

La morbilidad hospitalaria por violencia contra ancianos. Estudio de la atención de emergencia en dos hospitales públicos de Río de Janeiro

Edinilsa Ramos de Souza¹
Suely Ferreira Deslandes²
Flávia Ferraiolo Peixoto Fortuna³
Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva⁴

Resumen

Se realiza un análisis descriptivo de la morbilidad en ancianos vinculada a causas

Palabras Clave

Ancianos, Violencia, Emergencia, Morbilidad.

Keywords

Elderly, Violence, Emergency, Morbidity.

Introducción

Siempre se consideró a Brasil como un país con población predominantemente joven. Los estudios sobre violencia relacionados con ese grupo etario ya forman parte de la preocupación académica cotidiana. Sin embargo, los ancianos, grupos minoritario que representa menos del 10% de la población del país, se mantuvo hasta hace poco tiempo sin estimular el mismo grado de interés en el campo de la salud pública.

A partir de los años 80 las muertes por causas violentas pasaron del 4° al 2° lugar en el cuadro de mortalidad del país

1. FIOCRUZ/ENSP/CLAVES. Doctora en Ciencias. Investigadora Asociada. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil.
2. FIOCRUZ/IFF/CLAVES. Alumna del Doctorado en Salud Pública. Investigadora Asistente. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil.
3. Psicóloga. Becaria de Apoyo Técnico de la FAPERJ, Río de Janeiro, Brasil.
4. FIOCRUZ/ENSP/DEMQS/CLAVES. Master en Ingeniería de Producción. Investigador Visante del Convenio FIOCRUZ/FAPERJ. Río de Janeiro, Brasil.

violentas en dos hospitales municipales de Río de Janeiro —Hospital Miguel Couto (HMMC) y Hospital Salgado Filho (HMSF)—, caracterizando a la víctimas, las lesiones sufridas y la atención prestada. La recolección de datos se hizo en el mes de mayo de 1996 en el HMMC y en el mes de junio de ese año en el HMSF. En dicho período se atendió a 384 ancianos, 204 en el Hospital Miguel Couto y 180 en el Salgado Filho. En ambos hospitales, las mujeres fueron las más afectadas (63,3%), y la franja etaria donde se observó la mayor frecuencia fue la de 70 o más años (44,1% en HMMC y 48,9% en HMSF). Las caídas, accidentes de tránsito y vinculados a transporte fueron las causas específicas asociadas a mayor número de casos.

Abstract

A descriptive analysis of the morbidity was made by violent causes in elderlies in two municipal hospitals of Rio de Janeiro —Hospital Miguel Couto (HMMC) and Hospital Salgado Filho (HMSF)—, characterizing the victims, the injuries and the care given. The collection of data referred to the month of May, 1996, in HMMC and to the month of June, 1996, in HMSF. In this period 384 were assisted elders, 204 in Miguel Couto and 180 in Salgado Filho. In both hospitals, the women were the more reached (63,3%), the most affected age group was the one of 70 or more years (44,1% in HMMC and 48,9% in HMSF). The falls, accidents of traffic and transports were the specific causes that more affected the elderlies.

(Minayo y Souza, 1993). El perfil de la mortalidad brasileña ingresó, en ese período, en una fase de cambios donde las muertes violentas asumieron gran magnitud, llevando el tema de la violencia a la agenda de Salud Pública (Minayo, 1994; Yunes, 1993). En 1994, el 14,6% de todas las muertes ocurridas en Brasil se debían a causas externas (Brasil, Ministerio de Salud, 1997).

En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión, el grupo de las causas externas comprende los códigos V01 - Y98 (CID, 1996), comprendiendo las muertes accidentales (accidentes de tránsito y transporte, caídas, fuego y otros accidentes) e intencionales (como homicidios y suicidios).

A partir de la última década, se verificó en nuestro país una declinación de las tasas de fecundidad, implicando modificaciones en la estructura demográfica y produciendo un gradual envejecimiento de la población. Este fenómeno también se produjo por el aumento de la expectativa de vida, derivado del avance tecnológico de la medicina, y otros factores que afectan directamente las condiciones de vida de la población. Este proceso de envejecimiento tuvo factores determinantes que varían de región en región. En Paraíba (Estado de la Región Nordeste de Brasil, que se ubica entre los menos desarrollados en términos socio-económicos) por ejemplo, tuvo sus principales causas en las pésimas condiciones de vida de la población económicamente activa, que emigró en gran proporción hacia otros Estados en busca de trabajo. Así, en esa región, el crecimiento proporcional de la población anciana está vinculado al proceso de migración de los más jóvenes, asociado también a las altas tasas de mortalidad de la población joven y la drástica reducción de la fecundidad, por causa de programas de esterilización masiva en las regiones carenciadas (Veras, 1994).

En Río de Janeiro (Estado de la Región Sudeste de Brasil, que se ubica entre los más desarrollados en términos socio-económicos) el envejecimiento de la población tuvo otros factores determinantes. La creciente violencia que incide directamente en la mortalidad de la población joven, apunta a las causas

externas como parte de la explicación de ese envejecimiento. En cuanto a los grupos específicos en el interior de este tipo de muerte, se puede verificar que en 1988 en el Municipio de Río de Janeiro, 71,3% de las muertes se debieron a homicidios y accidentes de tránsito (respectivamente 45,3 y 26,0%). Las tasas de ese año se mostraron equivalentes a 45,2 óbitos por homicidio, y 31,2 óbitos por accidentes de tránsito, en 100.000 habitantes. Para los homicidios de 15 a 19 y 20 a 29 años, esos índices eran de 17,0 y 40,9, respectivamente (Minayo y Souza, 1993). Ya en 1990, en un estudio efectuado en el Municipio de Río de Janeiro, esa misma causa de muerte llegó a una tasa de 32,3 por cien mil habitantes para la franja etaria de 0 a 19 años (Souza y Assis, 1997).

También en el Municipio de Río de Janeiro, en relación a las muertes por accidentes de tránsito en la franja etaria de 65 años o más, se observa un aumento proporcional, pasando de 12,4% en 1980 a 14,5% en 1988. Los homicidios en esa misma franja de edad se mostraron más estables: 3,2% y 2,9%, respectivamente, para los años estudiados (Souza y Minayo, 1993).

El nítido crecimiento de la violencia social en sus diversas manifestaciones, indicado por los datos de mortalidad, pasó a constituir una preocupación a nivel mundial, desencadenando estudios de diferentes sectores académicos, gubernamentales y de movimientos de la sociedad civil organizada.

Sin embargo, el conocimiento acumulado en relación al fenómeno de aumento de la violencia, se limita casi exclusivamente a los datos de mortalidad. Infelizmente, poco se sabe sobre los eventos no fatales relacionados con causas violentas. Son raros los estudios que, como el de Lebrão et al (1997) describen la morbilidad por causas externas. Esta autor inclusive discute las causas de que el sistema de información existente a nivel nacional (estructurado a partir de la información sobre autorizaciones de internación hospitalaria) no sea adecuado para el registro de los acontecimientos derivados de violencia. Se sabe, sin embargo, que la mortalidad por tales eventos constituye solo una pequeña parte de la totalidad de violencias ocurridas.

En los EE.UU. actualmente los casos de violencia, ya sea que impliquen el uso de armas de fuego, ya sea bajo la forma de colisiones de tránsito, son una de las principales demandas en las emergencias hospitalarias (Novello, 1992).

En Brasil, los servicios de emergencia se presentan en permanente estado de colapso. Esta situación se debe a la sobrecarga de atención de emergencia (debido al constante crecimiento de la violencia en el país) y en ambulatorio, siendo esta última una demanda resultante de la precariedad de la red ambulatoria. Se puede también afirmar que la cronificación de los problemas encontrados en la emergencias hospitalarias resulta de la ausencia de políticas direccionadas hacia el sector, fallas en la prevención de enfermedades y, especialmente, en la prevención de la violencia.

En los servicios de emergencia de Río de Janeiro se estima que cerca del 20% de todas las consultas son casos de violencia (Deslandes, 1997). Los profesionales de estos servicios están obligados a convivir con múltiples formas de violencia, siendo también víctimas de las pésimas condiciones de trabajo (Pitta, 1994).

Se percibe así que las expresiones de la violencia social, ya sea en la mortalidad o en la morbilidad, conforman diferentes grupos de causas y no se distribuyen de manera homogénea ni en relación a los sexos, ni a las franjas etarias, y mucho menos entre los grupos sociales (Souza y Minayo, 1998).

La escasez de estudios y conocimiento sobre la morbilidad por violencia en nuestro país es todavía más evidente cuando el grupo investigado es la población anciana. En relación a este grupo la información sobre condiciones de vida y de salud es casi inexistente. Fueron estos, por lo tanto, los motivos que orientaron el presente estudio, que enfoca ese segmento de población (personas con 60 o más años de edad), en el cual se procura investigar la morbilidad por causas violentas, la caracterización de las víctimas y de la atención prestada, a partir de los servicios de emergencia hospitalaria del Municipio de Río de Janeiro.

Metodología

Este estudio efectúa un análisis de los casos de violencia contra ancianos

(personas de 60 años o más) atendidos en dos servicios de emergencia hospitalaria del Municipio de Río de Janeiro. Los datos analizados fueron tomados del banco de datos de la investigación "El Impacto de la Violencia en la Emergencia Hospitalaria" realizado por el Centro Latinoamericano de Estudios sobre Violencia y Salud Jorge Careli, que abordó la atención vinculada a causas externas en los servicios de emergencia en dos hospitales Municipales: Miguel Couto (en adelante HMMC) y Salgado Filho (en adelante HMSF) (Deslandes, 1997).

El hospital Miguel Couto se ubica en la zona sur, en el área rica de la ciudad, y el hospital Salgado Filho en la zona norte, área de suburbio. Estos hospitales fueron elegidos por estar situados en áreas socioeconómicas diferentes y por constituir servicios de emergencia que atienden una gran parte de la demanda en el municipio.

Los casos analizados llegaron a los hospitales a lo largo de un mes, en cada una de las instituciones seleccionadas para la investigación. Los meses abordados fueron mayo para el Hospital Miguel Couto y junio para el Hospital Salgado Filho, correspondientes a 1996. Se trata de meses considerados típicos en la rutina de atención, eliminando así las posibilidades de interferencia de los picos de frecuencia que se verifican en períodos tales como los meses de diciembre, enero y febrero.

El equipo responsable por la recolección de información estuvo conformado por 21 académicos de medicina, que turnándose en equipos de dos, en guardias de 12 horas, permaneció en el campo 24 horas por día.

Fueron estudiados la totalidad de los casos que llegaron a las emergencias con características que indicaran la acción de causas externas.

En este período en el HMMC fueron atendidos 2.736 casos de violencia, y de ellos 204 eran ancianos. En el HMSF, de los 2.415 casos atendidos, lo eran 180. Cabe señalar que nuestra fuente para caracterizar el tipo de evento ocurrido fue la misma declaración de la víctima y/o el socorrista. Nos era imposible chequear la veracidad de la información proporcionada. Los investigadores acompañaron al paciente desde su admisión hasta la salida del sector de emer-

gencia (por alta, muerte, internación o salida sin autorización médica), siendo posible así chequear información así como describir la atención brindada.

En el presente estudio se efectuó un recorte de las variables del cuestionario de investigación inicial, seleccionando para este análisis la información relativa a: estado civil, tipo de acontecimiento, uso y tipo de drogas, agresor, tiempo promedio. En hospitalización, sexo, edad, ingreso familiar, número de dependientes, local donde se produjo el evento, turno de atención, día de la semana, medio de socorro, tiempo de hospitalización, especialistas participantes, ocurrencia y tipo de secuela, ocurrencia de muerte y salida del hospital.

La codificación de los datos obtenidos en el trabajo de campo fue realizada por dos miembros del equipo de investigación a través de la lectura de cada cuestionario completado, según un trabajo que se procuró fuera criterioso y uniforme.

Todos los cuestionarios fueron digitados en una base de datos (*Dbase III Plus*) y posteriormente analizados con el programa *Epi-Info*, versión 6.0.

A fin de enriquecer los datos obtenidos se emprendió una investigación cualitativa, de carácter complementario. Fueron entrevistados 8 ancianos, procurando comprender su visión sobre el daño sufrido y la atención recibida. Las entrevistas semi-estructuradas fueron grabadas y transcritas, recibiendo un tratamiento de análisis de contenido (Bardin, 1979). En este artículo solo citaremos algunos párrafos de ese análisis que fueron considerados significativos para los temas trabajados en el análisis cuantitativo.

Resultados y discusión

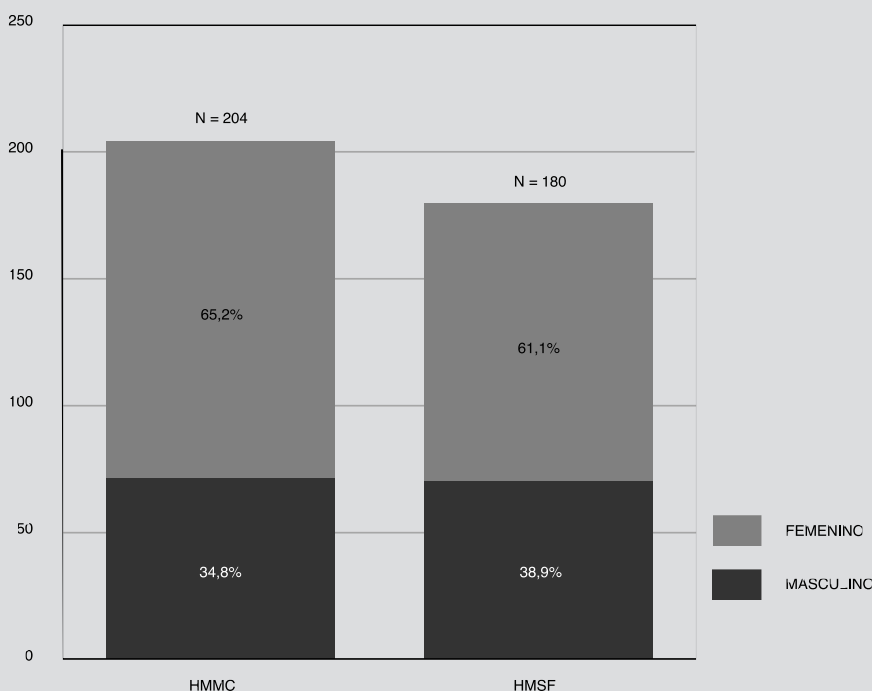
Caracterización de la clientela

En el gráfico nº 1 (ver pág. 75) se encuentra el total de atenciones brindadas a los ancianos, por causas violentas, realizados en los dos hospitales, según sexo. Conforme la información consignada se percibe que, en forma general, las mujeres son las más afectadas.

En el HMMC se registraron 133 (65,2%) víctimas de sexo femenino y 71 (34,8%) de sexo masculino, con un total de 204 casos. En el HMSF esta distribución no es muy diferente: fue-

GRÁFICO N° 1

MORBILIDAD POR CAUSAS EXTERNAS EN EL GRUPO DE 60 O MÁS AÑOS, SEGÚN SEXO HMMC* (MAYO) Y HMSF** (JUNIO), 1996



* Hospital Municipal Miguel Couto ** Hospital Municipal Salgado Filho

ron 110 mujeres (61,1%) y 70 hombres (38,9%), entre los 180 ancianos.

Es interesante señalar que, si comparamos los datos de mortalidad, esta distribución en relación al sexo es diferente. Souza et al. (1998) encontraron para el Estado de Río de Janeiro un predominio de muertes por violencia en ancianos de sexo masculino.

El gráfico n° 2 (en página 76) presenta el cruce de los casos según fajas etarias y sexo. En él se observa que el 51,1% de las mujeres y el 38,2% de los hombres son de la franja de 70 o más años. Se verifica así que es la faja de los 70 o más años la que sobresale, alcanzando en el sexo femenino casi el doble del número de casos de la segunda franja etaria más frecuente (60 a 64 años, que equivale a 22,6% y 28,4%, de sexo femenino y masculino, respectivamente).

Como se puede ver en el gráfico n° 2, la franja etaria más alcanzada por causas externas es la de 70 años y más. De acuerdo con Souza et al (1998), datos referentes a mortalidad de ancianos por causas violentas en el Estado de

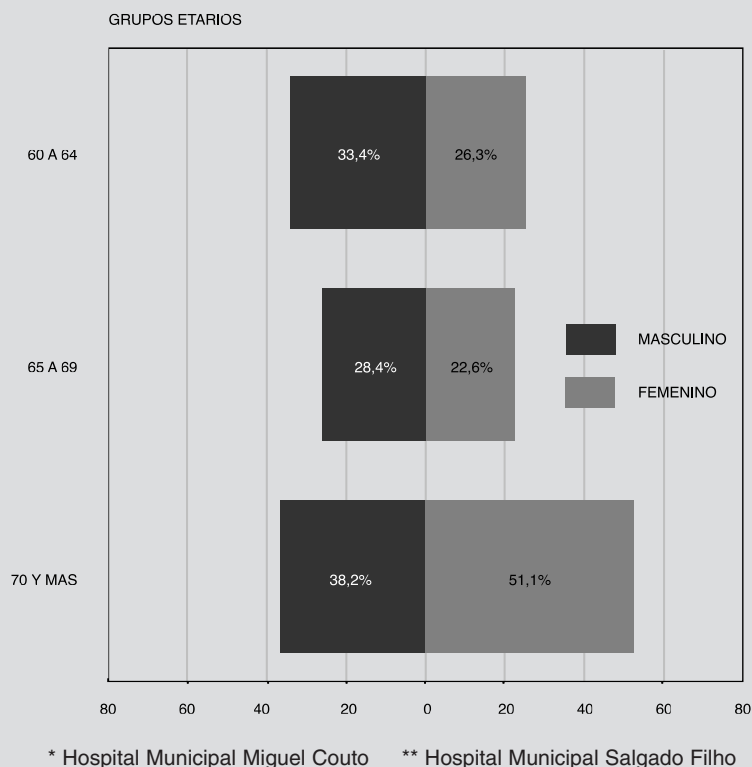
Río de Janeiro para los años de 1980 a 1994 se muestran semejantes a aquellos del gráfico presentado, indicando así que, tanto para el año de 1980 como para 1994 “la franja etaria que es con más frecuencia víctima de causas externas es la de 70 o más años”.

Las proporciones observadas en relación al estado civil de los ancianos, para los dos hospitales, son muy semejantes. En su gran mayoría están casados (40,2% en el HMMC y 42,1% en el HMSF), siguiendo la condición de “otros” —que incluye viudo y condiciones no clasificadas por la investigación (29,9% en el HMMC y 36,7% en el HMSF)— y en tercer lugar aparecen los solteros (21,6% en el HMMC y 17,8% en el HMSF). Se registra un pequeño volumen de “separados” (5,4% en el HMMC y 1,7% en el HMSF), así como los casos sin información (2,9% en el HMMC y 1,7% en el HMSF).

A través de estos datos se puede percibir que el aspecto referente al estado civil de los ancianos investigados está vinculado a las mismas características

GRÁFICO N° 2

MORBILIDAD POR CAUSAS EXTERNAS EN EL GRUPO DE 60 O MÁS AÑOS, SEGÚN SEXO Y GRUPOS ETARIOS. HMMC* (MAYO) Y HMSF (JUNIO), 1996**



y peculiaridades de este grupo, independientemente del tipo de población que acude a uno u otro hospital. Vale señalar que la condición de viudez que está inserta en la categoría de "otros" debe ser la mayor responsable por el gran volumen de casos de este grupo.

Se percibe también que, comparando los dos hospitales, las proporciones de solteros así como las de separados son mayores en el Hospital Miguel Couto que en el Hospital Salgado Filho. Sin embargo, los datos registrados como "otros" aparecen en mayor cantidad en este último hospital. Se puede pensar en la hipótesis de que tal hecho se produce como consecuencia de la situación de viudez en mujeres del HMSF, ya que se verifica en el mismo establecimiento un mayor volumen de casos del sexo femenino en la franja etaria más avanzada (ver gráfico 2). Sin embargo, esta hipótesis requiere ser relativizada, teniendo en vista que no siempre la condición civil oficial y/o declarada corresponde a la situación conyugal.

La ocupación de esta clientela reveló que 37,3% en el HMMC y 51,7% en el HMSF eran jubilados. En seguida surge la proporción de 14,7% y 9,4% de personas dedicadas al hogar, en cada uno de los respectivos hospitales. Tales características conciden con el perfil de la clientela (anciana y en gran parte formada por mujeres). La tercera ocupación más frecuente fue la de ancianos que todavía trabajan, empleados en el sector de servicios, con 8,3% en el HMMC y el 7,6% en el HMSF. Cabe señalar que un 4,2% de los ancianos atendidos en el HMMC tenían ocupaciones de nivel superior y técnico, en tanto en el HMSF ningún anciano formaba parte de este grupo.

El ingreso familiar declarado por los pacientes conforma una población de baja renta, en la cual un 45,1% en el HMMC y 51,1% en el HMSF perciben hasta tres salarios mínimos. Es interesante señalar que una mayor proporción (26%) en el HMMC tenía un ingreso mayor que seis salarios mínimos,

en tanto en HMSF este grupo alcanzó la proporción de 14,4%.

La gran mayoría de los ancianos atendidos (61,8% en el HMMC y 63,9% en el HMSF) a pesar del bajo ingreso familiar, como se puso en evidencia, tenía hasta dos dependientes. En cuanto a este dato también es importante destacar que la clientela del HMMC mostró una proporción casi dos veces mayor (20,1%) de ancianos que están sostenidos por alguna persona que la del HMSF, donde solo el 11,1% de los ancianos estaban en esa condición.

Caracterización de las causas de las emergencias

De acuerdo al gráfico n° 3 se observa que las principales formas de violencia que llevaron a los ancianos a la emergencia hospitalaria fueron las caídas (70,1% en el HMMC y 57,8% en el HMSF) . El grupo "otros" constituyó la segunda causa de internación (9,3% en el HMMC y 19,4% en el HMSF). Los accidentes de tránsito y transporte (7,8% para cada uno de los hospitales) representó el tercer problema más frecuente que motivó la búsqueda

de atención de emergencia por parte los ancianos.

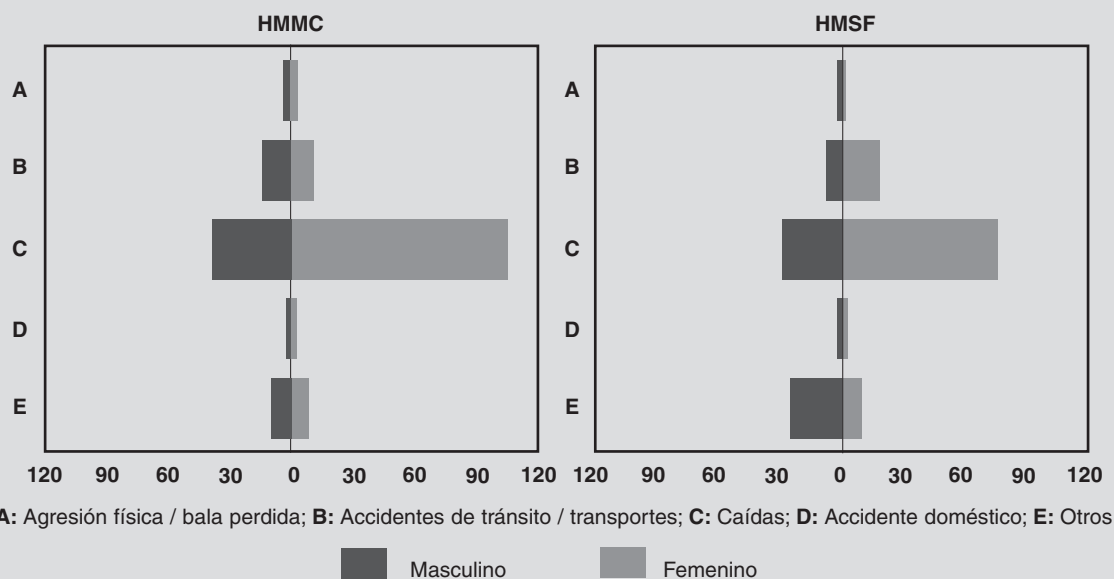
Es importante señalar que en el HMMC se observaron 8 casos de agresión física, la mitad de ellos teniendo como agresor una persona conocida; en dos casos el agente agresor era una extraño y 2 casos resultaron de asaltos. No hubo registro de violencia doméstica en este hospital. Ya en el Salgado Filho, se constataron dos casos de agresión física, y ambos resultaron de asaltos. En este hospital fueron atendidas 4 víctimas de violencia doméstica en la franja etaria estudiada, en esos casos los agresores fueron parientes y/o cónyuges.

En la Tabla n° 1 (en página 78) es posible encontrar las cifras absolutas referentes a los locales de ocurrencia de los acontecimientos de violencia, por sexo y hospital.

Tanto en el Miguel Couto como en el Hospital Salgado Filho el domicilio y la vía pública aparecieron con altas frecuencias. En el primer hospital 50,5% de los casos se produjeron en los domicilios, y 35,8% en la vía pública. Ya en el HMSF los valores no se muestran muy diferentes, siendo, 54,4% en domicilio y 31,1% en la vía pública.

Llama la atención la elevada frecuen-

**DISTRIBUCIÓN POR CAUSAS, SEXO Y HOSPITAL
HMMC* (MAYO) Y HMSF** (JUNIO), 1996**



* Hospital Municipal Miguel Couto ** Hospital Municipal Salgado Filho

TABLA N° 1

**MORBILIDAD POR CAUSAS EXTERNAS EN EL GRUPO DE 60 O MÁS AÑOS,
SEGÚN LUGAR DE OCURRENCIA Y SEXO
HMMC* (MAYO) Y HMSF** (JUNIO), 1996**

Lugar de Ocurrencia	H M M C			H M S F		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
Residencia	30	73	103	38	60	98
Vía Pública	30	43	73	17	39	56
Establecimiento	7	14	21	9	7	16
Otros	2	2	4	5	3	8
Sin Información	2	1	3	1	1	2
Total	71	133	204	70	110	180

* Hospital Municipal Miguel Couto

** Hospital Municipal Salgado Filho

cia de los casos producidos en domicilio, hecho este que puede estar asociado a la frecuencia de caídas. Payne et al. (1992) refieren que la gran mayoría de las caídas se producen en el interior de los hogares, más precisamente entre el dormitorio y el baño. Tales hallazgos indican la existencia de riesgos asociados a otras formas de violencia (accidentales o intencionales) en el hogar, que supuestamente debería ser un lugar de protección y refugio para estos ancianos.

Después de la residencia se encuentra la vía pública como el segundo lugar de mayor ocurrencia de eventos, básicamente relacionada con la gran cantidad de accidentes de tránsito y transporte y caídas que afectan a la población anciana.

La frecuencia de las caídas en los ancianos parece estar asociada al factor edad en este grupo social, que produce inestabilidad y dificultad de locomoción, y particularmente entre las mujeres, por la posible asociación con osteoporosis. Sin embargo, en la coyuntura de la investigación, tales accidentes en la vía pública fueron potenciados por las obras municipales donde resultaron afectadas personas de todas las edades. A lo largo de los años 1996 y 1997, inúmeros accidentes se produjeron relacionados con las obras públicas en las calles de Río de Janeiro, sin la debida estructura de seguridad y señalización para los peatones.

En el presente estudio se investigó la utilización de drogas en la morbilidad de los ancianos. En el hospital Salgado Filho, en solo el 8% de los casos se verificó la presencia de este factor. De este total el 78,6% se refería al uso de alcohol y el 21,4% fue clasificado como "otras drogas", ítem en el cual los "medicamentos" configuraron el principal elemento. Específicamente en relación a las caídas, se observó que, en este mismo hospital, el 5,8% de ellas se producían con la ingestión de drogas, y en su mayoría (82,8%) la droga utilizada era el alcohol. En el HMMC 6% del total de casos estudiados tenía relación con el uso de drogas, y solo 16,7% de este total se refería al uso de otras drogas y 83,3% al uso de alcohol. En relación a las caídas es necesario aclarar que el 4,2% de ellas ocurrían con la interferencia de drogas, y el uso de alcohol llegó al 66,7% de este total.

La situación de soledad fue constantemente mencionada en las entrevistas. En su mayoría vivían solos, estando apoyados económicamente por un hijo o un pariente. Esta condición puede llegar a situaciones límite, como la de una entrevistada después de una caída en su baño, con fractura de fémur, llegó a quedar dos días sola en el departamento, arrastrándose por el suelo en busca de ayuda.

"En verdad, tres días. El teléfono llamé, llamé, y yo nada. No podía lle-

gar hasta el teléfono. Mi amiga... Son tan tristes estas cosas. Esa amiga mía fue... Como vio que no atendía el teléfono... ¿qué hizo? Fue hasta allá..." (señora de 77 años, víctima de caída).

Es posible percibir a través de las entrevistas que los pacientes víctimas de caídas generalmente ya habían sufrido el mismo tipo de lesión más de una vez, sin que nada se hiciera (acción u orientación) para prevenir la reincidencia.

Investigador: "¿Había tenido antes algún accidente de este tipo?"

Entrevistada: "Ja. Ja. Hace 24 días, me quebré dos costillas" (Señora de 83 años, víctima de una caída).

Caracterización de la atención

La media diaria de los diferentes tipos de violencia apunta a las caídas como principal factor de demanda diaria (4,6 en el HMMC y 3,5 en el HMSF). Ambos hospitales atienden 0,8 casos por día de ancianos víctimas de algún tipo de accidente de tránsito (atropello, choque, u otros accidentes de transporte). Importa destacar que, en ambos hospitales, cada cinco días fue atendido un caso vinculado a alguno tipo de agresión contra el anciano (agresión física, violencia doméstica o bala perdida).

La atención a los ancianos mostró que en 74% de los casos en el HMMC y el 58% en el HMSF estuvieron comprometidos por lo menos un especialista; 6,4% de los casos en el primer hospital y 5% en el segundo requirieron la intervención de dos especialistas; 3,4% y 1,1%, respectivamente, comprometieron a más de dos especialistas. En relación a este dato es necesario subrayar que, en 15,2% de los casos atendidos en el HMMC y 32,8% en el HMSF, fueron atendidos únicamente por un estudiante, lo que indica además de una sobrecarga de responsabilidad para estos agentes un riesgo para los pacientes que quedan entregados al cuidado de profesionales/estudiantes sin la necesaria experiencia.

En cuanto a esta variable importa todavía destacar que las caídas fueron responsables, en el HMMC, por 79,9% de la atención proporcionada por especialistas en ortopedia; 50% del cirujano; 66,7% del odontólogo; todas las atenciones que involucraron un neurocirujano conjuntamente con otro especialista y por 51,6% de la atención del

academico.⁵ Ya en el HMSF esta misma causa fue responsable por 73,5% de la atención del ortopedista; 70% de la de clínicos generales, 75% de ortopedistas con otro especialista y finalmente, 44,1% de la atención por parte de estudiantes.

Los principales medios de transporte utilizados por los ancianos para llegar a las emergencias fueron el automóvil (36,3% en el HMMC y 45,6% en el HMSF) y el colectivo (25% en el HMMC y 23,3% en el HMSF). Se observó que fue baja la proporción referente a ambulancia y transporte proporcionado por el Cuerpo de Bomberos, que en conjunto realizaron el 14,7% de los transportes en el HMMC y 8,9% en el HMSF. Este dato, cuando se asocia al horario de atención de las emergencias (76% en el HMMC y 79,4% en el HMSF se produjeron en la guardia nocturna) indica la precariedad del auxilio prestado, ya sea en términos de responsabilidad del medio de transporte adecuado y gratuito o en cuanto a la agilidad del mismo. Indica también que en la Zona Norte del municipio estas deficiencias son más intensas.

Otra variable investigada fue el día de la semana de mayor frecuencia de acontecimientos violentos. En relación a esta información, se constató que el viernes fue el día que se presentó la mayor proporción, con 19,6% y 18,3% de las emergencias en ancianos, en el HMMC y el HMSF respectivamente.

La vulnerabilidad física del anciano es un hecho importante en la determinación de su restablecimiento después de producido un daño a la salud, accidental o intencional. Este estudio obtuvo algunos datos acerca de la ocurrencia de secuelas en los dos hospitales investigados. En el Miguel Couto, 61,2% de 201 casos salieron con incapacidad temporaria; en cuanto el 38,8% no presentaron secuelas. En el Salgado Filho, 71,2% de 177 ancianos salieron con secuelas temporarias, 1,1% con incapacidad definitiva y 27,7% tuvieron un alta sin ninguna secuela.

Se investigó también el tiempo de permanencia del paciente anciano en las emergencias estudiadas. Se constató que el 93,8% de los ancianos internados en el HMMC salieron con menos de un día de hospitalización. En el HMSF ese dato fue muy semejante,

5. Esta expresión no tiene traducción directa al español. En el sistema de servicios de salud de Brasil se llama *academico* al estudiante del último año de la carrera de Medicina que hace una pasantía en hospitales. (Nota del traductor).

equivaliendo al 96%. En cuanto a la forma de salida de los pacientes de la emergencia, se registró que, para el Miguel Couto, 168 ancianos obtuvieron alta, 5 fueron reubicados en otro hospital, 15 fueron transferidos de la emergencia a la enfermería, 3 murieron, 2 abandonaron el hospital sin recibir el alta y en 11 registros no se dispone de esa información. Para el Salgado Filho ese comportamiento fue muy semejante, registrando 163 altas, 3 remociones, 2 internaciones en el mismo hospital, 4 salidas sin recibir alta, 5 muertes y, dato que más se diferencia del Miguel Couto, 3 casos sin esa información. Doce ancianos en el HMMC (6,2%) y 7 en el HMSF (4,0%) permanecieron en emergencia por un período de uno a siete días. Entre estos se habían producido 13 casos de caída, 2 de accidentes de tránsito, 1 de agresión física, 1 de accidente doméstico, 1 de bala perdida y 1 caso de “otros”.

La investigación permitió establecer que la letalidad fue en el HMMC de 1,6% (3 muertos en relación a los 191 casos para los que se obtuvo información respecto a la salida) y en el HMSF fue de 2,8% (5 muertes en 177 casos).

En cuanto a las entrevistas, estas señalan muchos problemas que los ancianos enfrentan en una emergencia. Algunos aguardaban durante días por una internación o una cirugía. Como quedan días en las emergencias terminan siendo relegados por la atención de enfermería, que por cierto priorizan los casos más urgentes. La situación de aislamiento, humillación, soledad y no-escucha que los ancianos sufren en la sociedad se reproduce también, de manera más aguda, en la emergencia. Fue recurrente el reclamo por cuidados básicos de alimentación e higiene:

“Mira, estoy aquí, sin tomar café, sin beber agua, sin... Con ganas de hacer pis y sin una enfermera... ¡Pido! ¡No puedo! Mira, estoy sin ropa, estoy aquí, desnudita, sin ropa, sacaron mi ropa” (señora de 69 años, víctima de caída).

La relación de impersonalidad con los profesionales de salud y un completo desconocimiento sobre su diagnóstico y terapéutica se puso de manifiesto en todos los relatos. Ninguno de los entrevistados podía informar el nombre del o los médicos que lo habían atendido.

“Me atendieron rápido. Muy bien. No se quién era el médico...”.

Entrevistador: *“¿Quién la atendió, señora?”*

“Fue un médico. Pero no sé el nombre” (Señora de 80 años, víctima de caída).

Pese a las muchas críticas veladas en relación a la atención, los ancianos entrevistados ponían énfasis en agradecer la oportunidad de haber sido atendidos. Saben, en la práctica, la dificultad de encontrar un hospital con las puertas abiertas. Algunos testimonios relataron, inclusive, una verdadera peregrinación en otros Servicios de Urgencia que no los atendieron. Algunos llegaron a referir que solo conseguirían la atención en aquel hospital por “tener relaciones” que facilitaron su entrada.

“¡El (menciona el nombre del hospital en que fue atendido por primera vez) es horrible! Permanecí allí 6 horas, sufriendo, nadie me atendía, yo perdía sangre (...) mi suerte fue que el inspector conocía a un médico allí. Conocía un médico y mandó sacar una placa de rayos X. Solo conseguí eso, una placa. Nada más (...) La atención aquí fue una suerte. Mi hijo vende material aquí para este hospital, conoce un señor de la administración” (señor de 65 años, víctima de atropello por vehículo).

Cuando pedimos una reflexión sobre qué sería posible para atender mejor a los ancianos en emergencia, los relatos enfatizaron, sobre todo, una mejor relación entre profesionales y pacientes, pidiendo un trato más afectuoso.

“Más amor, y cuando una persona pide algo, que ellos vengán a atender a la persona y a dar a la persona” (señora de 69 años, víctima de caída).

Conclusión

Hoy, en Brasil, es necesario pensar la vejez, aunque todavía no se la considere como una prioridad, teniendo en cuenta la característica de “país joven” que siempre tuvimos. Todavía más escasas son las investigaciones en torno a la violencia contra el anciano en nuestra realidad. Por consiguiente, los datos aquí presentados pueden ser tomados como una pequeña muestra de la realidad violenta a la que está sometido el anciano.

Minayo (1994) refiere una investigación de Podneks et al. en la que 98 mil

canadienses ancianos (4% de los que no vivían en instituciones) sufrían algún tipo de abuso de familiares, parientes o vecinos; 12 mil eran víctimas de abuso físico, 5 mil eran amenazados con cuchillos o armas y 60 mil sufrían abuso financiero. Y, peor aún, solo un caso entre catorce es denunciado.

En Brasil la situación del anciano no parece diferir mucho de los datos señalados en esas investigaciones. Con un ingreso ínfimo, originado en jubilaciones irrisorias y sin condiciones de sostenerse financieramente, el anciano necesita, muchas veces, volver al mercado de trabajo, a fin de garantizar su subsistencia y la de sus dependientes. Considerado como una carga y no valorizado en su experiencia de vida, no es raro que el anciano sea aislado e incluso víctima de abuso en su mismo ambiente doméstico, cuando no olvidado en guarderías y asilos, en los cuales puede sufrir experiencias todavía más estigmatizantes, humillantes y violadoras de sus derechos (Silva, 1996).

La información recogida a partir de la atención en las emergencias hospitalarias estudiadas mostraron que las mujeres de 70 o más años son las víctimas más frecuentes, constituyendo un grupo particularmente vulnerable a las caídas y accidentes de tránsito. La ortopedia fue la especialidad más demandada en el conjunto de casos atendidos, poniendo en evidencia su importancia en la atención de emergencia, sobre todo de ancianos. La clientela de ambos hospitales se mostró similar, excepto por las condiciones de ingreso familiar y apoyo financiero por parte de los familiares (mayor en el HMMC que en el HMSF). Algunas diferencias pudieron ser observadas en la atención proporcionada a los ancianos en el servicio del área más pobre (HMSF): una participación mayor del estudiante como única referencia de asistencia, mayor número de muertes y de secuelas (que puede ser explicado por la gravedad del evento) y mayor número de casos de violencia doméstica.

Ante los datos aquí encontrados, se percibe la importancia y la necesidad de la elaboración de políticas públicas (de educación y salud) que se hagan cargo del anciano. Medidas preventivas de esclarecimiento y educación sobre las formas de victimización de la vejez

podrían ayudar a disminuir su ocurrencia y efectos.

En relación a los accidentes de tránsito y transporte, la mejora de la señalización (mejor distribuida en las áreas urbanas y más adecuada en términos de tiempo para el recorrido del anciano), la conservación de las calles, la reeducación de los choferes de colectivos para garantizar la seguridad del anciano, pueden colaborar para la prevención de accidentes en esta franja etaria.

Las caídas que, como quedó constatado en este estudio, se producen en gran medida en el interior de los domicilios requieren, igualmente, ser motivo de atención. Su ocurrencia demuestra la necesidad de adecuación de las condiciones internas de los hogares, a fin de proporcionar mayor seguridad al anciano. Las soluciones simples, como alfombras no resbaladizas, puntos de apoyo o equivalentes que puedan ser utilizados como apoyo para el anciano, mejor iluminación que permita una mayor visualización y percepción espacial del trayecto a recorrer, la eliminación de obstáculos que puedan ser encontrados a lo largo del recorrido, son medidas que necesitan solo un poco de atención y una buena dosis de cariño. Estas orientaciones pueden y deben ser hechas en la atención de emergencia a fin de evitar reincidencias.

Tanto en cuestiones prácticas cotidianas (auxilio en los quehaceres domésticos, los compromisos financieros, sociales y otros) como en el auxilio en momentos de enfermedad o fragilidad emocional, la vida solitaria del anciano representa una problemática que demuestra la necesidad de pensar soluciones tales como la implantación de grupos comunitarios de apoyo, que deben estimular la diversión, el bienestar, la valorización de la autoestima y, principalmente, la autonomía y libertad del anciano, proporcionando, inclusive, el aprendizaje de nuevas actividades más adecuadas a su edad y situación de salud.

En relación a la salud física del anciano, Veras (1994) afirma que se vuelve más importante saber cuál es el impacto que una enfermedad puede provocar en su rutina de vida, que diagnosticar la propia dolencia. Este enfoque indica una perspectiva diferente para observar la patología y la relación entre el profesional de salud y el paciente,

descentralizando la atención de la enfermedad y focalizándola en el enfermo, permitiendo una visión más amplia de la persona y de sus dolores físicos y psicológicos.

La Medicina y sus avances tecnológicos han proporcionado un aumento de la expectativa de vida de la población a nivel mundial. En Brasil, además de este fenómeno, se está observando el comienzo del proceso de envejecimiento de la población. Sin embargo, la ausencia de políticas preventivas y de asistencia, unida al deterioro de los servicios (entre ellos los de salud) e instituciones, agravan la ya precaria calidad de vida de los ancianos. Es en este escenario donde vive el anciano en el Municipio de Río de Janeiro.

La instalación de sectores específicos para la atención del anciano, con los dispositivos necesarios y personal entrenado son medidas que van a ser cada vez más necesarias. Del mismo modo, se evidencia urgente la reestructuración de las guarderías/asilos que hoy son depósitos de "viejos abandonados".

El país que antes solo pensaba en el futuro en términos de legado a la juventud, se está enfrentando con la necesidad de pensarlo también para los ancianos. Como señala Py (1996) ganando cada vez más visibilidad por la fuerza de su presencia, están allí exigiendo a esta sociedad que, habiendo prolongado sus días, se ocupe ahora de asegurar condiciones de dignidad para la vejez.

Es importante recordar las palabras de Beauvoir (1976) sobre la vejez: "... nadie envejece de repente: cuando jóvenes o en plena fuerza de la edad, no pensamos, como Buda, en que ya nos habita nuestra futura vejez, esta se encuentra separada de nosotros por un lapso de tiempo tan prolongado que se confunde en nuestra percepción con la eternidad; ese porvenir tan lejano nos parece irreal. (...) imaginarme vieja a los 20 años o a los 40 es lo mismo que imaginar que soy otra. En toda metamorfosis existe un elemento atemorizante. Cuando niña, me sentía estupefacta y hasta incluso angustiada siempre que me daba cuenta de que tendría que transformarme, un día, en adulta. Sin embargo, el deseo de permanecer idéntico a sí mismo está generalmente compensado, en la juventud, por las considerables ventajas de la condición

de adulto. Al paso que la vejez surge como una desgracia (...)". Es este sentimiento, vinculado a las condiciones concretas de la vida de los ancianos, lo que es necesario transformar.

Bibliografía

Minayo MCS, Souza ER de, 1993. "Violência para todos". *Cadernos de Saúde Pública*, 9 1: 65-78.

Minayo MCS. 1994. "A violência contra o idoso sob a perspectiva da saúde pública". In: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, *Anais*, Rio de Janeiro: 67-68.

Yunes J. 1993. "Mortalidad por causas violentas en la Región de las Américas". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*: 114 .4: 302-316.

Brasil, Ministerio de Salud. 1997, *Mortalidade-Brasil 1994*, Brasília: CENEPI/Fundação Nacional de Saúde: 23-24.

CID. 1996 *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª Revisão, 1v.: Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo, Organização Pan Americana da Saúde, São Paulo.

Veras R. 1994. *País jovem de cabelos brancos: A saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ. 208p.

Souza ER de, Assis SG de. 1996. "Mortalidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*: 45 2.

Lebrão ML, Mello Jorge MHP, Laurenti R, 1997 "Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos". *Revista de Saúde Pública*: 31.

Novello AC. 1992. "From the Surgeon general US. Public Health Service". *JAMA* 267 .22: 3007.

Deslandes SF. 1997. *O custo social e o preço humano da violência: um estudo da emergência hospitalar*. Informe final de Investigación, Rio de Janeiro: CLAVES/FIOCRUZ. 78 p.

Pitta A. 1994. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 3ª ed..

Souza ER. de, Minayo MCS. 1998. "O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80". En: Minayo MCS (Org.) *Os muitos Brasís: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec: 87-116.

Bardin L. 1979. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 229p.

Souza ER. de, Fortuna FFP, Pereira MC, Silva CMFP da, 1998 "Extremo da vida sob a mira da violência: estudo da mortalidade em idosos no estado do Rio de Janeiro". *Gerontologia* 6 .2: 66-73.

Payne FJ, Sharrett CS, Poretz DN, Eron LJ, Stage T, Foroobar R, Bowman C, Miller RK 1992. "Falls among the elderly: a community prevention program". *American Journal of Public Health* 82 6: 892-894.

Silva Mamo. 1996. "Velhos de rua no Brasil: a morte silenciosa". *A Terceira Idade*.12: 35-43.

Py L. 1996 *Testemunhas vivas da história*. Rio de Janeiro: Científica Nacional, 138 p.

Beauvoir S de. 1976 *A velhice*. São Paulo: DIFEL - Difusão Editorial S.A., 313 p.