



III CONGRESSO ESTADUAL DE ASSISTENTES SOCIAIS
Rio de Janeiro - RJ - Brasil

O IDOSO VÍTIMA DE TRAUMA: CONSIDERAÇÕES ACERCA DA DEPENDÊNCIA, AUTONOMIA E CUIDADO.

Danielle Silva da Horta (a) - a
a

O IDOSO VÍTIMA DE TRAUMA: considerações acerca da dependência, autonomia e cuidado.

Palavras-chave: saúde, envelhecimento e dependência.

Keywords: health, aging and addiction.

1. INTRODUÇÃO

Estudos atuais sobre a população idosa consideram a longevidade como um *fenômeno mundial*. Dados do IBGE de 2016 mostram que, no Brasil, a expectativa de vida chega aos 75,8 anos, grande crescimento considerando os dados de 1980, do mesmo Instituto, que demonstravam uma expectativa de vida de 62,5 anos. Contudo, Hirano et al. (2007) apontam que o aumento dessa expectativa, aliado à melhora da qualidade de vida, gera um estilo de vida mais ativo, expondo os idosos a maiores riscos de acidentes. Unem-se a isto os fatores próprios do envelhecimento fisiológico: diminuição da acuidade visual e auditiva, uso de medicamentos, distúrbios de marcha, entre outros, que contribuem atualmente para que a maior causa de internações, provocadas por traumas neste público, sejam as quedas, com destaque nas de própria altura, como salienta Lima & Campos (2011). Em sua pesquisa (universo de 108 usuários) os autores destacam que, 79,6% dos idosos sofreram queda de própria altura, destes 13,1% fraturaram membros inferiores, sendo 10,5% com fraturas de fêmur. Tais lesões causam, em muitos casos, a dependência destes idosos para a realização das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's), sendo necessária a presença de um cuidador. Idosos estes que, na maioria das situações, eram totalmente independentes, sendo observadas mudanças fisiológicas, sociais, econômicas e culturais decorrentes do trauma. Nossa inserção na Clínica de Trauma do Idoso, em uma Unidade de Alta Complexidade do SUS, e a intervenção junto a este público diariamente, nos mostra uma tendência que corrobora com as pesquisas em relação à população idosa e a necessidade de conhecer melhor as questões para intervir, de maneira qualitativa, nas demandas que nos são dirigidas. Desta forma, propomos refletir teoricamente sobre a realidade dos usuários, nosso fazer profissional e as determinações próprias da Unidade de Saúde. Usamos como base a sistematização do trabalho nos livros de registro e relatórios, bem como da observação participante e do perfil destes usuários traçado em pesquisas internas.

2. CONSIDERAÇÕES A CERCA DO ATENDIMENTO AO PACIENTE IDOSO

Objetivando prestar atendimento cirúrgico de alta complexidade em ortopedia e traumatologia aos usuários a partir de 60 anos, é criada em 2005 a "Clínica de Trauma do Idoso". Nasce ancorada na diretriz de *clínica ampliada e compartilhada*, proposta pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, em consonância com o conceito ampliado de saúde, no intuito de prestar atenção ao sujeito em sua

integralidade. É criada a partir de uma demanda da própria realidade, visto o aumento da incidência de trauma na população idosa que necessita de intervenção cirúrgica. No ano de 2018 a Clínica de Trauma do Idoso contabilizou 424 internações, com pacientes oriundos de diferentes portas de entrada, contando com uma equipe multiprofissional para o atendimento. A média de internação dos pacientes deste Centro, em 2018, foi de 17 dias, um número alto visto que o planejamento da Unidade é em torno de 4 dias, para evitar a infecção hospitalar e garantir a rotatividade dos leitos. Observamos que isto se deve, em grande medida, as comorbidades de base apresentadas pelos idosos, que impedem, em algumas situações, o procedimento cirúrgico ou estendem a internação por questões clínicas. No atendimento diário aos pacientes da Clínica contabilizamos o alto número de fraturas de membros inferiores. As consequências geradas suscitam, em muitos casos, dependência dos idosos, antes autônomos para as Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária¹, o que nos leva à necessidade de problematizar outras questões, que compreendem o conceito ampliado de saúde, entendendo que o Trauma gera impactos nas diferentes esferas da vida do Idoso.

2.1. Questões decorrentes do Trauma: dependência e cuidado.

Como já apontado, percebemos que tais fraturas causam – em grande parte dos casos acompanhados pela equipe de Serviço Social – uma dependência dos idosos, seja provisória ou permanente, sendo necessário suporte de familiares/amigos e da rede de saúde de referência, para garantir a reabilitação e a continuidade do cuidado deste usuário. Nesse ponto encontramos algumas questões a serem problematizadas. Em primeiro lugar, os laços de afeto nem sempre são construídos como supõe o “senso comum”. Alguns dos usuários que acessam o serviço não possuem uma rede familiar que o apoie, demandando do Estado uma intervenção para que a reabilitação se dê. Para além disto, o conceito de família que temos no imaginário da sociedade, muitas vezes não condiz com a realidade. Observamos famílias em que seus membros não convivem diariamente e, quando há uma necessidade, o cuidado a um dos membros se torna um fardo. Em segundo lugar, estamos diante de um Estado cada vez menor em termos de acesso a direitos e serviços. A saúde tem sido uma das áreas mais atacadas pelos novos modelos de gestão, afeitos a números em detrimento da qualidade dos serviços prestados. A rede básica de saúde não consegue absorver a demanda por serviços e a consequência observada é a responsabilização da família pelo cuidado do idoso, como salientam Goldman & Faleiros apud Debert

¹De acordo com Marra et al. (2007) as Atividades Básicas da Vida Diária estão ligadas à capacidade de promover o autocuidado, enquanto as Atividades Instrumentais estão relacionadas às habilidades do cotidiano, capacidade de administração do ambiente de vida dentro e fora do lar.

(2008), ao denominar o fenômeno de “(...) *reprivatização da velhice*, que corresponde ao afastamento gradual do Estado de sua função de proteção, delegando às famílias (...) a responsabilização pelo atendimento às situações de vulnerabilidade” (GOLDMAN & FALEIROS, 2008, p. 323). Apesar do Sistema de Garantia de Direitos dos Idosos no Brasil ter tido um salto no seu ordenamento jurídico com a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso (1994) e o Estatuto do Idoso (2003), não foi acompanhado pela efetivação destes direitos, materializados nas políticas e serviços sociais. Isso se dá porque este Sistema de Garantia nasce no contexto neoliberal de ataque aos direitos, o que dificulta a materialização do mesmo. Vale salientar que para a concretização deste Sistema é necessária a integração entre as diferentes políticas sociais (saúde, assistência, habitação, previdência social etc.) e nos dias atuais os recursos destinados a estas são cada vez menores, visando favorecer uma política econômica voltada para o mercado financeiro, onde se privatiza e mercantiliza os direitos e serviços sociais, transferindo para o foro privado dos indivíduos e famílias a satisfação das necessidades sociais, como destaca Iamamoto (2009). Assim, a reabilitação do Idoso vítima de Trauma é tangenciada por diversos determinantes: ausência de serviços na rede; dificuldade de acesso aos programas de transferência de renda; famílias empobrecidas que não conseguem sozinhas prover às necessidades de seus membros; frágeis vínculos familiares ou ausência de vínculos e; escassez de instituições de longa permanência para os usuários sem referência para os cuidados.

A questão do cuidador/suporte familiar é outra preocupação sobre este público. Observamos algumas características específicas dos nossos usuários: 1) idosos que vivem sozinhos, em alguns casos ainda inseridos no mercado de trabalho, com total autonomia; 2) idoso que vivem em família, em que a renda dos mesmos é essencial para a sobrevivência de seus membros, mas necessitam de algum suporte para as AIVD; 3) idosos totalmente dependentes de suas famílias para as ABVD e AIVD, geralmente apresentando alguma comorbidade de base (Alzheimer, demência etc.). O impacto do Trauma irá manifestar-se de maneira diferenciada para cada um desses grupos e a disponibilidade do suporte de seus membros de igual maneira. Durante a internação dos idosos na Unidade as questões familiares são trazidas à tona: seja a ausência de suporte, a exaustão do cuidador, o conflito entre os filhos, a questão de gênero implícita no cuidado (implicando em sua maioria esposas e filhas no suporte), entre outras. Questões estas que impactam no processo de hospitalização e reabilitação dos usuários idosos e requerem da equipe de saúde diálogo, atenção e intervenção qualificada das demandas.

CONCLUSÃO

Nossa atuação deve necessariamente recusar visões policiaiscas, fiscalizadoras e culpabilizantes em relação à família/cuidadores, primando pelo diálogo e atenção a este público, trabalhar em parceria com a rede familiar, reforçando ações de educação em saúde, bem como, desburocratizando o acesso aos serviços e fortalecendo as ações na garantia dos direitos do idoso. Faz-se imperativo conhecer nossos usuários, sua realidade e seu suporte para traçarmos estratégias de intervenção que possam ser qualificadas e coletivas, entendendo as especificidades desta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GOLDMAN, S.N. & FALEIROS, V. de P. Determinantes do envelhecimento ativo. In: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. /Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Coordenação de Educação a Distância; organizado por Ana Paula Borges e Ângela Maria Castilho Coimbra. – Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2008. pp. 315-323.

HIRANO, E.S.; FRAGA, G.P.; MANTOVANI, M. Trauma no idoso. Revista Medicina (Ribeirão Preto) jul./set 2007, pp. 352-7.

IAMAMOTO, M.V. Os espaços sócio ocupacionais do assistente social. In.: CFESS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. 2009. Disponível em: https://www.unifesp.br/campus/san7/images/servico-social/Texto_introdutorio_Marilda_Iamamoto.pdf. Acesso em: 07 de julho de 2016.

MARRA, T.A. et al. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. Rev. bras. Fisioterapia., São Carlos, v. 11, n. 4, p. 267-273, jul./ago. 2007.