudança social provocados, principalmente, pela industrialização e urbanização, ao formar fortes correntes migratórias com destino à periferia das grandes cidades. Variáveis consideradas por essa interpretação são o tamanho das cidades, aglomeração, perda de referências familiares e de raízes culturais. A ideologia estrutural-funcionalista que defende essa interpretação, propõem uma sociedade regida por normas, padrões e valores rígidos para controlar os comportamentos desviantes. A violência estatal e cultural aparece naturalizada.

O terceiro conjunto de teorias entende os processos e as condutas violentas como **estratégias de sobrevivência** das camadas populares. A violência seria o processo de negação do “outro” pelo “eu”.

Um quarto grupo, muito parecido com o segundo, explica a violência e o crescimento dos índices de criminalidade pela **falta de autoridade** do Estado. O Estado seria neutro e ajudaria a controlar o caos social. Ele incorpora também alguns elementos do primeiro grupo, ao considerar a criminalidade como fruto de condutas patológicas dos indivíduos.

Dada o número de vítimas e a magnitude de sequelas emocionais da violência, ela se converteu num problema de saúde pública em muitos países. Portanto, o setor saúde constitui um local de confluência dos corolários da violência. O Brasil é um desses países, pois ao analisar a mortalidade geral percebe-se a queda das doenças infecto-parasitárias simultânea ao aumento da violência, acompanhando o processo de urbanização. A escassez de dados ainda é fato marcante na dificuldade de análise do problema em saúde. Portanto, a análise das ciências sociais ainda é essencial para conhecer o seu impacto na saúde.

Para isso, a ciência social se utiliza de 3 campos de análise. Um deles é a **violência social**, reveladora das estruturas de dominação, onde é preciso distinguir a violência das classes e grupos dominantes (sob a ideologia da família, escola, empresas e do Estado) daquela exercida pelos que resistem. Um segundo campo envolve os aspectos culturais concernentes à **modelagem da consciência** para a “naturalização” desses atos de violência através da ideologia. Por último, as ciências sociais nos

forneem **diretrizes metodológicas** para desvendar esses processos escusos e as suas especificidades. Minayo faz ainda uma importante distinção entre a função da **saúde pública** e da **justiça** através da polícia: enquanto as ações da primeira têm foco na vítima e busca o bem-estar, a última tem alvo o agressor e almeja o castigo. Casos recentes envolvendo a abordagem dos usuários de crack nas capitais brasileiras, principalmente São Paulo e Rio de Janeiro, evidenciam esses papéis. No manejo da violência contra o idoso, reconhecer essa diferença também é de fundamental importância para a adequada atuação das equipes de saúde.

Nesse sentido, a epidemiologia também tem um papel fundamental, ao desmistificar análises acadêmicas e a opinião do senso comum sobre “classes perigosas” e “criminosos preferenciais”. Somada às **ciências sociais** e à **epidemiologia**, a **psicologia** é a terceira disciplina fundamental para compreender a violência no âmbito da saúde pública. É importante trabalhar os conceitos de identificação e a diferenciação entre agressividade e violência. Baseada em Vethencourt, Minayo cita os graus de desestruturação da personalidade: a) desestruturação sutil; b) desorganização do comportamento em relação aos valores socialmente aceitos; c) reativação dos núcleos de violência sádica e ira vingativa; d) eclosão de impulsos agressivos como reação para não cair no adoecimento; e) perda do autocontrole pela estigmatização; e f) recrudescimento da raiva que se orienta contra os outros e contra o próprio grupo. Esse processo individual apodreceria as energias políticas do povo. A reclusão narcísica da sociedade moderna seria outro contributo psicológico para a violência.

O estudo da violência se incorporou na saúde, inicialmente, dentro dos limites dos conceitos biomédicos, como apenas um componente ambiental que estaria por afetar a saúde dos indivíduos. Nesse primeiro momento, não era levado em consideração sua íntima relação com o Estado, enquanto agente centralizador da violência e seus aparatos legais. As investigações científicas que se pautam por esse conceito se limitam aos descritores V01 a Y98 da CID-10. Eles podem auxiliar a compreender o fenômeno da violência, mas sozinhos são insuficientes para compreender o contexto social em que a violência se insere.

Estudos mais profundos acerca da violência dentro do campo médico se iniciaram na pediatria, através da chamada síndrome do bebê espancado. A partir daí criaram-se programas nacionais de prevenção primária e secundária, centrais de denúncia, na América do Norte, na década de 70, seguido, a partir daí, por outras regiões do mundo. Esse debate chegou ao Brasil na década de 80 e consolidou-se

através de ações programáticas na década de 90, apesar de que tenha se dado com escasso financiamento e restritos espaços institucionais para o tema (65). O tema da violência iniciou com enfoque na criança e na mulher, e principalmente nos jovens, devido ao impacto social das suas mortes. As propostas para enfrentamento da violência geralmente não contemplavam os idosos e as investigações realizadas não têm fornecido suporte empírico suficiente para a construção de um modelo teórico concreto. Há um consenso sobre a necessidade de um corpo teórico mais desenvolvido, que englobe diferentes fatores de risco abordados pelas teorias feministas e político-econômicas, como lembra Borralho ao citar Wolf (66).

Motta (67) traz Mannheim e o conceito de geração social no seu aspecto estrutural para apresentar as **relações geracionais** como mais um eixo dos três mecanismos e propósitos consensuais da dominação capitalista (gênero, raça e classe social). A divisão por grupos etários surgiria quando a estrutura da família bloqueia as oportunidades dos membros mais jovens de alcançar *status* social dentro da família. Compara o atual envelhecimento populacional com a preocupação social da década de 60 e os crescentes movimentos juvenis consoantes à explosão demográfica dos jovens à época. A “velhice”, da mesma forma que a “juventude”, é uma categoria que resultaria do estado da relação de forças entre as classes e entre gerações dentro destas. Motta explora a violência contra a mulher idosa e destaca duas formas entre várias encontradas: a **sobrecarga** de responsabilidade e o **assassinato** pelos filhos para ficar com seus bens. A sua pesquisa em Salvador mostrou que filhos e vizinhos são os que mais agriem.

Para estudar a violência contra o idoso e reconhecê-la como um problema a ser enfrentado pela sociedade é preciso conhecer a sua magnitude. Quem tem mais investigado esta temática são os países do norte europeu e os EUA, os quais trazem contribuições importantes através do *National Research Council*. Este instituto investigou fatores de risco para o abuso e classificou-os de três formas: **validados por evidências científicas** (viver acompanhado, isolamento social, demência, características intra-individuais dos abusadores e dependência do abusador); fatores de risco **possíveis** (gênero feminino, relação da vítima para com o perpetrador e características da personalidade das vítimas) e fatores de riscos **contestados** (limitações físicas da pessoa idosa, dependência da vítima e estresse do cuidador, e transmissão intergeracional) (66). Mas o enquadramento do risco numa categoria contestada não significa que não deva ser levado em conta, apenas que não há ainda estudos suficientes para comprovar a sua

relação com o abuso. Assim é o caso do estresse do cuidador, o qual chega a ser fortemente defendido por alguns investigadores da área, como Hirsch. O modelo do estresse situacional, relacionado ao *burnout*, corrobora com a dificuldade para caracterizar esse estresse do cuidador em estudos transversais e aponta a necessidade de estudos longitudinais bem delineados para o seu reconhecimento.

Entre outros **fatores de risco** para abuso de idosos estão a idade avançada, escassos recursos econômicos e sociais, baixos rendimentos com condições de salubridade precárias, nível socioeconômico reduzido, reduzido nível educacional, debilidade funcional, abuso de substâncias pelo prestador de cuidados ou pelo idoso, alterações psicológicas e personalidade patológica, além da limitação cognitiva (68). Pesquisas na área da sociologia acrescentam ainda as dinâmicas intra-individuais de idosos cuidados por familiares com problemas mentais; a transmissão intergeracional do comportamento violento motivado pela exposição à violência durante a infância; relações entre os níveis de dependência e o mau trato de idosos, com suficiente sustentação empírica; o estresse experimentado pelos indivíduos no interior da família; e o isolamento social (69).

Alguns estudos apontam ainda **sinais de alerta** para a equipa de saúde prosseguir a uma investigação mais exaustiva da violência contra o idoso: atraso entre a doença e a procura de atendimento médico, disparidade de explicação entre a vítima e o suspeito, explicação não plausível, dados laboratoriais não condizentes com a história, hematomas e outras lesões não explicadas, despreocupação com higiene ou nutrição, depressão ou agravamento de demência, lesões em vários estádios de cura, úlceras de decúbito, fraca adesão ao regime médico instituído, gengivorragias e higiene oral precária, deficiências nutricionais, sangramento ou infecção (urinária ou vaginal), pesadelos, terrores noturnos, insônia, ansiedade, roupa inadequada para o clima e medicação inadequada (68) (53).

Outras investigações dos EUA apontam ainda **causas para a baixa notificação** ou falha no diagnóstico da violência contra o idoso: escassez de treinamento, atitude desfavorável aos idosos, pouca literatura médica disponível, relutância em reconhecer sinais de maus-tratos, isolamento das vítimas, apresentação clínica sutil, medo de confronto com o agressor, receio em notificar o que é ainda suspeito, pedido da vítima por não denunciar, falta de conhecimento sobre como notificar, receio de colocar em risco a prestação de cuidado aos idosos.

Enfim, o idadismo – ou mais especificamente o gerontismo – seria o aspecto do envelhecimento a ser abordado pelos serviços de saúde e pela assistência social. Esse termo novo é constituído de três aspectos que embasam um conjunto de práticas e atitudes negativas contra o idoso: os **estereótipos**, tendência a generalizarmos um grupo social a partir de uma única característica física; **preconceito**, que se refere ao âmbito emocional negativo; e a **discriminação**, que já parte para atos e comportamentos contra o idoso. Marques chama a atenção para o aspecto institucional e cultural do idadismo, o que reforça a responsabilidade do Estado (70).

Adicional ao tipo de preconceito identificado, é importante conhecer os tipos de abusadores com o fim de reconhecê-los. Ferreira-Alves traz o conceito de Ramsey-Klawnsnik com 5 tipos de abusadores: estressados, limitados, narcisistas, dominadores e sádicos (71).

Marques (70) divide a violência contra o idoso em cinco tipos. Ela inclui a **violência física**, que causa dor física ou ferimentos; **violência psicológica**, com intenção de causar dor emocional, tormento ou angústia; **abuso sexual**, todo tipo de contato e ato sexual não consentido; **violência econômica**, dinheiro ou bens são retirados ou usados ilegalmente contra a vontade; e **negligência e abandono**, falha do cuidador em prover as necessidades de uma pessoa em situação de dependência. O comitê nacional de abuso de idosos dos EUA inclui ainda a **auto-negligência** (71). Apesar de pouco utilizado na literatura, a OMS e a *International Network for Prevention of Elder Abuse* (INPEA) somam dois conceitos situados no âmbito coletivo: **abuso estrutural e social**, exercido pelos governos e instituições, e **falta de respeito e preconceito contra o idoso**, que seria um conjunto de atitudes sociais negativas contra o idoso. Além disso, o próprio conceito de violência contra o idoso não é consensual na literatura.

A falta de definição comum é tanta que mesmo instituições muito próximas, como a OMS, a ONU e a 2ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, possuem conceitos distintos sobre o tema. Distinções que têm por consequências estudos de prevalência com diferenças conceituais e operacionais e, dessa forma, dificuldade na interpretação quando agrupa-se diferentes fontes (72). Mas há pressupostos comuns: ato ou conduta que pode ser de natureza e tipo variável, através de uma relação interpessoal de confiança e que tem uma consequência que provoca efeito com dano físico e/ou mental.

O investimento em educação também é necessário, somado a incentivos para uma nova cultura, a qual deve modificar a visão que a sociedade tem do idoso. Desde os desenhos animados dos cinemas até os livros literatura precisam de reformulação. Reconhecer a cultura e os desafios implicados para a superação do preconceito como o fato dos portugueses terem os idosos como pessoas mais afetuosas do que competentes, é fundamental para iniciar a transformação.

Alertas constantes de entidades governamentais e intergovernamentais têm contribuído para a percepção de ameaça dos gastos com o envelhecimento. Porém, é importante resgatar o ideal das caixas de seguro dos primeiros sindicatos ingleses, do final do século XVIII e início do XIX, onde se tratava de contribuições solidárias dos operários mais novos aos mais velhos, com vistas a garantir uma velhice com melhor qualidade. Os mais novos faziam isto porque viam nos mais velhos o seu futuro.

Países orientais, por exemplo, com uma outra cultura de relação com os idosos, apresentam alternativas para lidar com o envelhecimento populacional. Na China os idosos contribuem com as tarefas domésticas enquanto os mais novos vão trabalhar. No Japão há o *Gold Plan*, que visa estratégias para promover cuidados de saúde e bem estar ao idoso.

Apesar de que desde a Conferência de Ottawa, em 1986, a promoção da saúde está na pauta das políticas de saúde da maioria dos países, ela tem sido muito confundida com prevenção de doenças, ou seja, abordada na perspectiva do adoecimento. Estudos de Becca Levy, como lembrado por Marques (70), colocam em pauta a necessidade dessa diferenciação também no trato com o idoso.

A seguir tenta-se expor como a variedade do trato com o idoso tem se manifestado através da violência na sociedade portuguesa e brasileira.

### **3.4.1 O idadismo em Portugal**

Um país que envelhece precisa lidar com as mudanças socioculturais que seguem à transição demográfica e epidemiológica. Além de pensar nos aspectos financeiros e demais investimentos necessários para lidar com o tema, a compreensão das transformações nas relações sociais são fundamentais para embasar políticas de saúde acertadas. Marques (70) analisa como esses aspectos se desenvolvem em Portugal em publicação recente.

A União Europeia já implementou algumas ações legais como a Diretiva 2000/78/EC. Porém, ela é objeto de controvérsia ao reforçar medidas governamentais para aumentar a idade de aposentadoria/reforma. Sobre esse aspecto, é importante perceber que os idosos de hoje têm o seu estado de saúde comprometido pelo descaso à prevenção de doenças crônicas e à promoção de saúde em décadas passadas. Mesmo em Portugal, onde o investimento em saúde pública é maior que no Brasil e há mais tempo qualificado, os idosos que hoje chegam à reforma ou pré-reforma já contam com incapacidades e comorbidades associadas. No Brasil, artigo recente encontrou 51,44% de prevalência de dor crônica em servidores idosos, as quais, em muitos casos, incapacitantes ao trabalho (73). Relatório do IESE (Instituto de Estudos Sociais e Econômicos), por sua vez, descobriu que 69% dos portugueses reformados não trabalham por motivo de saúde (70). Portanto, antes de implementar mudanças no sistema de pensões é importante levar em consideração o tipo de envelhecimento populacional do país, se devido à queda da fecundidade ou à maior duração da vida, como já explicado anteriormente.

Apesar de já envelhecido, Portugal é um país que carrega o idadismo como a principal forma de discriminação, maior que o racismo e o machismo. Todavia, para entendê-lo melhor, é preciso saber que aspectos influenciam o seu reforço e continuidade na sociedade portuguesa: o processo de **categorização** por idades, a **inatividade** das pessoas idosas e percepção de ameaça dos **gastos** com o envelhecimento, e o predomínio da **cultura da juventude**.

A sociedade portuguesa apresenta, cotidianamente, discriminações contra o idoso no nível comunitário. Isso pode ser sentido por atitudes de paternalismo e discurso simplificado que diminuem sua autoestima e dignidade. Além disso, os rótulos para designar o idoso geralmente mostram uma pessoa curvada com uma bengala. Já em outros países, como na Austrália, os idosos são representados por uma frase; na Namíbia, há uma imagem de um peão.

Porém, há pior sinal de discriminação contra o idoso: o abuso. Em Portugal, os registros de violência contra o idoso triplicaram de 2002 a 2007 e cresceram também as denúncias de crimes. Eles podem ocorrer em instituições, como lares e hospitais, mas estudos internacionais comprovam que 70% ocorre dentro da família.

A situação de abandono é frequente. Em um hospital de Lisboa, em 2010, 2 a 3% dos utentes internados por ano não tinham para onde ir após a alta hospitalar (70). A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) tem registros que, apesar de

isolados, corroboram com o aumento do número de queixas de violência contra os idosos: de 185 em 2006 para 537 em 2007 (+190,3%) (66).

A discriminação etária no emprego é também uma característica de Portugal. Dados da União Europeia demonstram que a idade é o principal motivo de exclusão numa entrevista de emprego, seguido por modo de vestir e etnia ou raça (70).

Apesar da relação entre os profissionais de saúde e os idosos apresentar idadismo, a discriminação contra o idoso não é perceptível no acesso às consultas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). O mesmo ocorre nos EUA, onde prevalece o sistema de planos privados. Em Portugal há um grande apoio ao tratamento de doenças neoplásicas e o governo criou o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), em 2004, como estratégia para abordar a saúde do idoso. Ele é constituído de três pilares: promoção do envelhecimento ativo, maior adequação aos cuidados de saúde dos idosos e desenvolvimento intersectorial de ambientes que capacitem e promovam autonomia e independência do idoso.

Não foram encontrados artigos sobre a avaliação da magnitude da violência contra o idoso em Portugal em bases de dados internacionais como PubMed ou Scielo. Entretanto, ao procurar por trabalhos académicos é possível encontrar investigações sobre a prevalência e tipologia dos maus-tratos aos idosos.

Dados do Provedor de Justiça de 2002 apresentaram 132 (4%) chamadas a respeito de situação de abandono de idosos, entre um total de 3273 (71). Uma investigação realizada entre 118 idosos de dois Lares de Idosos e três Centros Dia do concelho de Paços de Ferreira identificou evidências claras de violência física em 1 idoso (0,8%), de negligência também em 1 idoso, de exploração financeira em 2 idosos (1,7%) e abandono em 4 idosos (3,4%) (53). O mesmo estudo identificou relação direta de depressão com abuso, negligência, exploração e abandono.

Entre 75 idosos do Serviço de Urgência de um Hospital Central foi encontrado 35,4% de abuso financeiro, 81,5% de negligência, 75,4% de violência psicológica e 7,7% de violência física (66). Além disso, o relatório europeu da OMS de 2011 sobre a prevenção dos maus tratos aos idosos (74) identificou mais dois estudos portugueses. Um estudo português de base nacional que envolveu 1586 mulheres com mais de 60 anos, chegou a 39,4% de violência geral, sendo 32,9% violência psicológica, 16,5% financeira, 12,8% de violações de direitos individuais, 9,9% de negligência, 3,6% sexual e 2,8% de violência física. Outro estudo, realizado no Porto, investigou 656 homens e mulheres da população geral entre 60 e 84 anos sem déficite cognitivo e

encontraram prevalência de 21,9% para violência psicológica, a violência financeira foi identificada em 7,8% deles, além de prevalência de 2,1% para violência física, 1,3% para violência sexual e 0,7% para violência física.

### 3.4.2 O idadismo no Brasil

Neste tópico foram trazidos artigos brasileiros que abordam a violência contra o idoso. Foi pesquisado a base de dados existente em 2013 no PubMed e na Scielo, mas somente este encontrou artigos brasileiros, em número de 41, sobre a violência contra o idoso no contexto da saúde. Entre outros dados, foram encontradas estatísticas que apontam a necessidade de aumentar o investimento político e social na pessoa do idoso, o qual historicamente vem sendo relegado a um segundo plano. Ao mesmo tempo que é colocado como um peso social, sofre de uma omissão quanto a políticas e programas de proteção específicos. Os dados apresentados a seguir abordam a prevalência da violência contra o idoso em diferentes cidades brasileiras, além de sua tipologia, percepção pelo próprio idoso e pelos profissionais da saúde, o deficiente apoio dado aos idosos vítimas de violência pelo Estado brasileiro, as motivações para a violência contra o idoso, a questão de gênero relacionada e as dificuldades para pesquisa sobre esta área no Brasil.

Apesar de ainda pouco valorizada no Brasil, Minayo e Souza (75) em artigo de 1993 já abordavam a temática da violência contra o idoso através de uma revisão nacional e internacional da década de 90. Elas pautaram os aspectos demográficos, sócio-antropológicos e epidemiológicos da violência contra as pessoas mais velhas. Trouxeram à tona a lei federal 8842 de 9 de janeiro de 1994 relacionada à proteção do idoso, reconhecendo que a mesma não foi capaz de diminuir a violência e abusos nos serviços de saúde e nos domicílios àquela época. Entre 1980 e 1998 as causas externas representaram 3,5% da mortalidade geral entre idosos, ocupando o sexto lugar. Prevaleceu entre os idosos do sexo masculino.

Os tipos de violência que mais vitimaram os idosos nesse período foram **acidentes de trânsito e transporte, quedas e homicídios**, representando no seu conjunto 54,1% do total em 1980 e 55,8% em 1998, sendo que as quedas e os homicídios apresentaram crescimento nesse período. Enquanto os acidentes de transporte diminuíram, as quedas e homicídios aumentaram de 7,2% e 13,7%, em 1980, respectivamente, para 9,6% e 16,6% em 1998. Os suicídios aumentaram de 6,7% para

7,8%. Além disso, as causas indeterminadas diminuíram de 19,4% em 1980 para 11,9% em 1998 (75).

Entre as capitais brasileiras, Porto Alegre se destaca pela qualidade das informações, com um decréscimo de 36,6% em 1980 para 3,5% em 1998 no que tange as causalidades e intencionalidades ignoradas; além do aumento do suicídio entre idosos, de 10,9% para 15,8% no mesmo período; e o aumento das mortes por quedas, de 2% para 32,2% no respectivo período no conjunto das causas externas. Porém, estima-se que esses dados dos serviços de saúde e do Instituto Médico Legal sejam apenas a ponta do iceberg (9) (75).

Apesar do protagonismo de Porto Alegre, esta capital ainda era uma exceção em 2002, pois nesta época tanto no Brasil como no mundo todo a subnotificação ainda era muito grande. Em 2002 foi estimado 70% de omissão desses dados nas estatísticas. Estudos internacionais já apontavam à época prevalência de maus tratos de 10% para toda a população idosa (75).

No Brasil há 3 questões fundamentais sobre a violência que ocorre no âmbito familiar. A primeira delas é a **negligência social difusa** como uma cultura de relação com os idosos que junta um Estado omissivo, instituições que cuidam e abrigam os idosos como se estivessem num corredor da morte e famílias que por dificuldades financeiras abandonam seus familiares em asilos e clínicas. Uma segunda questão é a **violência institucional**, expressa pelos asilos de idosos, principalmente os conveniados ao Estado, com maus tratos, alimentos inadequados e falta de cuidados de saúde. Outro aspecto é o **transporte público e o trânsito**, que soma a dificuldade de acesso ao idoso com a insensibilidade de motoristas, cobradores e pessoas que não cedem o lugar (75).

Algumas pesquisas caracterizaram o agressor como alguém que vive na mesma casa. Enquanto o agressor é dependente financeiramente do idoso, este é dependente do agressor para sua manutenção e sobrevivência. Associado a este fato encontra-se o abuso de álcool e drogas pelos filhos, ambiente e vínculos familiares frouxos com pouca afetividade, isolamento social dos familiares, história de idoso agressivo, história de violência familiar, cuidadores vítimas de violência doméstica e cuidadores com depressão ou outras doenças psiquiátricas (75).

Uma revisão sistemática de base internacional (PubMed, LILACS, Embase, ISI, PsycInfo) de 1988 a 2005 encontrou coeficientes de abuso entre 1,2% e 18%, extremos encontrados na Holanda e na Finlândia, respectivamente (76). A revisão encontrou 440 artigos, mas somente 11 correspondiam ao critério de seleção, o que remete à

necessidade de desenvolver métodos comuns para pesquisa nesta área. Os 11 artigos somaram um n de 14080. Esta revisão encontrou também que o abuso verbal e o psicológico são os mais frequentes (1,1% a 26,8% e 29,6% a 47% respectivamente). O abuso físico variou entre 1,2% e 16,5%.

No Rio de Janeiro, um estudo buscou dados de 2004 da Delegacia do Idoso e do Núcleo Especial de Atendimento à Pessoa Idosa (NEAPI) e identificou 898 registros de denúncia de violência contra o idoso (77). Destes, a maior parte eram maus tratos (48,5%), seguido pelo constrangimento ilegal (11,1%), apropriação indébita (10%) e a ameaça (9,4%).

Estudo recente com base de dados no Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) identificou que entre 25201 indivíduos com mais de 21 anos de 23 capitais brasileiras, 10% dos casos de acidentes de violência entre adultos levaram à hospitalização, no ano de 2009. Entre os idosos, houve duas vezes mais internações nos casos de acidentes, com uma proporção 30% maior do que os mais jovens (78). A residência foi o local de ocorrência predominante entre os idosos. Queda e acidentes de transporte também foram mais frequentes neste grupo etário.

O estudo de Souza, Freitas e Queiroz (58) investigou o mesmo assunto através de dados oficiais de uma instituição de Fortaleza em 2005: Alô Idoso e Serviço Especializado de Atenção ao Idoso. Foram investigados 424 processos, com a maioria dos casos decorrentes de abandono do idoso (67%), do sexo feminino (67%) e sendo os principais reclamados os filhos (49%) seguidos dos demais parentes (21%). A principal forma de violência encontrada foi o abuso econômico (59%) seguido de negligência (22%), violência física (15%) e agressão verbal (4%).

Dados envolvendo 13.383 mortes e 87.177 internações hospitalares de idosos ocorridas no ano 2000 e captadas no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) permitiram concluir que o coeficiente de mortalidade por causas externas em idosos brasileiros chega a valores muito próximos à faixa dos adolescentes e adultos jovens, apesar do perfil de riscos específicos diferir nesses grupos etários (79).

Uma pesquisa que investigou o Boletim de Ocorrência nas Delegacias de Polícia envolveu 87 idosos que prestaram queixas de maus-tratos em Ribeirão Preto e encontrou que 47,1% foram agredidos por filhos, netos, noras ou genros e 12,6% por cônjuges ou companheiros (80). A mesma investigação reconheceu a importância do

melhor treinamento dos profissionais de enfermagem para reconhecimento e intervenção nessas situações.

No município de Fortaleza (59) foi encontrado, através da busca de registros de denúncias através do Alô Idoso no período de 2007 e de denúncias registradas no Estado do Ceará entre 2003 e 2007, 436 idosos vítimas de maus-tratos. A sua maioria constituiu-se de idosas, da faixa de 71 a 80 anos, sem problemas de saúde referidos e que não moravam só. A violência mais comum encontrada nos registros do Alô Idoso foi a psicológica (35,2%), seguido de negligência, econômica e física. Nos casos de denúncias arquivados entre 2003 a 2007 predominaram aqueles referentes a negligência contra o idoso.

Outro estudo (81), realizado no Distrito Federal, identificou através de dados da polícia civil, entre 2003 e 2007, 4.494 idosos vítimas de violência no domicílio. A maioria destes eram do sexo masculino (55%), casados. A maioria foi agredida por não familiares (62,81%) seguidos por filho (13%), outro parentesco, companheiro, filha e companheira. A maior prevalência de violência foi por lesão corporal (32,54%). A violência física alcançou 2.043 casos (41,73%) logo atrás da violência psicológica (55,24%). O local com maior número de agressão domiciliar foi Brasília, onde 12,95% dos casos tiveram origem domiciliar. Negligência e violência sexual corresponderam a 1,52% e 0,24% respectivamente. Encontrou-se ainda uma desproporção entre o nível sócio econômico e a ocorrência de violência contra o idoso.

A prevalência da violência contra idosos no ambiente doméstico foi de 20,8% dos lares investigados em 2010 por um estudo de entrevistas realizado nas USFs (Unidades de Saúde da Família) de Recife/PE (60). Ela envolveu 274 idosos e foi maior nas casas que residiam maior número de indivíduos, mulheres e idosos dependentes.

Outro estudo em Recife (61) identificou os fatores associados à violência doméstica, através de 511 laudos de exames de corpo delito realizados entre 2004 e 2007 no IML (Instituto Médico Legal). A maioria dos casos ocorreram em casa (59,3%), sofreram violência no tronco e membros (23%), em mulheres (54%), nas pessoas sem companheiro (31%) e aposentadas (49%).

Outro estudo realizado entre 2004 e 2007 no IML de Recife (82), envolveu 1.027 laudos e identificou uma média de 21,4 casos de violência física contra o idoso por mês, sendo que 89,5% se deu com trauma contuso e o domingo foi o dia da semana em que mais ocorreu. Em 40% dos casos houve traumatismo múltiplo e 93,4% sofreu

trauma leve. No contexto da violência familiar, os filhos foram os principais agressores seguidos por companheiros, genros e noras.

Baseado em 72.232 atendimentos médicos registrados em prontuários médicos de um Hospital em 2007, um estudo em Recife (83) determinou o perfil da violência sofrida pelo idoso. Os pesquisadores utilizaram um formulário de 15 questões aplicadas aos prontuários: tipo da violência, natureza da lesão, local corporal da lesão, instrumento utilizado, encaminhamento após atendimento e fatores associados (em subgrupos que totalizariam as 15 questões). O perfil do idoso vítima de violência foi masculino (63%), entre 60 e 70 anos (72,2%), destoando do perfil de muitos estudos que apontam o predomínio feminino. Grande parte das vítimas de violência que procuraram o hospital foram por violência física (97,5%) 77 casos.

O estudo de Mascarenhas et al. (62) analisou as notificações de violência contra idosos captados através do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) em 2010. Identificou um pequeno predomínio geral no sexo feminino (52,3%). Porém quando fora do domicílio, houve predomínio da violência física contra o sexo masculino, por agressores que não eram filhos e com suspeita de ingesta alcoólica. A negligência predominou no sexo feminino e no ambiente domiciliar, perpetrada pelos filhos, relacionado ao álcool. Abrangeu um total de 3.593 notificações em 524 municípios, com predomínio em São Paulo (30%). Os tipos de violência mais relatados foram: abuso físico (67,7%), violência psicológica (29,1%) e negligência (27,8%). Os agressores eram, em sua maioria, filhos (32,2%), pessoas desconhecidas (15,6%), parceiros conjugais (13,9%) e outras pessoas conhecidas pela vítima (11,8%). A suspeita de que o agressor fez uso de bebida alcoólica foi apontada por 40,4% das vítimas, sendo significativamente mais relatada pelas mulheres (44%) do que pelos homens (36,1%).

Em 6 Equipes de Saúde da Família de Niterói foi relatada violência física por 10,1% de 322 idosos entrevistados em 2006, sendo que 7,9% já haviam sofrido a mesma violência no ano anterior (84). Ela foi mais frequente entre os mais novos, entre os que moram com mais indivíduos e com DM e/ou doença articular. Sua maior prevalência foi justamente entre os indivíduos mais vulneráveis.

Em um estudo qualitativo de um bairro de Niterói, 43,2% de 343 idosos entrevistados em 2006 relatou ter sofrido pelo menos um episódio de violência psicológica no ano anterior à entrevista, 10% relatou violência física e 6,1% referiram que a violência física foi grave (85).

Através de entrevista com 9 idosos de uma UBS (Unidade Básica de Saúde) a pesquisa de Wanderbroocke e Moré (86) buscou conhecer a situação vivenciada e as consequências da violência na vida dos idosos. Os idosos não se percebiam como parte da construção social da velhice, como uma fase de dependência e isolamento. Eles procuravam se distanciar deste estereótipo, pois mesmo aqueles que eram alvo de violência identificavam o violentado como “o outro”, frágil e dependente.

A importância do Estado na quebra da corrente da violência contra o idoso através das leis já é reconhecida na literatura (10). Entre os processos contra idosos, 40% das queixas são contra os filhos, netos e cônjuges e 7% contra familiares por abuso financeiro. Os quais são também, em geral, os cuidadores, incapazes de realizar o devido cuidado por necessidade de atuar no mercado de trabalho. E a tendência é a demanda cada vez maior de cuidadores para os novos idosos com doenças crônicas. Traça-se uma linha muito tênue entre a necessidade de cuidar do idoso e a violência. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) poderiam ser um bom caminho para identificar essa violência e iniciar a abordagem do problema.

Ao avaliar os processos envolvidos no atendimento ao idoso vítima de violência em serviços de saúde mental, um estudo multicêntrico realizado entre 2007 e 2008 em cinco capitais brasileiras (Manaus, Recife, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba) destacou a ausência de informações sobre o atendimento de idosos vítimas de violência, além de haver uma disparidade entre o atendimento hospitalar e extra-hospitalar (87). É preciso melhorar a qualidade da informação, adequar a estrutura física dos serviços para facilitar o acesso aos idosos, capacitar os profissionais no tema da violência e investir em ações de promoção e prevenção.

Nestas mesmas cinco capitais, outro estudo avaliou a estrutura de atendimento a idosos vítimas de violência em 19 serviços de reabilitação, representativo de cada uma das 5 regiões brasileiras (88). A partir deste, foi possível constatar a necessidade de novas políticas públicas para este tipo de atendimento. Há uma grande disparidade regional: a média do número de leitos por unidade variou de 3 em Recife a 322,5 em Curitiba. Além disso, os serviços não dispõem de uma base de dados que discrimine eventos acidentais de violentos. Em muitos centros há deficiência na contratação de profissionais. Apesar de estar previsto no Estatuto do Idoso a notificação compulsória, após a sua alteração pela Lei 12.461/11, em geral os casos não são notificados e em poucas unidades há profissionais capacitados para o reconhecimento e notificação. A grande maioria dos profissionais entende que deve atuar apenas nas lesões físicas, sem

abordar os aspectos psicológicos e legais. A implantação da PNRMAV (Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências) foi alvo de outro estudo nestas mesmas cinco capitais, sendo que em nenhuma delas os serviços de saúde selecionados apresentaram o perfil adequado e integral necessário ao atendimento dos idosos (89).

Outro estudo, em Curitiba, encontrou dificuldades de obtenção de leitos hospitalares para encaminhamento ou transferência de utentes idosos vítimas de violência, seja para assistência ou reabilitação (90). Não há um fluxo específico para o idoso: ele ingressa no fluxo normal como qualquer pessoa de outra faixa etária. Quando há notificação não há um órgão centralizador, ela se dispersa entre os serviços da Polícia, Ministério Público, Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde ou ainda Secretaria de Assistência Social. Gestores do Rio de Janeiro reconhecem a inoperância dos serviços de saúde para o atendimento ao idoso vítima de violência, sem sequer priorizar determinações do Estatuto do Idoso, com raras exceções (91). O idoso é somente mais um nos serviços de saúde.

Outro estudo trouxe a importância da ESF no atendimento pré-hospitalar ao idoso (92). O estudo, realizado em Recife no ano de 2006, investigou dezoito unidades da atenção pré-hospitalar fixa e móvel, totalizando 711.852 atendimentos, e identificou que todos os atendimentos pré-hospitalares por violência ou acidente contra o idoso (31 e 18 respectivamente) foram realizados em unidades do PSF (Programa de Saúde da Família).

Se a atuação da equipa de saúde é fundamental para o enfrentamento propositivo dos problemas, analisar a crença dos profissionais é um ponto importante. Ela foi alvo de um estudo realizado em 2007 com equipas do PSF de Juiz de Fora/MG e contou com 195 participantes (93). Nesta investigação 52,5% deles já havia detectado violência contra o idoso e 76,8% afirmou ter conhecimento sobre os tipos de violência doméstica. Além disso, ao caracterizá-la como doméstica, os participantes demonstraram tendência em classificá-la como negligência, sem associação com outros tipos. Os profissionais de saúde permanecem com um enfoque curativo, sem ênfase na abordagem preventiva da violência.

Também entre equipas da ESF, uma investigação realizada em 2008 em Curitiba (14) reuniu 96 trabalhadores da saúde e descobriu que 91% deles reconhecem a violência e referem o abandono/negligência como o tipo mais frequente, relatada por 78% deles. A visita domiciliar foi uma ferramenta muito útil para o seu reconhecimento,

de acordo com 42% dos entrevistados. Entre as adversidades enfrentadas pela equipe Saúde da Família para identificar a violência, as mais citadas foram o idoso ocultar as agressões sofridas (22%), as doenças mentais (21%) e as dificuldades de comunicação dessa faixa etária (20%). Outra pesquisa brasileira na ESF identificou a atenção domiciliar como um bom mecanismo para identificar a violência contra os idosos (14).

O Estatuto do Idoso teve papel importante no reconhecimento social da gravidade da violência contra o idoso (94). Mas apesar da reconhecida importância dos profissionais da saúde no reconhecimento desta violência para o seu devido tratamento, eles não se sentem preparados para sua identificação ou encaminhamento dos casos (95). O que representa uma dificuldade considerável na aplicação da lei.

Em Fernando de Noronha, um estudo entre cem estudantes do ensino médio identificou majoritariamente a intolerância (100%) associada à violência contra idosos, além da covardia (57%), desumanidade (40%), ignorância (25%) e violência propagada (10%) como as motivações para a violência contra o idoso (96).

Ao investigar 315 idosos de Camaragibe através de questionário (63), identificou-se que 21% haviam sofrido maus-tratos e que a residência foi o principal local de ocorrência (62,1%). Além disso, os perpetradores de maus-tratos foram familiares (69,8%), vizinhos (12,1%) desconhecidos (7,6%) e outros (6%). A violência psicológica predominou (62,1%), seguida pela violência física (31,8%) e negligência (6,1%). Nenhum idoso sofreu violência sexual. Homens sofreram mais agressões nas comunidades, fora de casa (52,6%), e as mulheres foram as mais acometidas nos domicílios (78%).

Instrumentos para suspeição de violência contra os idosos através de entrevistas com cuidadores ainda estão em fase de adaptação para o Brasil (97,98). O que somado à falta de estudos de campo e informações objetivas dificulta a investigação nessa área (13). Estudos recentes apresentaram a importância de novos estudos de campo sobre a violência contra o idoso em virtude do envelhecimento demográfico (10) (11). Apesar disso, apenas 16 estudos foram encontrados em revisão de 2005 a 2009 (12).

Uma recente revisão de literatura na base Scielo compreendida entre 2006 e 2011 identificou produção escassa sobre a temática envolvendo violência e envelhecimento (99). Os artigos encontrados versavam sobre a tipologia da violência, conceituações, atenção e políticas de proteção. A violência doméstica e nas instituições de longa permanência foram identificadas como os locais de maior prevalência.

Em estudo realizado no Programa de Assistência Domiciliar a Idosos da disciplina de geriatria e gerontologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo identificou-se, entre 40 cuidadores de idosos atendidos de 2002 a 2005, alguns fatores potencialmente relacionados à negligência (100). Entre eles, a tensão geral e o isolamento foram os mais importantes.

Dessa forma, dados os artigos citados acima, percebe-se que o investimento nesta área ainda é escasso no Brasil, tanto no que tange à pesquisa como ao auxílio estatal no enfrentamento da violência idadista. A formação dos profissionais de saúde, incluindo os ACSs, é fundamental para diminuir a subnotificação e permitir o reconhecimento da real magnitude deste problema de saúde pública. Sem isso, mesmo o melhor sistema de notificação não consegue ser capaz de chegar a números representativos estatisticamente. Uma situação aliás, que não é muito diferente de Portugal, onde apesar de também ser um tema recente, é vivenciado há mais tempo e ainda faltam estudos que avaliem a magnitude do problema (68) (66) (71). É preciso impulsionar a divulgação mesmo de pequenos estudos como os que foram descritos aqui, além de criar um consenso, uma metodologia padrão para a coleta de dados entre os estudos de prevalência e incidência (71) (53). Tanto no Brasil como em Portugal acaba-se por recorrer a estudos dos EUA e do norte europeu onde, apesar de haver investigações desde a década de 80, também há uma grande amplitude e variabilidade de resultados, a qual impede uma definição consensual (71). Mesmo trabalhando em meio à incerteza, nos EUA o *National Elder Abuse Institute* já identificava em 1998 o predomínio da negligência contra os idosos e que os filhos eram os principais agressores.

Se levada em conta a teoria do iceberg, a necessidade de investimento para melhor compreender o fenômeno da violência contra o idoso torna-se ainda maior (71). Somado a isso, o fenômeno da violência ocorre de forma semelhante ao *burnout*, não-linear, em algumas situações que podem escapar a uma visita pontual do profissional de saúde. Dessa forma, é preciso investigar como perceber esses detalhes indiretos e pouco perceptíveis da violência. Ferreira-Alves aponta as propostas de Hirsh para identificar sinais de abuso contra o idoso, que incluem sinais gerais como a falta em consultas e desinteresse do cuidador em visitar o idoso numa internação hospitalar; sinais físicos como escoriações em diferentes fases de evolução e em locais incomuns; cuidador que conhece pouco sobre a saúde do idoso e que é hostil com o profissional de saúde; e idoso que demonstra medo do cuidador e evita contato visual com o mesmo (71) (101).

A **Figura 14** e a **Figura 15** permitem visualizar a ampla diversidade encontrada na literatura sobre os tipos de violência que sofrem os idosos e por quem são agredidos. Os estudos não foram padronizados, uma vez que alguns consideraram idosos aqueles indivíduos acima de 60 anos e outros acima de 65 anos, alguns tiveram por base bases de dados policiais, outros corpos no instituto médico legal e outros ainda se pautaram por entrevista direta na comunidade.

Figura 14 Proporção dos diferentes tipos de violência nos estudos encontrados

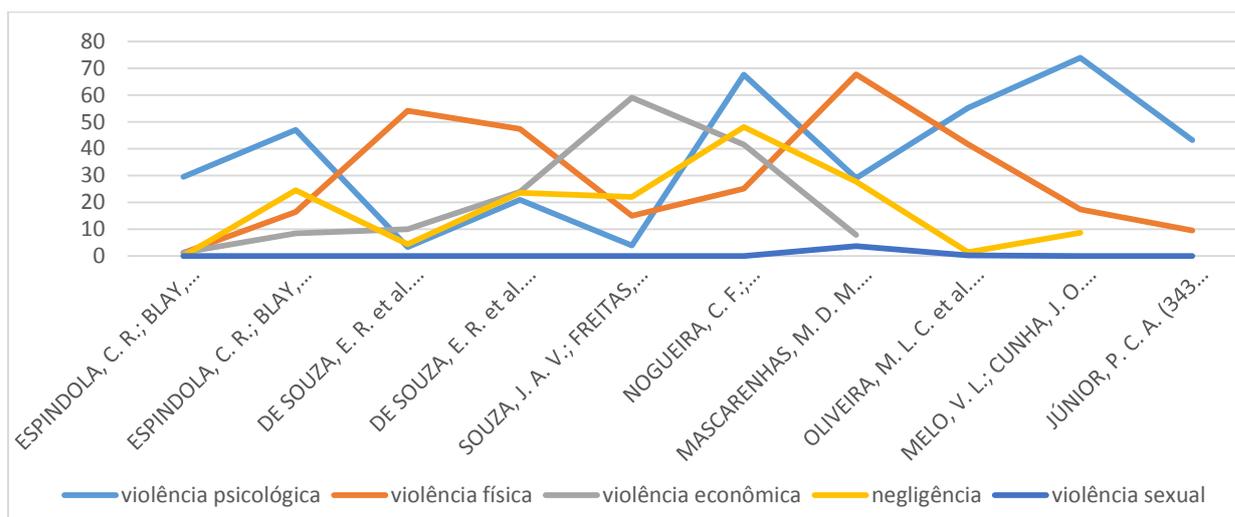
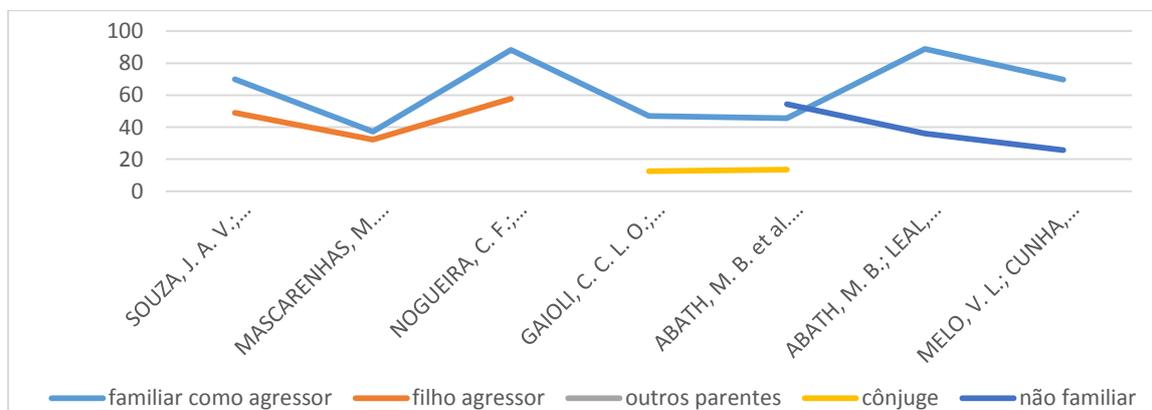


Figura 15 Proporção dos agressores nos estudos encontrados



### 3.5 As redes de cuidados continuados brasileira e portuguesa

Da mesma forma que a TTD, a TTE e o envelhecimento populacional, o processo de criação da rede de cuidados continuados<sup>3</sup> portuguesa foi iniciado antes da rede brasileira. Mais que isso: outro diferencial lusitano foi que, antes da criação da RNCCI com o Decreto Lei 101/2006, o governo português realizou o diagnóstico da situação atual dos cuidados de saúde e do apoio social a pessoas em situação de

<sup>3</sup> Também chamados pela OCDE, Comissão Europeia e pela OMS de *Long Term Care (LTC)*/ Cuidados de Longa Duração.

dependência para identificar o nível de necessidades não satisfeitas a partir do cruzamento entre capacidades instaladas e respostas existentes.

Já o governo brasileiro, apesar de ter um programa voltado a pessoas em situação de dependência – e da mesma forma que em Portugal, independentemente da idade – o Melhor em Casa, ainda não possui uma rede articulada, mas locais esparsos de implantação dependentes da iniciativa dos gestores municipais. É preciso ainda cumprir o pré-requisito de ter mais de 20 mil habitantes no município, estar coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e possuir hospital de referência no município ou na região que integra. Portanto, o estudo do modelo de implantação da rede portuguesa pode ser de grande valia para o aperfeiçoamento do programa brasileiro no sentido da integração entre os diferentes pontos da rede de cuidados.

Os cuidados continuados integrados (CCI) são definidos em Portugal como:

“(…) o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” Decreto Lei 101/2006

No Brasil, esses cuidados são definidos de forma semelhante, mas com o nome de Atenção Domiciliar (AD) e restritos ao atendimento domiciliar:

“(…) 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” Portaria 963/2013.

Na época do lançamento do Relatório de 2005, prévio à RNCCI (102), os serviços de cuidados continuados também existiam somente de forma desarticulada em algumas cidades portuguesas. O relatório menciona que em 2004 Portugal possuía 5,2% da sua população coberta por cuidados continuados com cumprimento total dos requisitos, sendo 5,72% do total para as pessoas acima de 65 anos. Além disso, 24,54% da população estava coberta por cuidados continuados sem estruturação e organização completa e 32% da população estava coberta por centros de saúde com alguns dos requisitos de cuidados continuados.

O Estado português começou a chamar para si as responsabilidades que antes se situavam no contexto familiar, com relação ao suporte aos idosos, a partir dos anos 70, com os lares oficiais. Na época estes lares tiveram a sua importância como um espaço próprio para os idosos, ao contrário dos asilos que abrigavam inválidos, diminuídos e mendigos. Na década de 1980 há um grande aumento do número de lares, mas eles

continuavam superlotados de idosos. Haja vista a necessidade, outras formas institucionais foram criadas para o abrigo dos idosos: lares para cidadãos dependentes; centros de dia; centros de convívio; serviço de apoio domiciliário, centro de noite, acolhimento familiar para pessoas idosas; residência; e finalmente a RNCCI (53).

Antes da RNCCI o governo português contava com o Programa de Apoio Domiciliário Integrado e o Programa de Apoio Integrado a Idosos. Este último continha o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD-pt), que cuidava do idoso no seu ambiente familiar; o Centro de Apoio a Dependentes/ Centro Pluridisciplinar de Recursos (CAD), que eram centros de recursos locais abertos à comunidade e voltados à prevenção e reabilitação de pessoas com dependência; a Formação de Centro de Recursos Humanos (FORHUM), voltado a familiares e demais cuidadores; Serviço Telealarme (STA), um botão de alarme para responder à necessidade de ajuda ou encaminhar para o serviço adequado; Passes Terceira Idade, para transportes das zonas urbanas de Lisboa e Porto; e Saúde e Termalismo Sênior, acesso a tratamentos termais à população idosa com menos recursos financeiros.

Também antes da estrutura atual da RNCCI, Portugal já possuía unidades intermediárias entre o domicílio e o hospital chamadas de Unidades de Apoio Integrado (UAI). Estas unidades visavam prestar cuidados temporários, globais e integrados às pessoas que, por motivo de dependência, não podiam manter-se apoiadas no domicílio, mas não careciam de cuidados clínicos em internamento hospitalar. Em 2005 a distribuição dessas UAIs era muito heterogênea no território português.

Para incentivar a criação e adaptação de unidades de prestação de cuidados de saúde o governo português se utilizou do eixo de Programa de Saúde XXI, o qual se dividia em duas linhas complementares. Incluía o incentivo à criação e reorganização de empresas de prestação de cuidados de saúde, incluindo aqueles relacionados aos cuidados no domicílio, reabilitação, cuidados paliativos e terminais. Somado a isso dava apoio à adaptação e modernização de espaços de entidades do setor social para prestação de cuidados de saúde.

Com isso já em 2005 o governo português havia conquistado a diminuição das consultas de urgência pelos idosos; evolução do número de altas com demora média superior a 7 dias, 20 dias e 30 dias, na população geral e nos maiores de 65 anos; diminuição de reinternamentos; e mais altas no grupo de patologias marcadoras: doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas, tumores malignos, fraturas e VIH/SIDA. Talvez por isso haja grande participação dos hospitais e outras instituições

particulares na RNCCI. Varia entre 4 e 17% a participação de instituições do SNS. As casas de misericórdia são predominantes.

Em Portugal o Ministério da Saúde financia os custos da prestação de cuidados de saúde e o Ministério da Solidariedade e Segurança Social, juntamente com os utentes encaminhados para a Rede (de forma proporcional ao seu nível de rendimento), financiam os custos da prestação de cuidados de apoio social. O financiamento direto pelo utente pode ser um obstáculo ao acesso à Rede, por vezes, devido ao internamento inadequado.

Porém, apesar dos avanços no campo da saúde, Portugal ainda não tem uma legislação própria para os idosos para além do artigo 12 da Constituição da República Portuguesa e do artigo 152 do Código Penal. Sendo que este é mais específico aos maus-tratos. Já na área da saúde há o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

No Brasil, a atenção domiciliar só foi normatizada de forma geral e abrangente, sem restrição a utentes portadores de determinadas patologias e sem foco exclusivo na internação domiciliar, em 2011. Apesar de já existir AD nas eSF (equipes de Saúde da Família), ela não era ainda regulamentada. O programa Melhor em Casa foi lançado em 8 de novembro de 2011.

O modelo brasileiro da AD caracteriza essa modalidade como “substitutiva ou complementar”: pode **substituir o cuidado prestado em outro ponto da Rede de Atenção à Saúde**, como o hospital, ou **complementar cuidados iniciados em qualquer um dos pontos**, como as UBSs. Além disso, realiza **promoção, prevenção e reabilitação**; adota a **continuidade do cuidado**; e prevê a **integração às Redes de Atenção à Saúde** através de fluxos e protocolos a serem estabelecidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD-br).

O Melhor em Casa explicita a existência de uma “tensão” ou “disputa” entre a institucionalização e a desinstitucionalização. Reconhece também a importância do envelhecimento populacional como demandante de cuidados contínuos e integrais e, portanto, dos programas de assistência domiciliar.

São elencadas duas formas principais de acessar o SAD-br: **indicação da AD pelos serviços que compõem a rede de atenção** (USF, emergência, hospitais, CAPS); ou **demanda espontânea**, através de contato do SAD-br pelos próprios familiares. Além disso, as equipes de AD devem realizar visitas, pactuadas com gerências e

equipas de saúde, com o objetivo de reconhecer os utentes que poderiam ter seu cuidado realizado no domicílio (**busca ativa**). (7).

O ingresso na rede portuguesa é definido pelo DL 101/2006 em duas possibilidades: a) através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados; b) ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de **diagnóstico da situação de dependência**.

Apesar de não constar no Programa Melhor em Casa, o Manual Instrutivo do Melhor em Casa (103) elenca ainda as seguintes categorias de origem do utente para a atenção domiciliar: **Atenção Básica; Serviço de Atenção às Urgências e Emergências; e Hospital**. O mesmo manual cria outra classificação, em **pré-hospitalar** e **pós-hospitalar**. Na primeira, a AD é **alternativa à internação hospitalar** e, na segunda, a AD é uma alternativa à **continuidade dos cuidados iniciados no hospital**. Dessa forma, pode-se dizer que a rede brasileira consegue oferecer a oportunidade para a integração entre atenção terciária e cuidados continuados já existentes em Portugal.

A atenção terciária é a principal via de acesso à RNCCI, através das equipas de gestão das altas (EGA) dos hospitais de agudos **do SNS**. Todos hospitais do SNS possuem uma EGA, a qual deve garantir a continuidade dos cuidados a todos os doentes que necessitem dessa continuidade.

Os utentes também podem ser referenciados a partir de suas casas, pelas equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários. Nesse caso, a equipa coordenadora local (ECL) deve validar a decisão.

A admissão na RNCCI é direta para as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) ou para equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHCP); estes casos não necessitam de validação da ECL. A proximidade da casa do utente é a única determinante para definir em quais unidades ou equipas da RNCCI ele pode ser admitido. O doente pode ainda ser transferido para outra unidade ou equipa, caso haja necessidade. Esse pedido deve ser feito pelo responsável da unidade/equipa onde o doente está admitido, o qual é validado pela equipa coordenadora local da área de influência da unidade/equipa. Articulação entre a ECL e a Equipa Coordenadora Regional (ECR) pode ser necessária se a ECL de admissão não for a mesma de destino.

A RNCCI permite a admissão na rede nas seguintes situações, de acordo com o DL 106/2006: a) dependência funcional transitória; b) dependência funcional

prolongada; c) idosos com critérios de fragilidade; d) incapacidade grave, com forte impacto psicossocial; e) doença severa, em fase avançada ou terminal. Outro documento mais recente define o ingresso de forma mais específica:

“(…) a) pessoas em situação de dependência, com incapacidade para desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária e/ou com presença de síndromes geriátricas como desnutrição, deterioração cognitiva e problemas sensoriais; b) pessoas com episódios frequentes de reagudização e que necessitam de ser seguidas e acompanhadas durante períodos de tempo mais ou menos longo, como DPOC, doença neurodegenerativa, ICC, DM ou hepatopatia; c) pessoas com doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado e que provoca um grande impacto emocional ao doente e família; d) pessoas com necessidade de continuidade de tratamentos; e) necessidade de ensino de procedimentos aos cuidadores, de modo a garantir a continuidade dos cuidados no domicílio.” (104)

Entre janeiro de 2011 e setembro de 2012 a procura pelos serviços da RNCCI por 37.871 utentes admitidos se deu da seguinte forma: a) Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (2%); b) Equipas de Cuidados Continuados Integrados (26,6%); c) Unidade de Convalescença (26,5%); d) Unidade de Cuidados Paliativos (5,3%); e) Unidade de Longa Duração e Manutenção (16,4%); f) Unidade de Média Duração e Reabilitação (23,1%). Foram referenciados 47.322 utentes nesse período, portanto 9.451 não foram aceites (19%).

O perfil de utilização dos serviços da RNCCI em 2011 pode ser definida da seguinte forma: 75% dos utentes tinha 69 anos ou mais e **82% estava acima de 64 anos**; 55,9% era mulheres; 48,9% deles era composto por idosos casados e 32,6% por viúvos; 61% estava no primeiro estágio da educação básica e 29,4% sem escolaridade; 76,7% era composto por profissionais sem qualificação; 53,3% dos utentes eram fisicamente incapazes (lavar-se, vestir-se, usar o vaso sanitário, deitar-se e levantar-se, sentar-se e levantar-se, controle urinário, controle de fezes e de se alimentar) e 42,6% dependentes; 83,6% tinha apoio familiar; 48,8% tinha médio risco de quedas e 29,7% apresentava alto risco para queda.

A percentagem média de utentes com ganhos de autonomia em 2011 foi de 9,1%. Houve uma média de 44% de utentes por unidade com quedas na RNCCI. O cálculo se refere aos utentes admitidos que sofreram quedas na Rede, no contexto de internamento, face ao total de admitidos, por unidade de internamento. Em média, 27% dos utentes por unidade teve pelo menos um registro de úlceras de pressão, através de cálculo semelhante ao das quedas. Além disso, 95% das unidades geográficas apresentava rácio inferior à meta e havia escassez de médicos e enfermeiros em algumas unidades de internamento.

### 3.5.1 Equipas e unidades das redes de cuidados portuguesa e brasileira

As unidades e equipas portuguesas são divididas da seguinte forma: unidades de internamento ou ambulatoriais; e equipas hospitalares ou domiciliarias.

- 1) Unidades de internamento: a) unidades de convalescença; b) unidades de média duração e reabilitação; c) unidades de longa duração e manutenção; d) unidades de cuidados paliativos.
- 2) Unidades de ambulatório: a) unidade de dia; b) unidade de promoção de autonomia.
- 3) Equipas hospitalares: a) equipa de gestão de alta; b) equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos.
- 4) Equipas domiciliarias: a) equipas de cuidados continuados integrados; b) equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

1.a) Unidades de convalescença (UC): são integradas a um hospital de agudos ou outra instituição articulada com um hospital de agudos<sup>4</sup>. Destina-se a: a) tratamento e supervisão clínica continuada e intensiva; b) cuidados clínicos de reabilitação na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de doença crônica. Tem por finalidade estabilização clínica e funcional, avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória da autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. Possui equipa com médico, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, nutricionista, assistente social, psicólogo, animador sociocultural e auxiliares. O utente precisa apresentar uma das seguintes condições: a) necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes e de: reabilitação intensiva; alimentação por SNG; tratamento de úlceras de pressão ou feridas; manutenção e tratamento de estomas; terapêutica parentérica; medidas de suporte respiratório; b) doente com necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica que necessite de supervisão continuada; c) doente com algum das seguintes síndromes, recuperáveis em curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas da deglutição, deterioração sensorial ou comprometimento da eficiência e/ou segurança da locomoção; d) doente crônico com risco iminente de descompensação; e) doente com indicação para programa de

---

<sup>4</sup> Hospital que trata os doentes na fase aguda da sua doença. Trata-se de hospitais com demora média de curta duração. (115)

reabilitação com duração previsível igual ou menor a 30 dias; f) doente com síndrome de imobilização.

1.b) Unidade de média duração e reabilitação (UMDR): possui espaço físico próprio e é articulada com um hospital de agudos. Realiza cuidados clínicos, reabilitação e apoio psicossocial em virtude de recuperação de processo agudo ou descompensação de doença crônica, em pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. O internamento deve ter de 30 a 90 dias consecutivos. Aplica-se a utentes com as mesmas condições da anterior, com exceção da (b) e (d). A (c) muda para doentes com síndromes recuperáveis a médio prazo: depressão, confusão, desnutrição, eficiência e/ou segurança da locomoção; a (e) muda para duração de até 90 dias. Possui o mesmo quadro de trabalhadores do anterior.

1.c) Unidade de longa duração e manutenção (ULDM): tem espaço físico próprio e pode ter caráter temporário ou permanente. Voltado a pessoas com processos crônicos, diferentes níveis de dependência e sem condições de cuidado domiciliar. Tem a finalidade de prevenir e retardar o agravamento da situação de dependência. O período de internamento deve ser superior a 90 dias, mas há exceção nos casos com dificuldade de apoio familiar ou necessidade de **descanso do principal cuidador** por um período de até 90 dias por ano. São geridas por um técnico da área da saúde ou da área psicossocial e contam com o mesmo quadro profissional das modalidades anteriores. É menos restrita com relação às necessidades do utente: a) requerimento de cuidados médicos e de enfermagem; b) patologia aguda e/ou crônica estabilizada que necessite de cuidados de saúde e apresente défice de autonomia nas atividades da vida diária; c) patologia crônica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica e funcional; d) doente sem potencial de recuperação a curto e médio prazo; e) presença de alguma das síndromes: depressão, confusão, desnutrição/ problemas da deglutição, deterioração sensorial ou comprometimento da eficiência e/ou segurança da locomoção.

1.d) Unidade de cuidados paliativos (UCP): espaço físico próprio, localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva. Procura dar conforto ao doente e à sua família, devido a doença incurável e/ou grave com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim da vida e do apoio ao luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais. São geridas por um médico. Aqui não há necessidade da

especialidade de medicina física e de reabilitação. Conta ainda com enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista e auxiliares. Esta unidade se destina a doentes em situação de dependência por uma doença grave e/ou avançada, ou em fase terminal, oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida à patologia base.

2) Unidades de ambulatório: ainda não existem em Portugal, apesar de previsto em lei. São unidades para prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção da autonomia e apoio social em regime ambulatorial a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Devem articular-se com unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes. Funcionam durante 8h por dia. Realizam atividades de manutenção e estimulação, cuidados médicos, cuidados de enfermagem periódicos, controle fisiátrico periódico, apoio psicossocial, animação sociocultural, alimentação e higiene pessoal. Supõem-se que o motivo da inexistência dessas unidades sejam os problemas de financiamento.

3.a) Equipas de gestão de alta: sediada num hospital de agudos, ela referencia utentes para a RNCCI. É multidisciplinar, prepara e gerencia altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais. Esse seguimento pode ser no domicílio, em articulação com as unidades de convalescença e nas unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar. No mínimo deve reunir um médico, um enfermeiro e um assistente social. A articulação é realizada com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos, equipas coordenadoras distritais e locais da Rede e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do âmbito de abrangência.

3.b) Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos: têm espaço físico próprio. É uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos. No mínimo contém um médico, um enfermeiro e um psicólogo. Presta aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital. Pode prestar cuidados diretos quando solicitada. Elas asseguram: a) formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestem cuidados continuados; b) cuidados médicos e de enfermagem continuados; c) tratamentos paliativos complexos; d) consulta e acompanhamento de utentes internados; e) assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares; f) cuidados de fisioterapia; g) apoio psicoemocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo o período do luto.

4.a) Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI): é responsabilidade dos cuidados primários de saúde e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários. Destinada a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, sem necessidade de internamento mas que não podem se deslocar de forma autónoma. É integrante da unidade de cuidados na comunidade (UCC) dos agrupamentos de centros de saúde (ACES). A UCC integra a equipa coordenadora local. Ela garante os seguintes serviços: a) cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos serem programadas e regulares e terem por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa; b) cuidados de fisioterapia; c) apoio psicossocial e ocupacional envolvendo familiares e outros prestadores de cuidado; d) educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; e) apoio na satisfação das necessidades básicas; f) apoio no desempenho das atividades da vida diária; g) apoio nas atividades instrumentais da vida diária; h) coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

4.b) Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos: responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos. Presta apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção. Deve conter no mínimo um médico e um enfermeiro. Garante os seguintes serviços: a) formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários; b) avaliação integral do utente; c) tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos; d) gestão e controle dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais; e) assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados; f) assessoria aos familiares e ou cuidadores.

O programa brasileiro, por sua vez, divide a atenção domiciliar em três modalidades: a) AD1; b) AD2; c) AD3. É confuso, pois sua definição aparece em diferentes documentos e, mesmo em diferentes capítulos de um mesmo documento, é caracterizada de forma desigual. Possui uma base territorial de 100 mil pessoas por SAD-br. É aplicado aos municípios com população acima de 40 mil habitantes. Da mesma forma que o modelo português, no Brasil as equipas são multiprofissionais, apesar de mais restritas na sua diversidade profissional.

No Brasil há critérios gerais de desligamento: mudança da área de abrangência; impossibilidade de permanência de cuidador no domicílio; não aceitação do acompanhamento; recuperação das condições de deslocamento; piora clínica que justifique internação; cura; e óbito.

Os critérios gerais de saída/alta são: melhora das condições clínicas ou estabilidade clínica; agravo do quadro que justifique internação; mudança da área; piora de condições mínimas domiciliares; inexistência de um cuidador; solicitação de desligamento; não cumprimento das combinações do plano de cuidados; e óbito.

Não há uma definição exclusiva, mas os perfis gerais prevalentes são: processos crônicos reagudizados; processo pós-cirúrgico imediato e tardio; grandes úlceras; situações agudas; nutrição parenteral, ventilação mecânica e antibioticoterapia domiciliar; cuidados paliativos. A adesão à atenção domiciliar depende da vontade do gestor local, é uma decisão política municipal. A Portaria 963/2013, através do Programa Melhor em Casa, define os diferentes níveis de AD, além das equipes e serviços responsáveis.

a) AD1: É realizada pelas eSFs, com eventual apoio dos NASF e demais pontos de atenção, incluindo os SAD-br. As visitas devem obedecer, no mínimo, periodicidade mensal. São critérios de inclusão: a) problemas de saúde controlados/ compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; b) necessidade 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 UBS; c) não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3. O Programa comenta a inclusão de utente através de territorialização, mas não fica claro como seria este processo. Critérios de desligamento: a) mudança da área de abrangência; b) impossibilidade de cuidador no domicílio; c) o usuário não aceita o acompanhamento; d) recuperação das condições de deslocamento até a unidade; e) piora clínica que justifique AD2/AD3 ou internação; f) cura; g) óbito. Quando há necessidade de AD2/AD3 e não há SAD-br no município, deve-se acionar o NASF para complementar o atendimento. Habitualmente o acompanhamento na AD1 é contínuo.

b) AD2: é realizado pela Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) e pela Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP). Destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de

saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. São critérios de inclusão: a) demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros; b) dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; c) necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; d) adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; e) adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses; f) adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; g) acompanhamento domiciliar em pós-operatório; h) reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; i) uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; j) acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; k) necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; l) necessidade de cuidados paliativos; e m) necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido. Habitualmente é temporária, mas pode ser contínua caso não haja possibilidade de estabilização para cuidados em AD1.

c) AD3: é realizado pela EMAD e EMAP. Destina-se ao mesmo perfil de usuário da AD2. A sua diferença reside em alguns pré-requisitos definidos pela Portaria 963/2013: necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos: a) Suporte Ventilatório não invasivo - Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) ou Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP); b) diálise peritoneal; ou c) paracentese.

d) SAD-br: é o serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial responsável pelo gerenciamento e operacionalização das EMADs e EMAPs. É necessário, portanto, para ter a AD2 e AD3 no município, ao contrário da AD1, a qual necessita ter apenas a ESF.

e) EMAD: É pré-requisito para constituição de um SAD-br. Pode ser do tipo 1, contando com médicos 40h semanais, enfermeiros 40h semanais, fisioterapeuta e/ou assistente social 30h semanais e auxiliares/ técnicos de enfermagem 120h semanais; e tipo 2, contando com médico 20h semanais, enfermeiro 30h semanais, fisioterapeuta ou assistente social 30h semanais e auxiliar/ técnico de enfermagem 120h semanais. Os municípios que possuem entre 20 mil e 40 mil habitantes são compostos por EMAD tipo 2 e podem contar com EMAP. Aqueles que agrupados cheguem a esse número, são compostos por EMAD tipo 2 e poderá contar com EMAP e/ou NASF. A EMAD tipo 1

deve contar com uma média de 60 usuários e o tipo 2 deve contar com 30 usuários em média. Cada EMAD deve atender uma população adscrita de até 100 mil habitantes. As visitas domiciliares da EMAD devem ser realizadas semanalmente.

f) EMAP: É constituída por pelo menos três profissionais de nível superior entre as seguintes opções: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional. O município pode ter direito a uma EMAP com a primeira EMAD e para a segunda EMAP deve contar com mais 3 EMADs. A periodicidade das EMAPs será realizada de acordo com as solicitações da EMAD.

Da mesma forma que em Portugal existem as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, com a função de apoio e aconselhamento às equipas das USFs, no Brasil a equipa do NASF realiza esse papel que no Caderno de Atenção Domiciliar Vol.2 é chamado de “Apoio Matricial e Equipa de Referência”.

Com relação ao tempo de acompanhamento também pode ser feito um paralelo com o modelo português. O Programa brasileiro define o atendimento domiciliar de curta permanência, dias a semanas, para as modalidades AD2 e AD3. A média permanência, semanas a poucos meses, é responsabilidade da EMAD na modalidade AD2, mas conforme diminua a frequência necessária de visitas domiciliares pode ser transferida para a AD1. A longa permanência, com duração de vários meses a anos, é habitualmente responsabilidade da AD1; porém, quando houver uso de altas tecnologias e/ou aumente a necessidade de visitas mais frequentes, estão indicadas as modalidades AD2 e AD3.

O programa brasileiro lembra ainda que apesar dos cuidados domiciliares diminuïrem o risco de infecção hospitalar e perda funcional, parte do gasto oriundo com os cuidados recai sobre a família. Assim, traz uma análise do papel do cuidador e sua sobrecarga emocional. Reconhece que ele tem maior risco de depressão e isolamento, além de sentimentos de anulação pessoal e sensação de incompetência pelo desempenho do seu papel de cuidador, principalmente na ausência de reconhecimento do seu desempenho funcional. Propõe o uso da Escala *Zarit Burden Interview* (ZBI) para avaliar a sobrecarga do cuidador.

Também é explicitado a necessidade de integração do Sistema Único de Saúde (SUS) com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como ocorre em outros países com tradição de cuidados de longa duração, como Portugal, pois o

envelhecimento populacional demandará outros arranjos na organização dos cuidados domiciliares.

Os cuidados paliativos não possuem uma modalidade específica de atendimento no Brasil, enquadrando-se nas modalidades de curta, média e longa permanência.

No seu sétimo capítulo o Programa brasileiro conceitua violência e maus-tratos e aborda a sua ocorrência na atenção domiciliar. Além disso, responsabiliza a equipa do SAD-br para a identificação da violência e maus tratos contra a pessoa que necessita de atenção domiciliar e ações de prevenção, promoção e acolhimento nesse sentido. O documento reconhece as seguintes formas de maus tratos: **negligência, abandono, abuso emocional/ psicológico, abuso físico, abuso econômico e abuso sexual**. Reconhece ainda os fatores de risco **relacionados ao utente, ao cuidador e sócio-familiares**. Também indica sinais e sintomas que sugerem maus tratos e violência.

### **3.5.2. A equipa do Programa de Assistência Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição**

O Programa de Assistência Domiciliar (PAD) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é precursor ao programa Melhor em Casa. Ele completou dez anos de atividade em 2014, quando, após a conquistas de algumas adaptações, contava com seis equipas: quatro equipas de atendimento clínico para adultos e idosos e duas equipas de atendimento pediátrico. Cada equipa funciona em turnos de 6h, responsáveis pelo turno matutino ou vespertino, das 7h às 19h. A sede do PAD do GHC se localiza em um dos hospitais do GHC, o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

As equipas selecionam os utentes para acompanhamento de acordo com avaliação do pedido de consultoria dos médicos que atendem nos hospitais do GHC, cujos utentes provêm da enfermaria ou do setor de emergência. Trata-se, portanto, de um acompanhamento domiciliar que os utentes recebem após a alta hospitalar. Como critério de seleção, além da situação clínica, tem grande valor a capacidade do cuidador responsável em dar efetiva continuidade aos cuidados em casa. Outro critério de seleção é ser morador da Zona Norte de Porto Alegre, área na qual o PAD do GHC é responsável pela assistência domiciliar.

Fazem parte das equipas do PAD do GHC: assistente social, enfermeiros, farmacêutico, fisioterapeuta, médicos de família e comunidade, médicos pediatras, nutricionista e técnicos de enfermagem. O tempo médio que estes profissionais

acompanham os utentes é de 30 dias, mas esse período pode ser abreviado ou prolongado de acordo com a necessidade de cada utente.

### 3.5.3 Os custos dos cuidados continuados

Uma pequena revisão bibliográfica, não exaustiva, sobre os custos dos cuidados continuados em Portugal encontrou o reconhecimento por todos os autores de que a investigação em cuidados continuados neste país ainda é escassa de acordo com quatros teses de mestrado em universidades portuguesas e um artigo (105) (106) (107) (108) (109). Artigo o qual foi o único encontrado no PubMed sobre a temática em Portugal (109). No Brasil foi encontrado um artigo na base de dados Scielo relacionado ao financiamento dos cuidados continuados (110). Revisão de literatura internacional de 2004 (111) demonstra disparidade metodológica na literatura e escassez de dados.

A tese de mestrado de Santos, Pereira e Perelman (105) apurou os custos da institucionalização na RNCCI e lares da 3ª idade após fratura osteoporótica da anca, coluna vertebral, punho e “outras localizações”, em mulheres. Os gastos estimados em fraturas de anca, sofreram um aumento importante desde 1990. De 11 milhões de euros, passou para 22,5 milhões em 1992, 28 milhões em 1994 e 52 milhões em 2006, de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS). Os custos das mulheres internadas por osteoporose utilizados foram abordados na perspectiva do SNS, do Estado (SNS e Seguro Social), do indivíduo e da sociedade.

Após excluir 4,9% dos episódios, por se desconhecer a data de alta, chegou-se aos valores sumarizados na Na perspectiva da sociedade, o internamento por todas essas modalidades de fratura custou cerca de 2,5 milhões de euros em 2009. O maior pagador foi o SNS (67%), mas o indivíduo ainda representava uma parcela importante (24%). Os cálculos de custos desse estudo têm a limitação de considerar por base os preços pagos às prestadoras, os quais possuem uma percentagem de lucro de valor desconhecido.

Ao analisar os custos sociais e de saúde com a osteoporose, Barefield estimou um custo anual de 10 bilhões de dólares de acordo com a *National Osteoporosis Foundation*, em 1996, além de ter a perspectiva de aumento para 200 bilhões de dólares no ano de 2040, devido ao envelhecimento populacional. Além disso, apontou a perda de produtividade devido à falta ao trabalho e morte prematura correlacionada, como importantes custos adicionais à sociedade. A reabilitação e institucionalização

custavam, por sua vez, 5,1 a 7,1 bilhões de dólares nos EUA, correspondentes a 40% do custo total com a doença. Na RNCCI, a fratura do colo do fêmur também é um problema de saúde relevante, ocupando o segundo lugar entre os diagnósticos mais frequentes.

Tabela 2. As unidades de maior custo por episódio foram as UMDR e as ULDMs. As UCs, por sua vez, têm um elevado peso na despesa por terem a maior proporção de episódios. O utente tem maior participação nas ULDM e as ECCI têm participação integral do SNS. A fratura do úmero proximal e punho não apresentou necessidade de internamento de nenhum doente em ULDM por resolver-se em curto prazo.

Na perspectiva da sociedade, o internamento por todas essas modalidades de fratura custou cerca de 2,5 milhões de euros em 2009. O maior pagador foi o SNS (67%), mas o indivíduo ainda representava uma parcela importante (24%). Os cálculos de custos desse estudo (105) têm a limitação de considerar por base os preços pagos às prestadoras, os quais possuem uma percentagem de lucro de valor desconhecido.

Ao analisar os custos sociais e de saúde com a osteoporose, Barefield (112) estimou um custo anual de 10 bilhões de dólares de acordo com a *National Osteoporosis Foundation*, em 1996, além de ter a perspectiva de aumento para 200 bilhões de dólares no ano de 2040, devido ao envelhecimento populacional. Além disso, apontou a perda de produtividade devido à falta ao trabalho e morte prematura correlacionada, como importantes custos adicionais à sociedade. A reabilitação e institucionalização custavam, por sua vez, 5,1 a 7,1 bilhões de dólares nos EUA, correspondentes a 40% do custo total com a doença. Na RNCCI, a fratura do colo do fêmur também é um problema de saúde relevante, ocupando o segundo lugar entre os diagnósticos mais frequentes (105).

Tabela 2 Custo médio e percentual de participação no pagamento das internações na RNCCI

| Tipologia de internação (%) |      |      |      |     | Patologia                   | Custo médio | % pagamento |     |           |
|-----------------------------|------|------|------|-----|-----------------------------|-------------|-------------|-----|-----------|
| ECCI                        | UC   | UMDR | ULDM | UCP |                             |             | SNS         | SS* | Indivíduo |
| 7,9                         | 55,1 | 30   | 6,8  | 0   | Fratura de anca             | €5.194,80   | 68          | 17  | 15        |
| 8,6                         | 40   | 37,1 | 14,2 | 0   | Fratura de coluna vertebral | €5.160,00   | 67          | 17  | 15        |
| 0                           | 57,1 | 42,8 | 0    | 0   | Fratura de úmero proximal   | €5.030,50   | 70          | 15  | 15        |
| 0                           | 62,5 | 37,5 | 0    | 0   | Fratura de punho            | €4.853,90   | 70          | 15  | 15        |

\*Seguro social

Fonte: (105)

Dados mais recentes, referentes à projeção da Comissão Europeia de 2009, apontam expectativas no mesmo sentido (113). É esperado um aumento dos gastos públicos com cuidados continuados de 1,2% em 2007 para 2,5% em 2060 nos países da zona EU27. É previsto que o impacto orçamentário da mudança do cuidado informal para formal no domicílio, misto domicílio-instituição e na instituição seja de 115%, 131% e 151%, respectivamente, na zona EU27, para o mesmo período. Neste último aspecto há uma clara diferença entre os países do norte europeu e os mediterrâneos: os suecos praticamente já não se preocupam mais com o cuidado informal, enquanto o mesmo ainda é quase uma regra na Espanha e na Itália (109).

A tese de mestrado de Ferreira e Almeida (106) abordou os Grupos de Diagnóstico Homogêneo (GDH) como método de financiamento dos hospitais. Eles seriam uma das formas mais divulgadas para operacionalizar a medição da produção hospitalar e, estabelecidos previamente à prestação dos cuidados, servem como um incentivo econômico. Portugal foi um dos pioneiros na sua adoção como sistema de financiamento.

O tempo de internamento é a variável independente utilizada pelo sistema GDH, o que torna determinante para ganhos e perdas ao nível do financiamento e da eficiência. Foi através dele que Ferreira e Almeida estudaram o efeito da referenciação de utentes para a RNCCI sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto (CHP), em 2010 e 2011. Em média, os utentes referenciados para a RNCCI tiveram um custo unitário de 13.216,21 euros a mais do que aqueles que foram tratados somente no CHP. Chegou-se a esse número através do cálculo do custo médio por dia de internação, de 546,25 euros entre 2010 e 2011, e dos dias acrescidos de internação na RNCCI, que resultou em 24 dias. Como motivos para o aumento do tempo de internação, o autor identifica o desconhecimento dos profissionais acerca dos circuitos e procedimentos de referenciação; ausência de planeamento; excessiva burocratização do processo; tempos de resposta da RNCCI elevados, o que gera desinteresse de alguns profissionais; e ausência de orientações claras (106).

A polimedicação no contexto da RNCCI também tem sido objeto de estudo em Portugal (107). Ela ocorre quando há o uso desnecessário de pelo menos um medicamento na presença de um ou mais fármacos em associação. Na ULDM Dona Elvira da Câmara Lopes (Póvoa de Lanhoso), foi encontrado uma média de 6 fármacos prescritos por utente e a prevalência de polimedicação em 75,4% dos utentes. Isso equivale a um valor diário gasto com medicação por utente entre 0,26 e 14,51 euros e,

em média, 3,27 euros por dia por doente. Se o polimedicado custa 3,68 euros por dia em medicamentos e toma-se por base os 10 euros de verba diária atribuída, obtém-se o impacto de 37% na verba estatal.

A dissertação de Telo-Gonçalves e Martin (108), por sua vez, permitiu uma reflexão sobre o aumento da eficiência da resposta das Unidades de Convalescença integrantes da RNCCI, ao comparar o atual modelo prospectivo por preços fixos com o modelo norte-americano de preços ajustados por *case-mix* em um cenário teórico. A autora identifica essas unidades como a tipologia mais cara do RNCCI, com uma média de encargo anual por cama de 22.456,29 euros e correspondendo a 15,87% do uso, enquanto que a ULDM é a unidade de menor custo (12.177,94) e também a mais utilizada (49,31%).

No modelo português o pagamento é fixo às unidades da RNCCI, abrange todos os encargos decorrentes da prestação de cuidados e é prospectivo: aplica-se a todos os episódios que vierem a ter lugar no período da sua vigência. Nos EUA o seguro de saúde destinado aos idosos é o *Medicare*, o qual garante acesso aos cuidados de saúde e promove a proteção financeira dos beneficiários. Ele também adota o pagamento prospectivo, porém este é ajustado por índices de *case-mix*. Telo-Gonçalves e Martin (108) estudaram particularmente o modelo das *Skilled Nursing Facilities* (SNF) por serem mais parecidos com as Unidades de Convalescença da RNCCI.

O ajuste em função do índice de *case-mix* dos utentes das SNF é realizado através do método *Resource Utilization Groups* (RUG-III) obrigatoriamente aos 5º, 14º, 30º, 60º e 90º dias de internamento. O RUG-III foi um modelo criado por Fries et al., que divide os doentes em 7 grupos de características, subdivididas em mais 5 categorias (*low, medium, high, very high e ultra high*) dependendo dos níveis de limitações. Se faz parte de mais de um grupo, é classificado para o índice mais elevado.

O modelo estadunidense consegue fornecer melhores pagamentos pelos cuidados considerados mais onerosos em virtude do tempo de reabilitação prestado ou do recurso a cuidados clínicos específicos. Esse benefício abrange metade dos episódios de internamento. Assim, configura um incentivo a uma prestação de cuidados mais ajustada à necessidade de cada utente, enquanto o preço fixo desestimula abordagens terapêuticas mais onerosas e promove um comportamento defensivo das instituições prestadoras. Mais que o comportamento defensivo, o pagamento fixo acaba por corroborar o prolongamento desnecessário da estadia média dos grupos de utentes

menos exigentes do ponto de vista financeiro. Além de outras questões, esse comportamento coloca em risco o princípio da acessibilidade.

Como comparação, enquanto no modelo estadunidense os doentes menos exigentes correspondem a 0,89% dos internamentos, na RNCCI constatou-se um aumento da demora média das UC, de 2009 a 2010, explicado em relatório de avaliação pelo aumento de incapacidade e dependência dos utentes na admissão.

Para suprir a falta de dados sobre informações e demanda dos serviços de cuidados continuados em Portugal, Cardoso et al. (109) investigaram métodos de predição do número anual de indivíduos que necessitam deles no planeamento de uma rede de cuidados continuados através de modelo de simulação baseado numa cadeia de Markov, no distrito de Lisboa. Os modelos do *Personal Social Services Research Unit* (PSSRU) e, em menor grau, de Markov, são extensamente utilizados na literatura com o fim de planejar os cuidados continuados. Eles utilizaram o modelo de Markov porque o seu estudo não se baseou em extrapolação demográfica, considerou fatores amplos socioeconômico e de saúde e foi utilizada aproximação integrada para acessar diferentes tipos de incerteza, com as mudanças na tecnologia e perfis epidemiológicos.

É esperado um aumento de 3,77% por ano, em média, na necessidade de cuidados continuados na freguesia de Santa Maria dos Olivais (Lisboa), onde houve o estudo mais detalhado. De acordo com 6 cenários – estadia curta, média e prolongada, com subdivisão de cada estadia entre **internamento de todos** os casos de cuidados continuados que necessitassem e entre permitir **cuidados domiciliares a 25% destes** – foi previsto o número de cuidadores informais necessários, visitas domiciliares, consultas ambulatoriais, camas para os cuidados continuados institucionais e, finalmente, os custos associados.

No cenário onde todos os indivíduos com necessidade dos cuidados recebê-los iam pelo mínimo período de estadia haveria o custo de 45 euros per capita em 2010, correspondentes a 2,2 milhões de euros aproximadamente e a 0,28% do PIB do mesmo ano (somente para a freguesia de Santa Maria dos Olivais). Seria um euro per capita mais barato do que o custo total associado com um cenário no qual 25% dos indivíduos que necessitassem dos cuidados continuados institucionais recebessem eles em casa. Extrapolando para 2015 e prevendo um aumento total de gastos entre 2,84% e 2,87%, haveria um aumento de custos de 11 mil euros no cenário com 25% dos cuidados domiciliares.

Por outro lado, quando levado em conta o cenário do período máximo de permanência, que são 90 dias na RNCCI, transferir 25% dos institucionalizados aos cuidados domiciliares poupariam oito euros per capita, o que corresponde a 402 mil euros. Ocorre situação parecida no cenário de período intermediário (60 dias) com poupança de três euros per capita (173 mil euros).

Com relação à necessidade de leitos para os cuidados continuados no cenário de ocupação por tempo moderado junto a 25% da ocupação em domicílios, 2.608 camas seriam necessárias para atender adequadamente o distrito de Lisboa, mas somente 34% deste número estava disponível em 2010. No **cenário mais otimista**, de curta estadia, somente 1.304 camas seriam necessárias, o que significa que, em 2010, 68% das necessidades de cuidados continuados estava coberta (900 leitos à época). No **pior cenário**, sem auxílio dos cuidados domiciliares para atender 25% da demanda e com tempo de estadia máximo, a capacidade instalada de 2010 cobriria somente 17% do necessário.

Os autores ainda fazem a ressalva de que cerca da metade dos usuários de cuidados continuados possuem um rendimento muito baixo e são incapazes de pagar pelos serviços. Além disso, os cuidados domiciliários podem não representar uma grande poupança quando não há pessoas para cuidar do idoso em casa e é preciso arcar com mais gastos para um profissional que realize essa atividade. Mais que isso, a análise dos custos levou em consideração somente aqueles relacionados ao prestador de cuidados de saúde, faltando outros componentes como os relacionados ao cuidado informal e o transporte para os prestadores de cuidados e também, por outro lado, dados relacionados à poupança de evitar que um utente de cuidados continuados utilize um serviço de cuidados agudos intensivos, muito mais custoso.

No Brasil o estudo de Mesquita et al. (110) investigou o custo médio de alguns recursos materiais de utentes internados no Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID) de Marília/SP: material de consumo, medicamentos, dietas e soluções. Este programa é remunerado através da AIH (Autorização de Internação Hospitalar) com um valor fixo de R\$ 22,34 por utente por dia, além de um cofinanciamento anual de R\$ 104.320,00 do Ministério da Saúde. Entre os recursos pesquisados, materiais de consumo e dieta apresentaram maior custo que medicamentos e soluções nos cuidados de utentes com sequelas de AVC e neoplasias. Os custos médios de cada utente com sequelas de AVC por dia foram de R\$ 52,72 e entre os

utentes com neoplasia chegaram a R\$ 65,13, sendo que os custos com materiais representaram R\$ 44,28 e 41,22, respectivamente.

## 4 METODOLOGIA

A investigação consistiu em um estudo observacional descritivo sobre prevalência de violência em idosos dependentes ou incapazes com duas vertentes.

A primeira parte foi um estudo de campo realizado em território brasileiro. Foi investigado o registo da equipa técnica do PAD do GHC em busca de anotações sobre violência em idosos atendidos em casa, procurando compreender o perfil do utilizador, principais causas de acesso e permanência na unidade e os custos associados. Foram incluídos nessa parte da pesquisa os registos de utentes que deram entrada nos serviços entre junho de 2012 e junho de 2013. Entendeu-se por idosos aqueles utentes que, no momento da entrada no serviço, possuíam 65 anos ou mais.

Na segunda parte da investigação, a coleta de informações recorreu a documentos de acesso público do governo português e brasileiro em busca de informações sobre violência contra idosos dependentes ou incapazes, com a finalidade de ampliar a base de dados.

A primeira parte utilizou a variável qualitativa referente à presença ou não de violência registada, bem como o registo de morbilidades ou comorbilidades que fundamentam o acesso, enquanto a segunda parte utilizou dados quantitativos discretos referentes à violência contra os idosos presentes nos dados governamentais. Nas duas partes foram incluídas a violência física, psicológica, sexual, econômica e negligência ou abandono.

Os investigadores têm a responsabilidade de manter em anonimato os nomes dos envolvidos na pesquisa e sigilo. Para evitar o risco de violação da privacidade, não foi utilizado o nome de nenhum utente na investigação, somente o registo da presença da variável qualitativa violência entre os utentes investigados, além das variáveis socioeconômicas, demográficas, morbilidades, comorbilidades e custos de internamento. Em caso do registo de algum utente ter expressa a negativa em participar de investigações será descartado do estudo.

O projeto de investigação foi apresentado para a apreciação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC e o mesmo foi iniciado somente após a sua aprovação.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Violência contra o idoso

Entre junho de 2012 e junho de 2013 a equipa do PAD do GHC acompanhou 194 idosos. Entre estes idosos, foi identificada **uma suspeita de violência física como agressão**, relacionada a uma idosa que estava internada em uma clínica geriátrica enquanto era investigada por transtornos psiquiátricos, antes dos familiares levarem à internação no HNSC do GHC. Supostamente seus pés foram amarrados com cordas, de acordo com relato de familiares, o que levou a escaras ao redor dos tornozelos, em calcâneos e, indiretamente, devido à imobilidade, a escaras sacrais. A equipa não seguiu a investigação da violência porque, quando ainda estava sob cuidados do PAD, seus familiares ficaram preocupados com o estado das escaras durante um final de semana, período sem atuação das equipas do PAD, e levaram-na em um serviço de pronto atendimento. Este serviço, por sua vez, deu prosseguimento à investigação em outro local. **Outros dois casos de violência física, sem agressão intencional**, foram identificados: um idoso que sofreu politraumatismo por acidente de motocicleta e outro que sofreu a mordedura de um cão.

Em um **quarto caso**, a utente referiu conflito com esposo e **situação recorrente de agressividade**, mas não foram encontrados sinais de violência física durante os atendimentos e os registos da ficha clínica também não deixaram claro se a utente sofria alguma forma de **violência física além da psicológica**. O caso foi encaminhado pela equipa assistente para discussão clínica com todas as equipas do PAD. A equipa responsável conversou com o esposo e avisou sobre a possibilidade de acionar outras instâncias. Conversou também com a médica da UBS de referência. A assistente social da equipa do PAD também foi envolvida, entrou em contato com a nora e esta referiu que tentaria reparar o casal.

Uma **outra idosa** relatou **dificuldade no relacionamento** com seu companheiro, alcoolista, com possível **violência psicológica**. Além disso, a utente apresentava **escaras em períneo com difícil resolução** e havia constante **erro na administração dos medicamentos contínuos**, o que remete à negligência. A equipa convocou o filho e a nora para uma reunião, onde sugeriram a contratação de um cuidador externo ou internação em clínica geriátrica.

Houve ainda outras situações em que a **violência física** poderia ser considerada como **possibilidade**, mas não foi possível constatar se ocorreu de fato, pois necessitariam de investigação social complementar que não foi relatada nos registros das equipas. Essa possibilidade vai ao encontro das pistas apontadas por Hirsh na avaliação clínica do abuso contra o idoso (101). Foi o caso dos AVCs, que quando hemorrágicos podem decorrer de um Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE). Este, por sua vez, pode ser fruto de violência física. Também foi o caso das quedas, que podem ser fruto tanto da fraqueza do idoso como de um ato de terceiros; podem ser considerados também os hematomas em utentes usuários ou não de anticoagulantes; e ainda as fraturas, da mesma forma. Sem a investigação devida não é possível esclarecer sua causalidade. As quedas, AVCs hemorrágicos, hematomas, equimoses e fraturas foram encontrados em **26 utentes** acompanhados.

Apesar de não ser objetivo inicial do estudo, a riqueza de detalhes dos registros clínicos das equipas permitiu avançar para a análise de outras formas de violência, como a **negligência ou abandono**. Esta forma mostrou-se a **predominante** entre os idosos acompanhados pela equipa do PAD. Como dados indiretos para a definição de negligência utilizou-se alguns sinais identificados pelos médicos, menos característicos, como as úlceras, escaras, necroses e ainda outras lesões epiteliais não especificadas. Lesões as quais não passavam rotineiramente por uma investigação mais detalhada para caracterizar qual falta de cuidado levou a elas, como despreparo cognitivo, descaso ou abandono do idoso. Em algumas situações foi registrado uma investigação aprofundada. Estas lesões menos características de **negligência, baseados em fatos indiretos**, foram identificadas em **41 idosos**.

Houve ainda **quatro casos** bem definidos como **negligência ou abandono**. Em uma ocasião o quarto do idoso foi descrito como uma espécie de depósito, estando o mesmo “guardado” com outros objetos e utensílios sem uso na residência, num cômodo sem higienização, sem janela, infestado com cheiro de urina de cachorro e outros animais que viviam na casa. A equipa orientou institucionalização. Outro caso característico foi de uma idosa desnutrida com tal gravidade que levou à internação hospitalar.

Em uma ocasião de abandono a utente nem pôde ser acompanhada pela equipa do PAD, apesar de chegar a receber a internação, porque na hora de buscar a idosa no hospital onde estava internada, a filha não quis ir junto, alegando que já cuidava do pai,

também acamado. Esta utente acabou ficando nos cuidados paliativos do hospital por mais um mês. O quarto caso de abandono foi sobre um idoso que não era higienizado.

Em duas situações a assistente social conseguiu identificar **sobrecarga do cuidador**. Em uma delas, a sua intervenção levou a família a mobilizar recursos para contratar uma cuidadora assalariada e na outra acompanhou mais de perto o caso.

Como pano de fundo da negligência e abandono do idoso pode estar o **conflito familiar**. Esta situação foi encontrada em **cinco idosos** acompanhados. Em um desses casos a equipa percebeu a falta de preparo para cuidar do idoso como potencializadora de conflito e orientou o contrato de uma cuidadora. Noutro caso o vínculo do filho com a idosa já era fraco antes da internação domiciliar e a utente achava que o filho cuidador queria matá-la. O **alcoolismo esteve presente em um** destes cinco conflitos familiares identificados. Um destes idosos, envolvidos no contexto do conflito familiar, relatou agressividade, apesar de sem sinais de violência física.

Algumas famílias deixaram claro a **dificuldade para manejo** do utente acamado. Isto aconteceu com **três idosos**.

Não foi identificada violência sexual ou econômica.

A **Tabela 3** sumariza os dados encontrados.

Tabela 3 Tipologia de violência encontrada

| Tipologia de violência             | Número de casos | Porcentagem do total de idosos |
|------------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| Violência física – forte suspeita  | 3               | 1,8%                           |
| Violência física – provável        | 26              | 15,9%                          |
| Negligência ou abandono – definido | 4               | 2,4%                           |
| Negligência ou abandono – provável | 41              | 25,1%                          |
| Violência psicológica              | 2               | 1,2%                           |
| Violência financeira               | 0               | 0                              |
| Violência sexual                   | 0               | 0                              |

## 5.2 Dados secundários encontrados

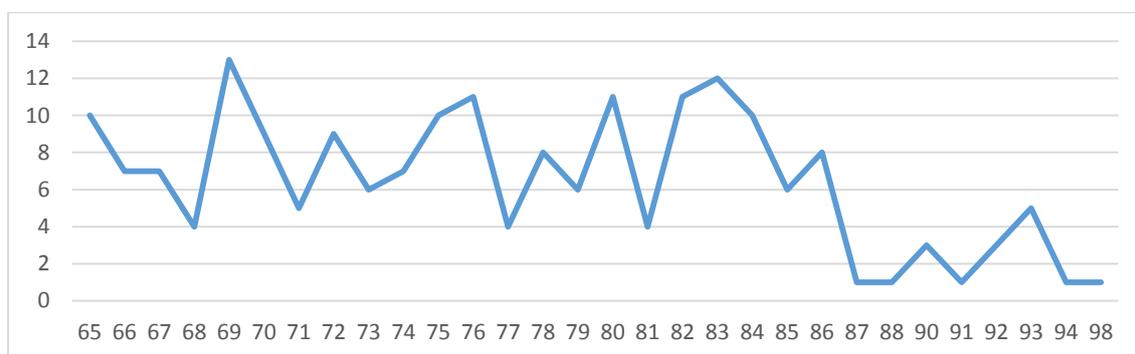
A investigação dos registos das equipas permitiu encontrar ainda outros dados importantes para a avaliação dos cuidados continuados. Foi possível identificar que as mulheres foram cuidadoras na maior parte dos casos (132 – 68%) como ilustra a **Tabela 4**. Cinco idosos não necessitaram de cuidadores porque eram autônomos e independentes e em 3 casos não houve registo do cuidador.

Tabela 4 Cuidadores principais

| Relação com o idoso | Número de cuidadores | Percentual sobre o total |
|---------------------|----------------------|--------------------------|
| Filha               | 78                   | 47,8%                    |
| Filho               | 38                   | 23,31%                   |
| Esposa              | 25                   | 15,33%                   |
| Neta                | 10                   | 6,13%                    |
| Nora                | 9                    | 5,52%                    |
| Esposo              | 6                    | 3,68%                    |
| Sobrinha            | 5                    | 3,06%                    |
| Irmã                | 4                    | 2,45%                    |
| Neto                | 3                    | 1,84%                    |
| Amiga               | 2                    | 1,22%                    |
| Sobrinho            | 2                    | 1,22%                    |
| Cuidador contratado | 2                    | 1,22%                    |
| Genro               | 1                    | 0,61%                    |
| Irmão               | 1                    | 0,61%                    |

A idade dos idosos variou entre 65 e 98 anos, com uma média de 81,5 anos, mediana de 76 anos e moda de 69 anos, conforme **Figura 16**.

Figura 16 Número de idosos internados por idade



Das 194 internações, 115 deram entrada em 2012 e 79 em 2013. Houve maior incidência de internações femininas (117 – 60%) sobre as masculinas (77 – 40%). Nos 12 meses de investigação 23 utentes reinternaram uma vez no PAD e 4 utentes reinternaram duas vezes neste serviço, somando, dessa forma, 163 diferentes utentes.

As internações tiveram uma grande margem de diferença de duração, entre 1 e 144 dias, revelando a grande variedade de tipos de casos abordados pelas equipas do PAD do GHC. A média foi de 33,1 dias de internação, com uma mediana de 28 dias e uma moda também de 28 dias conforme **O** principal motivo de internação foi o AVC e suas sequelas, responsável por 44 delas (23%), seguido pelas doenças respiratórias (DPOC descompensado e pneumonias), com 39 internações (20%) e pelas

neoplasias, com 24 casos (12%). As doenças infecciosas, quando incluído as pneumonias, chegaram a 16%. As doenças cardíacas, majoritariamente ICC descompensada, vêm logo em seguida, com 10% das causas de internação. Todas elas estão ilustradas na **Figura 18**.

Figura 17.

O principal motivo de internação foi o AVC e suas sequelas, responsável por 44 delas (23%), seguido pelas doenças respiratórias (DPOC descompensado e pneumonias), com 39 internações (20%) e pelas neoplasias, com 24 casos (12%). As doenças infecciosas, quando incluído as pneumonias, chegaram a 16%. As doenças cardíacas, majoritariamente ICC descompensada, vêm logo em seguida, com 10% das causas de internação. Todas elas estão ilustradas na **Figura 18**.

Figura 17 Número de utentes por tempo de internação domiciliar

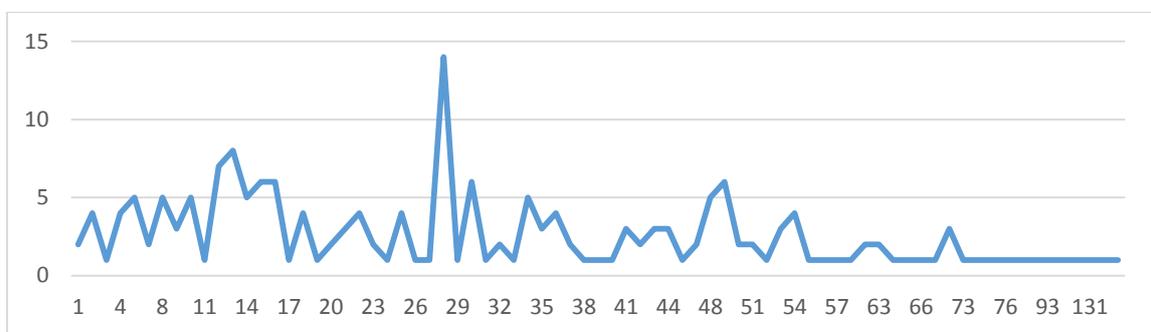
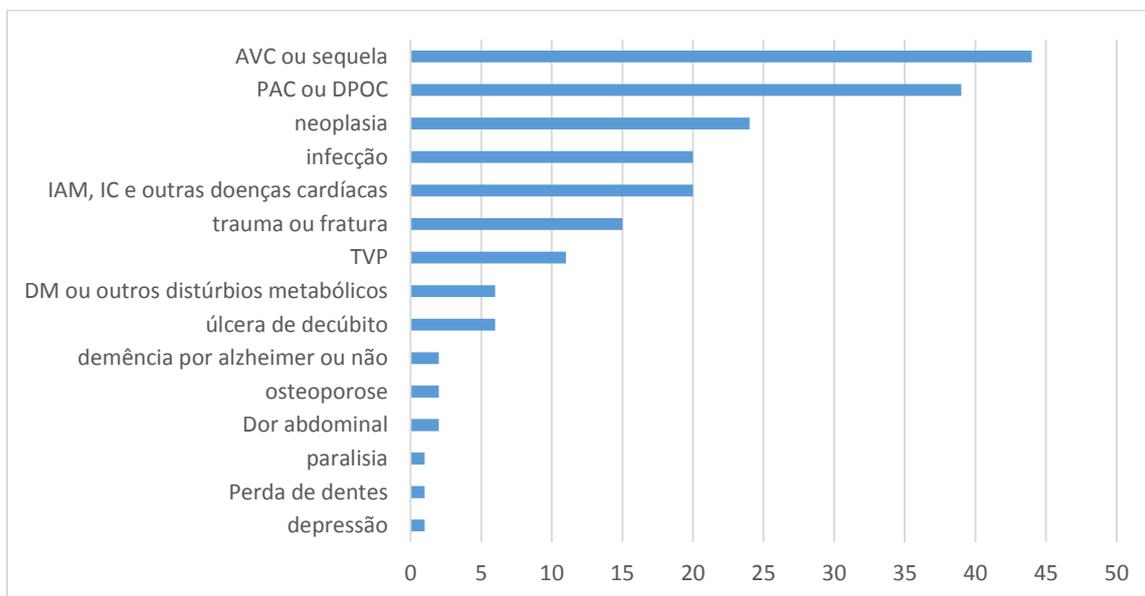


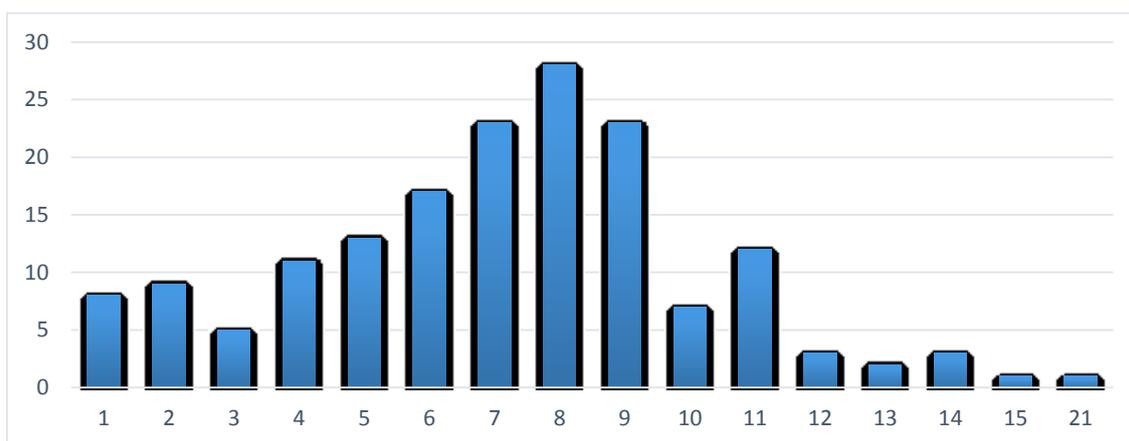
Figura 18 Principais motivos de internação



Vale ressaltar que o motivo de internação principal do sistema do GHC aceita apenas um código da CID-10, o que pode gerar confusão na análise das causas de internação quando, por exemplo, o utente interna por uma DPOC exacerbada por uma pneumonia. Por isso, os dados foram agrupados da forma descrita.

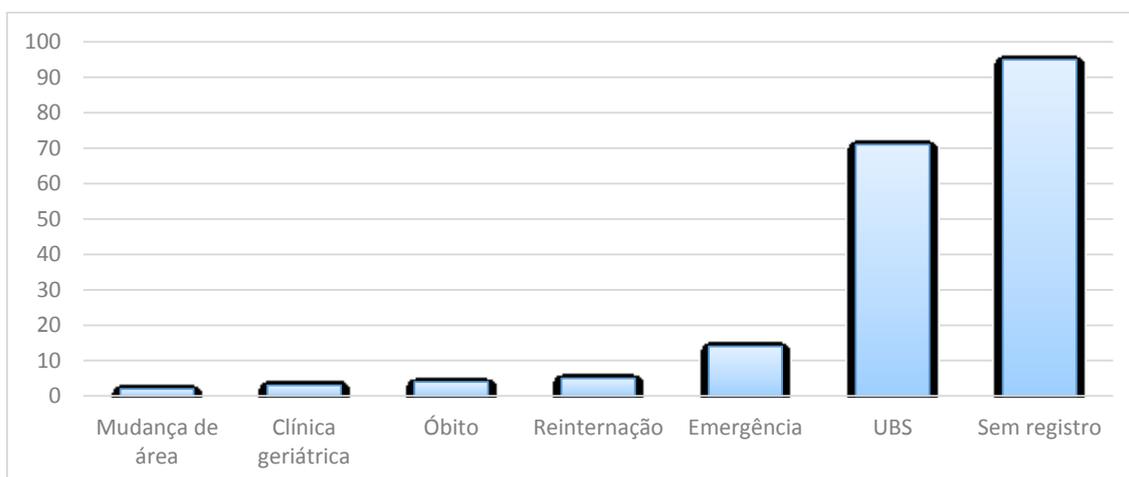
A quantidade de medicamentos prescritos por dia variou entre nenhum e 21 medicamentos. A média foi de 6,11 medicamentos prescritos por dia, com uma mediana de 7 medicamentos por dia. A quantidade prescrita foi bimodal de nada e 8 medicamentos, ilustrados na **Figura 19**. A ficha clínica de 28 idosos não continha informações sobre os medicamentos utilizados, informação a qual permite inferir que não houve medicamentos fornecidos pela instituição, mas não exclui a possibilidade do utente comprar os medicamentos por sua conta.

Figura 19 Quantidade de medicamentos por dia por utente



Grande parte dos utentes, 95 (49%), não teve o seu encaminhamento após a alta registrado na ficha clínica, conforme a **Figura 20**.

Figura 20 Destino após a alta domiciliar



### 5.3 Custos relacionados

Alguns dados relacionados a custos de diária de internação puderam ser obtidos. A diária do PAD foi de R\$ 24,13 pela AIH, enquanto que a diária em leito hospitalar pela mesma AIH teve o valor de R\$ 463,21. Esses valores eram fixos e não

modificavam de acordo com o motivo da internação. Pode haver co-financiamento ou acesso outros recursos complementares, mas isto não estava explícito nas fichas clínicas.

## 5.4 Bases de dados governamentais

A pesquisa através do DATASUS e do SINAN permitiu quantificar a mortalidade por causas externas, além da notificação da violência contra o idoso no Brasil a partir de 2009, conforme **Tabela 5**.

Tabela 5 Óbito por causas externas em idosos brasileiros e portugueses, porcentagem sobre o total e notificações de violência contra idosos brasileiros.

| Período   | Média de idosos mortos/ano e porcentagem |                  | Notificações (Brasil) |
|-----------|--|------------------|-----------------------|
|           | Brasil                                   | Portugal         |                       |
| 1996-2000 | 10.056 – 0,1%                            | 4.473 – 0,26%    | <i>sem dados</i>      |
| 2001-2005 | 12.389 – 0,11%                           | 5.013 – 0,27%    | <i>sem dados</i>      |
| 2006-2008 | 15.234 – 0,12%                           | 4.757 – 0,25%    | <i>sem dados</i>      |
| 2009      | 17258 – 0,13%                            | 4.850 – 0,25%    | 1748                  |
| 2010      | 19016 – 0,14%                            | 5.014 – 0,25%    | 3255                  |
| 2011      | 19745 – 0,14%                            | 4.556 – 0,23%    | 5300                  |
| 2012      | 20569 – 0,14%                            | 4.615 – 0,23%    | 8835                  |
| 2013      | <i>sem dados</i>                         | <i>sem dados</i> | 10926                 |

Fonte: (114) (35) (115)

Através da colaboração do INE, que de forma muito atenciosa forneceu os dados sobre mortalidade por causas externas em idosos, foi possível identificar os dados portugueses relativos a esta questão, conforme a **Tabela 5** e a

### **Tabela 6. A**

**Tabela 6**, ao reunir dados específicos de acordo com a LSE (Lista Sucinta Europeia) permite ir além dos dados brasileiros, restritos à CID-10. Porém, dados com o LSE-64, especificamente referente a mortes por violência contra o idoso, com resultados inexpressivos, somados à grande quantidade de registros que ignoram se a morte foi intencional ou acidental (LSE-65) colocam em dúvida a viabilidade do seu uso para uma análise fidedigna.

Em Portugal não há uma instituição ligada à saúde responsável pela notificação da violência contra os idosos. Ele é considerado crime público e mesmo quando o profissional de saúde percebe indícios de violência não precisa ser ele próprio a

denunciar. Qualquer cidadão pode comunicar às autoridades policiais ou ao Ministério Público, o qual abre um inquérito com vista a apurar os fatos e posteriormente arquiva ou move processo crime.

Entre os órgãos que recolhem dados e fornecem estatísticas sobre a violência em Portugal está a APAV. No seu relatório de 2013 (116) foi identificado 774 vítimas idosas.

Tabela 6 Óbitos gerais por causas externas de morte, entre 1994 e 2012, para os indivíduos com 65 ou mais anos

|      | Lista Sucinta Europeia (65) pela CID 10 |        |        |        |        |        |               |        |
|------|---|--------|--------|--------|--------|--------|---------------|--------|
|      | LSE-58                                  | LSE-59 | LSE-60 | LSE-61 | LSE-62 | LSE-63 | <b>LSE-64</b> | LSE-65 |
| 1994 | 1731                                    | 1121   | 522    | 387    | 8      | 277    | <b>20</b>     | 308    |
| 1995 | 1840                                    | 1205   | 565    | 411    | 13     | 301    | <b>26</b>     | 301    |
| 1996 | 1872                                    | 1134   | 525    | 362    | 8      | 286    | <b>20</b>     | 426    |
| 1997 | 1868                                    | 1111   | 518    | 347    | 8      | 253    | <b>9</b>      | 489    |
| 1998 | 1847                                    | 1070   | 455    | 336    | 6      | 238    | <b>12</b>     | 517    |
| 1999 | 1855                                    | 970    | 381    | 299    | 13     | 266    | <b>19</b>     | 593    |
| 2000 | 1803                                    | 961    | 331    | 325    | 5      | 242    | <b>10</b>     | 577    |
| 2001 | 1868                                    | 1203   | 465    | 451    | 6      | 303    | <b>16</b>     | 336    |
| 2002 | 2102                                    | 1461   | 510    | 384    | 17     | 459    | <b>26</b>     | 130    |
| 2003 | 2274                                    | 1614   | 497    | 656    | 14     | 447    | <b>29</b>     | 140    |
| 2004 | 2143                                    | 1212   | 405    | 506    | 13     | 489    | <b>33</b>     | 385    |
| 2005 | 1924                                    | 905    | 323    | 338    | 7      | 381    | <b>31</b>     | 562    |
| 2006 | 2075                                    | 990    | 321    | 176    | 9      | 381    | <b>35</b>     | 593    |
| 2007 | 2145                                    | 829    | 331    | 242    | 11     | 453    | <b>22</b>     | 704    |
| 2008 | 2285                                    | 849    | 305    | 241    | 12     | 456    | <b>17</b>     | 789    |
| 2009 | 2213                                    | 840    | 306    | 249    | 11     | 420    | <b>11</b>     | 800    |
| 2010 | 2287                                    | 890    | 335    | 232    | 19     | 474    | <b>21</b>     | 756    |
| 2011 | 2086                                    | 814    | 289    | 235    | 11     | 393    | <b>24</b>     | 704    |
| 2012 | 2132                                    | 777    | 213    | 264    | 14     | 458    | <b>24</b>     | 734    |

Fonte: INE

## 5 DESENVOLVIMENTO

O predomínio da negligência nesta investigação pode ser interpretado como consequência do meio pesquisado. Outro estudo brasileiro sobre violência entre idosos atendidos por equipas de atenção domiciliar também encontrou o predomínio de fatores de risco relacionados à negligência (100). A negligência associada ao abandono foi identificada como predominante em um estudo português realizado em Lares e Centros Dia e também em outro realizado em Serviço de Urgência (53) (66). Este último chama a atenção por contrapor o esperado predomínio da violência física em um serviço da sua característica; provavelmente pelo caráter exaustivo da investigação, com envolvimento dos profissionais de saúde, associado à recolha de informações adicionais importantes relacionadas ao estado geral do sujeito.

Nenhum outro estudo brasileiro de prevalência entre os encontrados, além daquele realizado em um serviço de atenção domiciliar (100), identificou a negligência como tipo de violência predominante entre os idosos. Porém, estudos com trabalhadores de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) descobriram que estes identificam a negligência como a violência mais prevalente (93) (14)

Uma possível resposta a essa diferença é o fato dos estudos brasileiros sobre prevalência da violência contra os idosos, citados neste trabalho, terem sido realizados a partir de bases de dados de delegacias, serviços de apoio ao idoso e acidentes violentos com necessidade de internação. Esses serviços ou exigem a participação ativa do idoso na notificação ou remetem a formas mais graves de violência na qual a negligência aparece obscurecida. Ao contrário da violência física, a negligência exige a observação detida de caso a caso e consequente análise a partir de fatores de risco suspeitos encontrados em bases de dados médicas mais específicas, com acesso a sinais e/ou diretamente ao exame físico, como as fichas clínicas.

A violência física intencional foi identificada nesta investigação apenas como suspeita: os casos bem definidos ocorreram por acidente de trânsito e mordedura de cachorro. Algumas das suspeitas foram levantadas de acordo com os sinais de alerta em discussão na literatura internacional (68) (53), sendo que entre eles houve aqueles que receberam um acompanhamento mais aprofundado pela equipa do PAD do GHC. O objetivo deste acompanhamento era avaliar a possibilidade da manutenção do convívio entre o possível agressor e a vítima através da compreensão das necessidades e auxílio

de ambos, quando necessário. O encaminhamento a outras instâncias fora da área da saúde, como a investigação policial, não chegou a ser acionado ou, pelo menos, não foi registrado na ficha clínica. Isso pode reforçar a característica já apontada por Minayo e Souza (64) sobre as diferentes funções da saúde pública e da justiça no enfrentamento da violência. Afinal, traz o questionamento sobre como deveria se dar a interação entre essas duas instâncias. É preciso aproximar as duas áreas, pois a investigação policial pode – se não tratada da forma adequada – reduzir os avanços que os serviços de saúde conquistam contra os fatores de risco que levaram o agressor às vias de fato, quando restringe suas ações à punição do agressor e reforça seu papel na sociedade.

A violência psicológica foi evidente somente em dois casos. É mais difícil qualificar a sua suspeita, pois dados objetivos são, em geral, insuficientes. Depende da reclamação da vítima, a qual poucas vezes ocorre, inibida pela coabitação com o agressor, aceitação do papel de vítima ou medo de pior retaliação, como já visto na fundamentação teórica. Portanto, seu reconhecimento exige uma investigação mais aprofundada através de entrevista com os próprios idosos.

As violências sexual e econômica não foram encontradas no estudo de campo. Também são temas de difícil acesso. Quanto à violência econômica, é possível levantar algumas suspeitas pela forma como a casa é organizada e conhecendo quantas pessoas coabitam com o idoso. A descrição das casas e da organização familiar poderia, portanto, auxiliar na sua identificação.

Na literatura brasileira, somente em estudos baseados em dados policiais foi identificada a violência sexual contra o idoso. Foi numa percentagem muito baixa e com pouco significado estatístico. É de se esperar a baixa prevalência em estudos onde não há investigação caso a caso, pois a violência sexual, quando não envolve violência física, exige os mesmos cuidados investigativos que a negligência. Ela também não é evidente e, portanto, ainda falta definir uma abordagem metodológica mais adequada para a sua investigação.

Para o desenvolvimento de uma metodologia que permita atuar nos fatores de risco e reduzir os motivos que levaram o agressor a cometer o ato de violência, é preciso também conhecer a prevalência destes fatores de risco. A investigação por fichas clínicas demonstrou poder contribuir também neste aspecto, pois foi identificadas situações de sobrecarga do cuidador, conflito familiar, alcoolismo por parte do agressor e dificuldade para manejo do acamado. A presença de assistente social na equipe demonstrou poder colaborar nesses aspectos, ao reconhecer algumas situações.

A mulher foi a cuidadora de maior prevalência neste estudo, o que remete ao seu papel na sociedade e, conseqüentemente, à sobrecarga do cuidador. Se a mulher somar as responsabilidades de um trabalho fora de casa, com as tarefas do lar e o cuidado do idoso, pode haver sobrecarga e, conseqüente, aumento do risco de agressão ao idoso.

As doenças cardiovasculares e crônicas degenerativas, em perfeita correlação com a fase atual da TTE brasileira, foram as causas de internação predominantes. Sua prevalência, quando somado AVC, ICC, DPOC e neoplasias chegou a 65% das internações. Elas estão justamente entre as doenças mais incapacitantes com possibilidade de dependência e necessidade de cuidadores.

A literatura estadunidense fornece muitos dados para perceber os sinais de alerta de abuso contra idosos e as causas de falha no diagnóstico ou na notificação de abuso de idoso pelo médico (68). Porém, no presente estudo não foi possível identificar quais fatores mais pesaram para a não ocorrência de notificação. Para investigar a causa das causas, isto é, entre as motivações para a falha no diagnóstico e baixa notificação, quais predominam, é preciso investigar os próprios trabalhadores da saúde. Não foi objetivo deste estudo, mas percebe-se a importância de incentivar iniciativas nesse sentido dado que a notificação ainda demonstra ser uma prática insipiente no âmbito da saúde.

É provável que o grande aumento apresentado nas notificações através do SINAN – quase 100% nos 3 primeiros anos com uma tendência a se estabilizar nos anos seguintes – seja devido ao processo de adaptação e aprendizado dos profissionais ao registro da violência durante a sua prática e não a um surpreendente aumento real da violência contra o idoso. Os números relacionados aos óbitos por causas externas seriam mais consistentes à análise da violência contra os idosos, porém confunde-se com a mortalidade por acidentes de trânsito, quedas, envenenamento e outras fatalidades sem necessária correlação com um agressor ou mesmo autoagressão. Se houvesse dados fidedignos sobre a notificação da violência, seria possível pensar na possibilidade da correlação entre a mortalidade por causalidades externas e a notificação da violência. Neste período incipiente das notificações, ainda é difícil afirmar qual é a real situação da violência contra os idosos no contexto brasileiro.

Porém, a incapacidade em definir a real prevalência da violência não tira o mérito da investigação, que tentou se colocar como mais um estudo de campo para auxiliar na compreensão deste fenômeno. Ela demonstrou que a investigação através de fichas clínicas em unidades de assistência domiciliar pode ser mais uma forma de aproximar o conhecimento científico da prevalência da violência contra os idosos e sua

magnitude como problema de saúde pública. Um importante indicador enquanto a notificação ainda não é capaz de ilustrar esta situação de forma fidedigna, pois a preocupação com a violência ainda é superior aos dados encontrados na literatura sobre sua prevalência (72). Mais que isso, alcançou resultados que corroboram com a definição da OMS de 2002 (117) quando trata da negligência como uma das três grandes áreas de intervenção para prevenção dos maus-tratos às pessoas idosas.

Entre os resultados encontrados que dizem respeito ao PAD do GHC, percebe-se que o acompanhamento esperado de 30 dias consegue ser alcançado em média, demonstrando a acertada relação entre seus objetivos e a metodologia de funcionamento.

Os dados apresentados sobre os custos associados à RNCCI permitem perceber que pelo menos desde a década de 90 e até a metade do século XXI é previsto um aumento nos investimentos em saúde, decorrente da necessidade dos cuidados continuados associada ao envelhecimento populacional. Essa previsão se manteve na primeira década do século XXI e avança constantemente nas atuais estimativas. Gastos que eram motivo de preocupação exclusiva dos EUA e do norte europeu na metade do século passado tornam-se cada vez mais importantes não somente para o sul europeu como para todo o mundo. O caráter internacional da TTD e a previsão do limite de crescimento mundial para pouco além de 2100 pela ONU vêm corroborar essa preocupação.

Portugal envelheceu populacionalmente antes do Brasil e possui uma literatura um pouco mais abrangente no tocante à economia da saúde dentro dos cuidados continuados. Mesmo assim ainda há falta de estudos e informações sobre os seus custos em Portugal. Além desta constatação por estudos recentes, a dificuldade para encontrar artigos sobre o tema em língua portuguesa, ou outras, referentes a Portugal, contribui com essa afirmação. Para um país que já sofreu o envelhecimento populacional em 2001, a resposta do SNS à transição epidemiológica e a consequente criação de uma rede organizada para os cuidados continuados é muito recente (118), principalmente se comparado ao norte europeu e aos EUA, onde existe uma cultura de mensuração de custos. E se for somada à atual situação de crise, a falta de planejamento para lidar com recursos escassos é ainda mais grave.

Apesar de ter apresentado um considerável aumento da despesa total em saúde desde a década de 70, além do aumento da proporção da despesa pública desde a década de 90, em 2005 Portugal começou a apresentar oscilações no investimento total no

setor; com breve recuperação em 2009, mas voltando a cair em 2011, como ilustra a

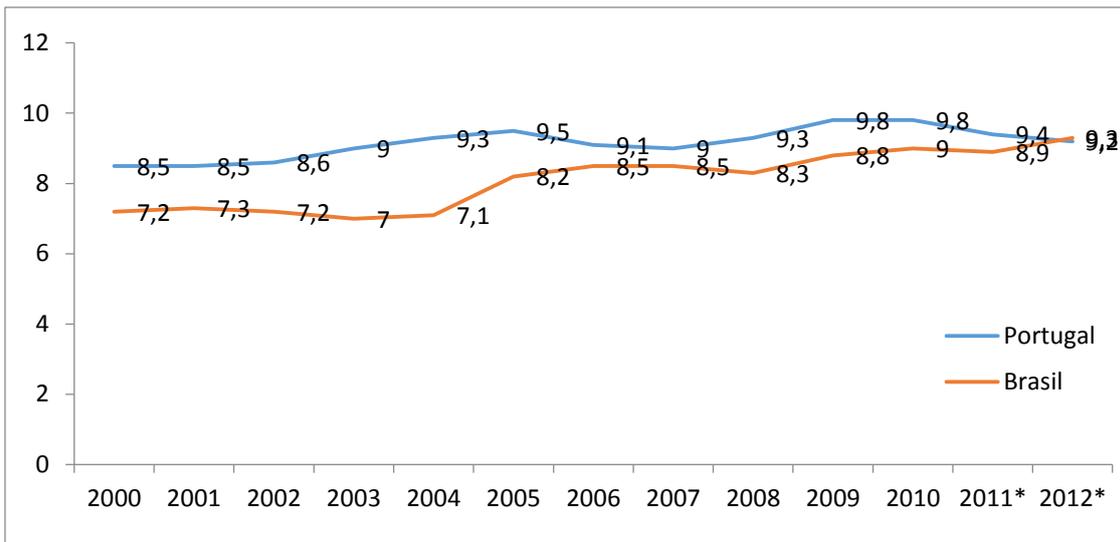
Ao avaliar os custos das fraturas relacionadas à osteoporose que chegam à RNCCI é possível fazer algumas inferências sobre a diferença de custos entre as 4 modalidades institucionais existentes: UMDR, ULDM, UC e UCP. Apesar de tratar-se de apenas uma doença entre as tantas que são cuidadas na RNCCI, é a segunda causa de maior demanda na rede.

Figura 21. A mesma oscilação ocorreu na participação dos gastos públicos em saúde, com recuperação em 2012 seguida por importante queda no ano seguinte, conforme **É** importante para a gestão e planejamento da saúde saber que as UCs representam o maior custo geral para a RNCCI, no que toca às fraturas relacionadas à osteoporose – apesar de terem o menor custo por episódio – por serem utilizadas com maior frequência. Porém, o primeiro fator limitante ao se basear unicamente no estudo de uma única doença apresenta-se, por exemplo, através da baixa utilização das UCPs, as quais representam individualmente um grande custo para os prestadores e, quando utilizadas de forma desvirtuada por estes, podem traduzir um alto custo indireto também para o SNS. O segundo fator limitante se refere à divergência com outro estudo, de Telo-Gonçalves e Martin, que teve maior abrangência e identificou que as UCs, ao contrário, são responsáveis pelo maior custo anual por cama e as ULDM são as de menor custo.

Figura 22. Ainda assim, são valores historicamente maiores do que o investido no Brasil no que se refere à parcela dos gastos públicos. Os cuidados continuados são uma parcela do orçamento que, apesar de representarem pequena responsabilidade pelos aumentos no investimento em saúde, se inseridos na perspectiva do envelhecimento populacional podem chegar 15% na estimativa de Newhouse e entre 2,4 a 7% na realidade portuguesa (119). Portanto, merecem a devida preocupação de um país como o Brasil que ainda não se tornou envelhecido e apresenta inferior investimento público em saúde.

Ao avaliar os custos das fraturas relacionadas à osteoporose que chegam à RNCCI é possível fazer algumas inferências sobre a diferença de custos entre as 4 modalidades institucionais existentes: UMDR, ULDM, UC e UCP. Apesar de tratar-se de apenas uma doença entre as tantas que são cuidadas na RNCCI, é a segunda causa de maior demanda na rede.

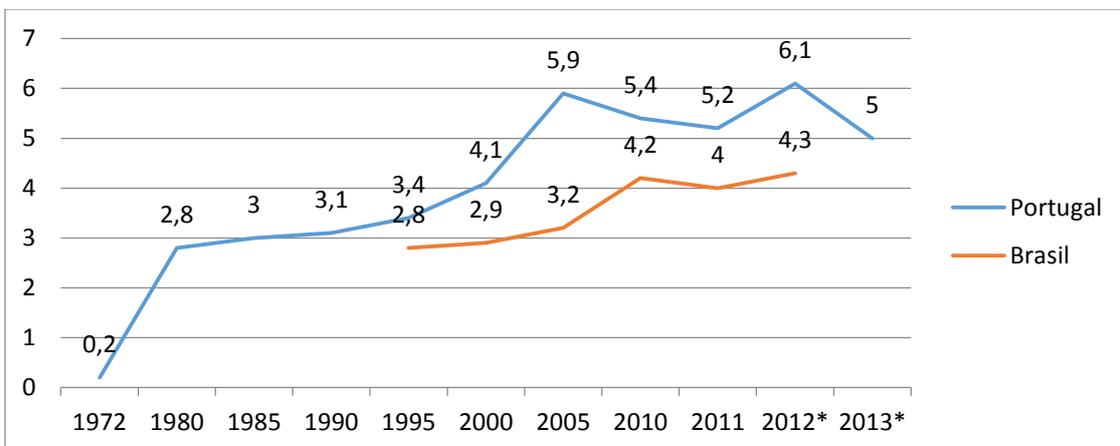
Figura 21 Despesa corrente dos cuidados de saúde em % do PIB (Brasil e Portugal)



Fonte: (120,121)

É importante para a gestão e planejamento da saúde saber que as UCs representam o maior custo geral para a RNCCI, no que toca às fraturas relacionadas à osteoporose – apesar de terem o menor custo por episódio – por serem utilizadas com maior frequência. Porém, o primeiro fator limitante ao se basear unicamente no estudo de uma única doença apresenta-se, por exemplo, através da baixa utilização das UCPs, as quais representam individualmente um grande custo para os prestadores e, quando utilizadas de forma desvirtuada por estes, podem traduzir um alto custo indireto também para o SNS. O segundo fator limitante se refere à divergência com outro estudo, de Telo-Gonçalves e Martin (108), que teve maior abrangência e identificou que as UCs, ao contrário, são responsáveis pelo maior custo anual por cama e as ULDM são as de menor custo.

Figura 22 Despesas do Estado em saúde: execução orçamental em % PIB (Brasil e Portugal)



Fonte: (122,121)

Além de apresentar os gastos gerais por unidade, os resultados apontados por estes investigadores são nevrálgicos ao SNS por permitir identificar uma certa

“ingenuidade” do modelo *beveridgeano* após as recentes reformas dos sistemas de saúde que estão a trabalhar de forma mista com o modelo *bismarckiano*. Ao contrário dos modelos *bismarckianos* – que possuem longa experiência de contratualização associada a garantia de acesso e qualidade aos serviços de saúde – os serviços com história *beveridgiana*, ao iniciarem a adoção de elementos *bismarckianos*, estão mais expostos à possibilidade de mau uso pelos prestadores.

Os serviços de cuidados continuados não são prestados diretamente pelo Estado português e correspondem, assim, à atual reforma do sistema de saúde. Os elementos que representam a incorporação de elementos *bismarckianos* estão presentes na RNCCI nitidamente em três aspectos:

1. A transição do sistema integrado para um sistema de contratação;
2. A separação entre financiamento e prestação de cuidados;
3. A utilização de incentivos típicos do mercado com a manutenção da responsabilização do Estado.

Este último elemento, que exige o reforço do Estado regulador, demanda cuidado redobrado nos sistemas de história *beveridgiana*, onde a regulação das atividades contratualizadas é incipiente. É preciso inserir *standards* e assegurar a correção dos procedimentos dos novos atores autônomos (118).

O modelo estadunidense baseado em índices de *case-mix* permite solucionar parte do problema do financiamento de prestadores privados pelo Estado. O resultado alcançado de presença ínfima de doentes de menor custo no *Medicare* é um exemplo. Estes utentes aparecem em número elevado em Portugal, com aumento do tempo de internamento entre 2009 e 2010, encontrado em dois estudos (108,106). Um fenómeno também chamado de “DRG-creep” (119).

Mais que isso, o *case-mix* pode ser uma alternativa – desde de que pesem-se, através de estudos de campo, a sua aplicação à realidade de cada país – às incertezas de saúde, também identificadas por Barros (119), no setor dos cuidados continuados. É de se esperar que a maior flexibilidade permita se antecipar e lidar com as surpresas inerentes ao setor.

Uma proposta intermediária é a resposta apontada por Barros (119) para lidar com esse problema, através de um componente de pagamento prospectivo com um componente de reembolso parcial, por dois motivos: balanço entre a incerteza e o incentivo à eficiência; e “pela natureza de agência do decisor básico, o médico, face aos interesses do hospital e do doente”. Afinal, no sistema de *case-mix* há também o risco

de selecionar a admissão dos utentes de acordo com sua gravidade e, com isso, mais uma vez reduzir a universalidade.

Para enriquecer ainda mais a comparação seria interessante um estudo que trouxesse dados semelhantes ao estudo do Porto, porém, dentro da realidade do *Medicare*. Afinal, os gastos com cuidados continuados encontrados foram mais elevados do que no hospital e é preciso conhecer como isso ocorre em outros países. Alguns problemas encontrados por Ferreira e Almeida (106) corroboram com a hipótese de uma dificuldade de regulação por parte do Estado que recém adota elementos bismarckianos: ausência de planejamento e excessiva burocratização.

A polimedicação, encontrada em uma unidade (107), também pode corroborar este mau uso da verba pública por parte das prestadoras, quando não há uma regulação avançada e que chegue a este nível de intervenção. Ela não foi alvo de estudo da presente investigação: a quantidade de medicamentos utilizados por idoso por dia tiveram apenas caráter ilustrativo, pois o conceito de polimedicação se refere não apenas ao uso de mais de um medicamento, mas ao uso desnecessário. O seu estudo exigiria uma investigação mais aprofundada clinicamente. De qualquer forma, chegou a haver um utente com 21 medicamentos por dia, o que remete à necessidade de um preparo muito adequado dos familiares para não haver negligência.

Saber os custos não é suficiente, é preciso também conhecer qual necessidade de saúde em cuidados continuados está presente em determinada população. O estudo de Cardoso et al. (109) demonstra a importância desta análise ao distinguir os gastos de acordo com a necessidade de cada tipo de internamento em cuidados continuados. Isso é fundamental para a racionalização adequada na aplicação de recursos escassos respeitando os princípios de equidade e eficiência (123).

Como lembra Barros (119), se menos fatores produtivos forem utilizados, os acréscimos em termos de saúde também são menores. Não basta disponibilizar os recursos efetivos de saúde na rede, é também necessário garantir o seu acesso, através da facilitação e literacia da saúde.

Finalmente, é preciso repensar o modelo de financiamento do SNS e principalmente do SUS, no que tange a RNCCI e o Programa Melhor em Casa. Além dos estudos encontrados (109,105), essa problemática é levantada também por recente relatório de avaliação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (124), ao identificar que o idoso com história de trabalho não qualificado e com até 6 anos de escolaridade é o perfil típico da rede. Os idosos que vivem sozinhos chegam a corresponder a 22% dos

utentes. Quando analisa o acesso, a ERS identifica ainda que, em 2011, os encargos dos utentes chegaram a representar mais da metade das despesas com apoios sociais da segurança social (51,6% em UMDR e 65,8% em ULDM), chegando a 15 milhões de euros coparticipados pelos utentes. Estes encargos financeiros podem ser uma barreira ao acesso e ainda causar iniquidade, direcionando doentes para locais menos adequados ao seu tratamento devido à incapacidade financeira dos mesmos.

Da análise de Barros (119) sobre co-pagamento e cobertura de seguro, é possível extrair que quando é diminuído o co-pagamento, que seria o valor pago pelo doente aos serviços de saúde, e é aumentado o co-seguro (público ou privado), que é o valor pago pelos indivíduos (no caso, ao SNS, através dos impostos), a procura é maior. A análise é complexa, econometricamente, e apresenta diferenças quanto a serviços de urgência e não-urgência (como a RNCCI), porém é possível concluir que preços e co-seguro influenciam significativamente a acessibilidade. O efeito rendimento tem um fator importante quanto mais o país investe em tecnologias de saúde e qualidade.

Apesar de não ter ficado claro se o PAD do GHC recebe co-financiamento do Ministério da Saúde, o estudo no PROIID de Marília (110), com a análise de custos associados e soma total de gastos por utente dia, é de se esperar que o valor fixo por AIH tenha um complemento também no GHC. Mesmo com os recursos complementares estimados pelo estudo de Marília, o valor fica muito abaixo ao valor fixo da AIH para a internação hospitalar, a qual também pode ser complementada. Ao calcular o custo da diária domiciliar por neoplasia (R\$ 65,13) – valor médio diário mais alto encontrado no outro estudo brasileiro – sobre a AIH fixa para internação hospitalar no HNSC, chega-se a resultado de 14%. Portanto, pode-se afirmar com pouca margem de dúvida que também na realidade brasileira o investimento na atenção domiciliar possui uma relação custo-benefício adequada.

## 6 CONCLUSÃO

Esta investigação, em cuidados continuados pós-hospitalares, auxilia a identificação do abuso contra o idoso porque, em muitas situações, trata-se do primeiro contato do cuidador ainda não preparado para o cuidado do utente previamente saudável. Porém, por se tratar de um estudo transversal, não observa as consequências do cuidado crônico.

A investigação não foi exitosa no seu objetivo principal, pois a ausência de dados, ou a presença de indicadores que ainda são insipientes, não permitiram alcançar uma estimativa real da prevalência da violência física contra idosos no Brasil. Porém, a riqueza dos dados encontrados nas fichas clínicas permitiu avançar em outros tipos de violência, como a identificação da negligência enquanto tipo de violência mais frequente neste estudo – corroborada por outros estudos sobre violência contra o idoso em serviços que prestam cuidados continuados. A qual, por sua vez, sugere o meio investigado como uma opção de campo de estudo importante para as próximas investigações sobre o tema, especialmente quando abordado a negligência e abandono. Dessa forma, coordenar esforços para a criação de uma metodologia comum para a investigação da prevalência da violência contra os idosos deve estar na pauta do planejamento contra esta violência.

A dispersão de dados e ausência de uma metodologia unificada contribuiu para a dificuldade em se calcular a estimativa real da sua prevalência. Ao seguir o intuito de corrigir essa dispersão, é fundamental que os novos estudos de prevalência da violência contra os idosos alinhem o estudo de determinado tipo de violência de acordo com o meio estudado, com a tipologia de violência investigada, com gênero, classe social e com o local da agressão. Sem esquecer dos aspectos, condições e estrutura social – que interagem na violência perpetrada contra os idosos e moldam o seu contexto – a família com poucos filhos e muitas vezes monoparental da STD pode aumentar os fatores de risco para a violência contra os idosos. As novas relações familiares aumentam a sobrecarga existente no cuidado de idosos dependentes, que acaba por ser dividida entre poucos filhos ou realizada por um único filho, e exige, desse modo, ações institucionais que reforcem o apoio comunitário. Cuidar do cuidador também é importante, e políticas públicas voltadas a este cuidado são fundamentais para atuar nos fatores de risco e, assim, evitar a perpetração da violência.

A aproximação da área da saúde com a justiça também pode ser uma medida auxiliar no sentido de evitar excessos nas ações punitivas contra agressor, os quais impedem o adequado trabalho dos profissionais de saúde. Estes, por sua vez, também podem intervir nos fatores de risco para a violência e, dessa forma, reduzir a violência contra os idosos ao mesmo tempo que promove a saúde do idoso dependente e do cuidador.

A ausência ou baixa frequência de notificação somada às dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para o adequado encaminhamento da violência contra o idoso, quando identificada, sugere a importância do investimento na formação dos profissionais da saúde nesta área. Se é um tema considerado novo mesmo para os países que já experimentam o envelhecimento populacional, para aqueles que ainda vão enfrentar o envelhecimento, como o Brasil, a necessidade de investimento torna-se ainda mais imperativa. Sugere-se, portanto, mudanças curriculares pautadas pelo envelhecimento populacional com a inserção de novas disciplinas voltadas para a violência contra o idoso e, para além disso, que o tema seja pautado na educação continuada dos trabalhadores da saúde que já estão em atuação.

Algumas contribuições que podem não só colaborar com futuras investigações em fichas clínicas como com o reconhecimento da violência contra os idosos são: a descrição sistemática do exame físico de áreas não-expostas dos idosos na ficha clínica e a descrição da casa e da organização familiar também na ficha clínica. Dessa forma é possível avaliar a evolução da família ao longo do tempo, possíveis perturbações na dinâmica familiar, além de ser mais difícil esconder a violência física.

A identificação da mulher como principal cuidadora neste estudo corrobora seu papel social e reforça a importância da promoção da saúde da mulher. Ao mesmo tempo, trabalhar com a educação de saúde voltada para os homens, no sentido de colaborar com o cuidado dos idosos dependentes, pode colaborar para a redução do estresse do cuidador e ser mais um meio utilizado para a redução dos fatores de risco para violência.

A presença da assistente social demonstrou ser um componente importante da equipa para a identificação de problemas familiares e fatores de risco. Portanto, deve ser incentivado a sua composição na equipa e pelo menos uma avaliação durante a internação domiciliar com o objetivo de contribuir na avaliação dos riscos de violência com componentes sociais.

A RNCCI representou a entrada de Portugal em um novo patamar dos cuidados de saúde à sua população idosa, especialmente àqueles dependentes, incapazes e com necessidade de cuidados médicos continuados. Mais que isso, deu novas alternativas aos familiares dos idosos com dificuldade para exercer a tarefa de cuidador sozinho, ao fornecer o cuidado domiciliar combinado ao institucional após a alta hospitalar ou ainda quando a equipa da Unidade de Saúde da Família entender que seja necessário.

Porém, esse novo passo foi dado recentemente, somente em 2006, quando as antigas unidades do Serviço de Apoio Domiciliário, Centros de Apoio a Dependentes, Formação de Recursos Humanos, entre outros, começaram a fazer parte de uma rede devidamente integrada, desde os cuidados primários, nas Unidades de Saúde da Família, até os cuidados terciários, nos hospitais (125).

Dessa forma, é de se esperar que haja muitos desafios pela frente para alcançar resultados semelhantes em território brasileiro. Entre eles, foram colocados pelo presente trabalho a necessidade de novos estudos como o de Cardoso et al. (109) em outros distritos portugueses: conhecer em que é preciso investir e como investir.

Os recursos escassos são uma realidade que tendem a se tornar mais frequentes no atual contexto de crise, apesar da previsão dos gastos em cuidados continuados em Portugal, na Europa e no mundo seguirem uma tendência de aumento. Portanto, urge a necessidade de planejar adequadamente, coletar dados para realizar o mais adequado diagnóstico de saúde que permita investir o estritamente necessário para alcançar resultados de qualidade com equidade. É preciso evitar a polimedicação e combinar adequadamente os cuidados continuados domiciliares com os institucionais.

Seguindo a lógica da maior eficiência, é preciso reservar os cuidados institucionais para os casos de curta duração. Quanto aos cuidados continuados que necessitem de média e longa permanência, ainda são necessários novos estudos para contabilizar os gastos adicionais com cuidadores profissionais, transporte, entre outros, além dos gastos dos prestadores que foram considerados no estudo analisado. Entretanto, pelo conhecimento atual, seria prudente reservar pelo menos aqueles cuidados de longa duração para os cuidados domiciliares, pois de acordo com os estudos apresentados o aumento do custo foi muito maior quando totalmente institucionalizado nesses casos.

A introdução de novos elementos bismarckianos num modelo previamente beveridgeano também merece ser levado em consideração no planejamento, principalmente no que toca à regulação. A experiência estadunidense de índices por

*case-mix* traz novas possibilidades para adequação dos recursos quando o Estado financia prestadores privados, ao diminuir a possibilidade de má utilização dos recursos escassos. O uso misto de pagamento prospectivo associado ao *case-mix* também é merecido ser analisado em futuros estudos.

Com melhor adequação dos custos, abre-se a possibilidade de melhor investimento no setor saúde, com inclusão daqueles doentes que têm a questão financeira como uma barreira de acesso e, como visto, podem chegar a representar mais da metade dos utentes. É desejável assim, que a universalidade teórica, típica do modelo *beveridgeano*, seja encontrada também na prática, com a efetiva responsabilidade do Estado pelos cuidados de saúde de toda a população.

Os estudos sobre a economia da saúde nos cuidados continuados ainda são incipientes. Portanto, mostra-se a urgência de novas investigações como a de Telo-Gonçalves para melhor estimar a necessidade de leitos hospitalares e sua melhor utilização através da criação de programas de assistência domiciliar. Para um país com dimensões continentais como o Brasil e a recém criação de um Programa nacional de assistência domiciliar em fase de implantação a passos lentos, a perspectiva de uma rede de cuidados continuados integrada a unidades de média e longa permanência ainda é distante. Porém, ela só se tornará efetiva com o devido planejamento. O modelo de implantação português traz algumas alternativas, como a reforma de unidades hospitalares precárias e mal utilizadas. Afinal, a transformação de uma estrutura hospitalar já existente em uma unidade para cuidados continuados exige menos equipamentos e, conseqüentemente, menos recursos para a sua efetivação do que a reforma para uma estrutura hospitalar tradicional.

É provável que, se houver a necessidade de grandes somas de novos investimentos no setor para dar conta das novas demandas do envelhecimento populacional, haja a necessidade de integrar diferentes modelos de saúde, como ocorreu em Portugal. A experiência portuguesa traz para o Brasil o aprendizado de novos cuidados ao adquirir elementos *bismarckianos*. É preciso uma agência reguladora com critérios bem definidos e fundamentados em estudos econômicos baseados em evidência. O pagamento prospectivo com um componente de reembolso parcial proposto por Barros apresenta-se como uma alternativa viável também à perspectiva brasileira, com a finalidade de evitar a seleção restrita de utentes de acordo com a gravidade e garantir a universalidade do acesso.

Cuidar de uma pessoa idosa e prevenir situações de abuso passa também por cuidar do cuidador, forma-lo e protege-lo. O investimento em estruturas funcionais para acompanhar a vivência familiar da prestação de cuidados pode ser uma forma de combater a violência. Porém, como ainda não há evidências consistentes, sugere-se que a sua implantação esteja sempre acompanhada de avaliação continuada da sua eficácia no impacto sobre a saúde do cuidador e do utente.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 BRITO, F. **A transição demográfica no contexto internacional**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007.
- 2 REHER, D. S. The Demographic Transition Revisited as a Global Process. **Population, Space and Place**, Madrid, v. 10, p. 19-41, 2004.
- 3 LEE, R. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Changes. **Journal of Economic Perspectives**, v. 17, n. 4, p. 167-190, 2003.
- 4 WHO. World Population Prospects, the 2010 Revision. Disponível em: <<http://www.esa.un.org/unpd/wpp/>>. Acesso em: 1 julho 2012.
- 5 WHO. World Population Prospects: the 2012 Revision. Disponível em: <<http://esa.un.org/wpp/>>. Acesso em: 23 outubro 2014.
- 6 OMRAN, A. R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 731-57, 1971.
- 7 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar**. Brasília: [s.n.], v. 1, 2012.
- 8 MARQUES, S. **Discriminação na Terceira Idade**. [S.l.]: [s.n.], 2011.
- 9 MINAYO, M. C. S. Violência contra os idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, Mai 2003.
- 10 SANCHES, A. P. R. A.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Violência contra idosos: uma questão nova? **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, 2008.
- 11 DE CASTRO, A. P. E. A. Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, Mai 2013.
- 12 DE OLIVERIA, A. A. V. E. A. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, 2013.
- 13 PAIXÃO JÚNIOR, C. M. P.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1137-1149, Jun 2006.
- 14 SHIMBO, A. Y.; LABROCINI, L. M.; MANTOVANI, M. F. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 2011.
- 15 BANDEIRA, M. L. **Demografia e Modernidade: Família e Transição Demográfica em Portugal**. [S.l.]: Impessa Nacional-Casa da Moeda, 1996.
- 16 SILVA, H.; MONTE-MÓR, R. L. **Transições demográficas, transição urbana, urbanização extensiva: um ensaio sobre diálogos possíveis**. In: Mobilidade territorial e desenvolvimento sustentável, 2010. [S.l.]: ABEP. 2010. p. 1-16.

- 17 ALVES, J. E. D. A Polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica. **Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas.**, Rio de Janeiro, v. 4, 2002.
- 18 VIANA, N. A teoria da população em Marx. **Boletim Goiano de Geografia**, Goiania, v. 26, n. 2, p. 89-102, jul/dez 2006.
- 19 DEMENY, P. G.; MCNICOLL, G. **Encyclopedia of Population**. 1 ed. ed. [S.l.]: Macmillan Reference USA, 2003.
- 20 VÉRON, J. **População e Desenvolvimento**. Porto: [s.n.], 1996.
- 21 VAN DE KAA, D. J. **The Idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries**. Sixth Welfare Policy Seminar of the National Institute of Population and Social Security. Tokyo: [s.n.]. 2002. p. 1-34.
- 22 DE ARMAS, M. A. **No es lo mismo pero es igual: A singularidade da segunda transição demográfica em Cuba**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2008. 213f. Dissertação (Doutorado em Demografia) - Universidade Federal de Minas Gerais. p.
- 23 IBGE. Séries Estatísticas. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=CD109&t=taxas-brutas-natalidade-mortalidade>>. Acesso em: 6 abril 2013.
- 24 FERRÃO, J. E. A. População e território. In: MEDEIROS, C. **Geografia de Portugal**. Lisboa: Círculo de Leitores, v. II, 2005. p. 70.
- 25 INE. **Decréscimo e Envelhecimento da População até 2050**. [S.l.]: [s.n.], 2004.
- 26 BAGANHA, M. I. B. As correntes emigratórias portuguesas no século XX e o seu impacto na economia nacional. **Análise Social**, Lisboa, v. XXIX, n. 4, p. 959-980, 1994.
- 27 DE OLIVEIRA, I. T. Emigração, retorno e reemigração na primeira metade do século XX. **Análise Social**, Lisboa, v. XLII, p. 837-852, 2007.
- 28 MOREIRA, M. J. G.; RODRIGUES, T. As Regionalidades Demográficas no Portugal Contemporâneo. In: CEPESE **População e Prospectiva: Working Papers**. [S.l.]: [s.n.], 2008.
- 29 CARRILHO, M. J.; PATRÍCIO, L. A situação demográfica recente em Portugal. **Revista de Estudos Demográficos**, Lisboa, n. 48, p. 101-145, 2010.
- 30 INE. **Censos 2011: Resultados Provisórios**. Lisboa: [s.n.], 2011.
- 31 PRATA, P. R. A Transição Epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, 1992. ISSN 2.
- 32 IBGE. **Estatísticas do Século XX**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2006.
- 33 ALVES, J. E. D. **A transição demográfica e a Janela de Oportunidade**. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial, 2008.

- 34 OLIVEIRA, A. T. R.; ERVATTI, L. R.; O'NEILL, M. M. V. C. O panorama dos deslocamentos populacionais no Brasil: PNADs e Censos Demográficos. In: IBGE **Deslocamentos no Brasil**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2011.
- 35 DATASUS. Indicadores e dados básicos 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/a11.htm>>.
- 36 MULDER, M. B. The demographic transition: are we any closer to an evolutionary explanation? *Tree*, v. 13, n. 7, July 1998.
- 37 BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.
- 38 LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.
- 39 SCHRAMM, J. M. A. E. A. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.
- 40 KALACHE, A. E. A. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, Junho 1987.
- 41 FRIES, J. F. The Compression of Morbidity. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 61, n. 3, p. 397-419, 1983.
- 42 DATASUS. Indicadores de mortalidade. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/c01b.htm>>.
- 43 PORDATA. Disponível em: <[http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil+\(R\)-528](http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil+(R)-528)>.
- 44 NOSSA, P. N. **Geografia da Saúde, o caso da SIDA**. [S.l.]: [s.n.], 2001.
- 45 DATASUS. Mortalidade proporcional por grupo de causas. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c04.def>>.
- 46 PORDATA. Óbitos por algumas causas de morte. Disponível em: <[http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758)>.
- 47 DATASUS. Esperança de vida ao nascer. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/a11tb.htm>>.
- 48 PORDATA. Esperança de vida à nascença: total e por sexo - Portugal. Disponível em: <<http://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo-418>>.
- 49 IBGE. **Censo Demográfico 2010: Características Urbanísticas do Entorno dos Domicílios**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010.

- 50 IBGE. Sala de Imprensa. Disponível em:  
<<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=271>>. Acesso em: 6 Abril 2013.
- 51 DE OLIVEIRA, I. T. Mortalidade: Compressão, Deslocamento e Causas de Morte (Portugal 1950-2005). **Revista de Estudos Demográficos**, Lisboa, n. 48, p. 35-62, 2010.
- 52 WORLD HEALTH ASSOCIATION. **Active Ageing: a policy framework**. Madrid: [s.n.], 2002.
- 53 GONÇALVES, R. F. M. **Avaliação do abuso no idoso em contexto institucional: lares e centros de dia**. Porto: Dissertação (Mestrado em Medicina Legal) - Universidade do Porto, 2010.
- 54 ONU. **Vienna international plan of action on aging**. [S.l.]: [s.n.], 1982.
- 55 INE. **Inquérito Nacional de Saúde**. [S.l.]: [s.n.], 2009.
- 56 BARRETO, S. M.; KALACHE, A.; GIATTI, L. Does health status explain gender dissimilarity in healthcare use among older adults? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, fev 2006.
- 57 DE CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, Junho 2003.
- 58 SOUZA, J. A. V.; FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A. Violência contra os idosos: análise documental. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, mai/jun 2007.
- 59 NOGUEIRA, C. F.; FREITAS, M. C.; ALMEIDA, P. C. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2011.
- 60 DUQUE, A. M. E. A. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, ago 2012.
- 61 ABATH, M. B.; LEAL, M. C. C.; FILHO, D. A. M. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2012.
- 62 MASCARENHAS, M. D. M. E. A. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, Set 2012.
- 63 MELO, V. L.; CUNHA, J. O. C.; NETO, G. H. F. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, maio 2006.

- 64 MINAYO, M. C. S.; 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, nov 1997.
- 65 MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1999.
- 66 BORRALHO, O. I. A. **Maus-Tratos e Negligência a Pessoas Idosas: Identificação e Caracterização de Casos no Serviço de Urgência de um Hospital Central**. Coimbra: [s.n.], 2010.
- 67 MOTTA, A. B. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 25, n. 2, maio/ago. 2010.
- 68 GONÇALVES, C. A. Idosos: abuso e violência. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 22, p. 739-45, 2006.
- 69 DIAS, I. Envelhecimento e violência contra os idosos. **Revista da Faculdade de Letras: Sociologia**, Porto, v. 15, n. 1, p. 249-274, fev 2005.
- 70 MARQUES, S. **Discriminação na Terceira Idade**. [S.l.]: Editora FFMS, 2011.
- 71 FERREIRA-ALVES, J. Factores de risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Idosos. **Polícia e Justiça**, Coimbra, 2004. 133-151.
- 72 SANTOS, A. J. . E. A. Prevalência da violência contra as pessoas idosas: uma revisão crítica da literatura. **Sociologia, problemas e práticas.**, Lisboa, n. 72, p. 53-77, 2013.
- 73 DELLARROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1151-1160, Maio 2007.
- 74 WHO. **European report on preventing elder maltreatment**. Copenhagen: [s.n.], 2011.
- 75 MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência para todos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan/mar 1993.
- 76 ESPINDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007.
- 77 DE SOUZA, E. R. E. A. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, jul/ago 2008.
- 78 LUZ, T. C. B. E. A. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, nov 2011.
- 79 GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. P. M.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 1, 2004.

- 80 GAIOLI, C. C. L. O.; RODRIGUES, R. A. P. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, maio/jun 2008.
- 81 OLIVEIRA, M. L. C. E. A. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, jul/set 2012.
- 82 ABATH, M. B. E. A. Physical abuse of older people reported at the Institute of Forensic Medicine in Recife, Pernambuco State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, set 210.
- 83 CORREIA, T. M. P. E. A. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, jul/set 2012.
- 84 MORAES, C. L.; JÚNIOR, P. C. A.; REICHENHEIM, M. E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, out 2008.
- 85 JÚNIOR, P. C. A. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set 2010.
- 86 WANDERBROOKE, A. C.; MORÉ, C. Significados de Violência Familiar para Idosos no Contexto da Atenção Primária. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 28, n. 4, out/dez 2012.
- 87 VALADARES, F. C.; SOUZA, E. R. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set 2010.
- 88 RIBEIRO, A. P.; BARTER, E. A. C. P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set 2010.
- 89 LIMA, M. L. C. E. A. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set 2010.
- 90 MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. J. Análise diagnóstica do atendimento pré-hospitalar para acidentes e violências contra idosos em Curitiba (PR, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set 2010.
- 91 CAVALCANTI, M. L. T.; SOUZA, E. R. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set 2010.
- 92 DE LIMA, M. L. C. E. A. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS no Recife (PE, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set 2010.

- 93 LOURENÇO, L. M. E. A. Crenças dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora em relação à violência doméstica contra idosos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 3, jul/set 2012.
- 94 SARAIVA, E. R. A.; COUTINHO, M. P. L. Meios de comunicação impressos, representações sociais e violência contra idosos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, abr/jun 2012.
- 95 ARAÚJO, L. F.; CRUZ, E. A.; ROCHA, R. A. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, 2013.
- 96 ARAÚJO, L. F. E. A. Violência contra pessoa idosa: representações sociais entre adolescentes do arquipélago de Fernando de Noronha-PE. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 1, jan/abr 2012.
- 97 JÚNIOR, C. M. P. E. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, set 2007.
- 98 JÚNIOR, C. M. P.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun 2006.
- 99 CASTRO, A. P. E. A. Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, maio 2013.
- 100 DE QUEIROZ, Z. P. V.; LEMOS, N. F. D.; RAMOS, L. R. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, set 2010.
- 101 HIRSCH, C. H.; LOEWY, R. The management of elder mistreatment: the physician's role. **Wien Klin Wochenschr**, Viena, v. 10, p. 384-92, 15 maio 2001.
- 102 GESAWORLD. **Relatório final da fase I de diagnóstico da situação actual**. [S.l.]. Setembro de 2005.
- 103 MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual instrutivo do Melhor em Casa**. Brasília: [s.n.], 2012.
- 104 UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. **Manual do Prestador**: recomendações para a Melhoria Contínua. Lisboa: UMCCI, 2001.
- 105 SANTOS, C. I. R. R.; PEREIRA, J. A.; PERELMAN, J. **Os custos das fraturas de etiologia osteoporótica em mulheres**: Institucionalização na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e Lares de 3ª idade. 2010. 93f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Saúde) - ENSP - Universidade Nova de Lisboa. Lisboa: [s.n.], 2010.
- 106 FERREIRA, L. G. O.; ALMEIDA, A. S. **O efeito da referenciação de utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados sobre a demora média dos internamentos no Centro Hospitalar do Porto**. Dissertação (Mestrado em

**Gestão e Economia de Serviços de Saúde) - Universidade do Porto.** Porto: [s.n.], 2012. 112 p.

107 FERREIRA, N. M. L.; RODRIGUES, V. M. C. P. **Avaliação do impacto da polimedicação nas verbas diárias de internamento nas unidades de longa duração e manutenção. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde) - Universidade de Trás-dos-Montes e Alto Douro.** [S.l.]: [s.n.], 2010.

108 TELO-GONÇALVES, M. G. A.; MARTIN, J. I. G. **Pagamento ajustado por índice de case-mix em unidades de convalescença. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade de Aveiro.** Aveiro: [s.n.], 2010.

109 CARDOSO, T. E. A. Modeling the demand for long-term care services under uncertain information. **Health Care Management Science**, Bussum, v. 15, n. 4, p. 385-412, Jul 2012.

110 MESQUITA, E. A. Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 555-561, jul-ago 2005. ISSN 4.

111 RAMOS, M. L. T.; FERRAZ, M. B.; SESSO, R. Critical appraisal of published economic evaluations of home care for the elderly. **Archives of gerontology and geriatrics**, Amsterdam, v. 39, p. 255-267, nov-dez 2004. ISSN 3.

112 BAREFIELD, E. Osteoporosis-related hip fractures cost \$13 billion to \$18 billion yearly. **Food Review**, p. 31-36, Jan-Apr 1996.

113 EUROPEAN COMMISSION. **2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Members States (2008-2060).** Luxembourg: European Communities, 2009.

114 SINAN. SINAN. **SINAN.** Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 29 outubro 2014.

115 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS. Instituto Nacional de Estatísticas, 2014. Disponível em: <[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_pesquisa&frm\\_acciao=PESQ UISAR&frm\\_show\\_page\\_num=1&frm\\_modos\\_pesquisa=PESQUISA\\_SIMPLES&frm\\_texto=hospital+de+agudos&frm\\_modos\\_texto=MODO\\_TEXTO\\_ALL&frm\\_data\\_ini=&frm\\_data\\_fim=&frm\\_tema=QUALQUER\\_TEMA&frm\\_area=o](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQ UISAR&frm_show_page_num=1&frm_modos_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_texto=hospital+de+agudos&frm_modos_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=o)>. Acesso em: 30 ago. 2014.

116 APAV. **Estatísticas APAV: relatório anual 2013.** Lisboa: APAV, 2014.

117 WHO. World Report on Violence and Health. **World Health Organisation**, 2002. Disponível em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/)>. Acesso em: 16 nov. 2014.

118 CAMPOS, A. C.; SIMÕES, J. **O percurso da saúde: Portugal na Europa.** Coimbra: Almedina, 2011.

- 119 BARROS, P. P. **Economia da Saúde: conceitos e comportamentos**. 2a. ed. Coimbra: Almedina, 2009.
- 120 PORDATA. PORDATA: base de dados Portugal contemporâneo, 2014. Disponível em:  
<<http://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saude+em+percentagem+do+PIB-610>>. Acesso em: 22 dez. 2014.
- 121 THE WORLD BANK, 2014. Disponível em:  
<<http://data.worldbank.org/indicador>>. Acesso em: 20 dez. 2014.
- 122 PORDATA. PORDATA: Base de Dados Portugal Contemporâneo, 2014. Disponível em:  
<<http://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+em+saude+execucao+orcamental+em+percentagem+do+PIB-855>>. Acesso em: 22 dez. 2014.
- 123 IMPERATORI, E. **Metodologia do planeamento da saúde**: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3a. ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.
- 124 ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. **Avaliação dos Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde**. Porto: [s.n.], 2013.
- 125 GESAWORLD. **Relatório Final da Fase I de Diagnóstico da Situação Atual**. [S.l.]: [s.n.], 2005.