



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

de Souza Minayo, Maria Cecília; Ramos de Souza, Ednilsa; Peixoto Ribeiro, Adalgisa;
Bastos Figueiredo, Ana Elisa

Lições aprendidas na avaliação de um programa brasileiro de atenção a idosos vítimas
de violência

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 19, núm. 52, enero-marzo, 2015, pp. 171
-181

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180138352015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Lições aprendidas na avaliação de um programa brasileiro de atenção a idosos vítimas de violência

Maria Cecília de Souza Minayo^(a)
 Edinilsa Ramos de Souza^(b)
 Adalgisa Peixoto Ribeiro^(c)
 Ana Elisa Bastos Figueiredo^(d)

Introdução

“Lições aprendidas” é uma expressão que, atualmente, titula um dos capítulos da maioria dos trabalhos de avaliação de políticas sociais^{1,2}. Nesse capítulo, se encontram os resultados positivos e negativos provenientes do desenvolvimento dos projetos ou programas, evidenciando os ensinamentos que a partir dele possam ser generalizados².

Neste artigo, focalizamos esse tema a partir da avaliação e monitoramento de 18 Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPVI), os quais seguimos passo a passo durante três anos (2007 a 2009), na implantação, implementação e nos resultados das ações.

Na avaliação de programas sociais, é comum a referência às dimensões desejáveis de desempenho traduzidas em termos de eficiência, eficácia e efetividade. A eficiência diz respeito à competência no uso dos instrumentos adequados para se alcançarem os resultados com menor dispêndio de recursos e esforços. A eficácia pode ser entendida como o alcance de resultados desejados em condições controladas³; e a efetividade se refere à obtenção dos resultados pretendidos.

Trabalhamos com os conceitos de monitoramento e de avaliação⁴⁻¹⁰. O monitoramento pode ser interpretado como etapa ou componente do processo de avaliação. Monitora-se a eficiência na implantação e no desenvolvimento de uma proposta e, também, a eficácia das ações e a efetividade dos resultados. O monitoramento é realizado por meio de indicadores que mostram se determinada proposta ocorre conforme o desejado ou se há necessidade de mudança de rumos no seu desenvolvimento. Geralmente, esse acompanhamento é registrado em relatórios curtos e diretos contendo: análise da situação; dados sobre os investimentos feitos; identificação dos problemas e da busca de soluções; garantia de que as atividades previstas estejam sendo executadas corretamente; e informações sobre problemas no andamento da totalidade ou parte da proposta⁷.

Uma avaliação completa incorpora o ciclo inteiro de análise de uma intervenção, começando antes que o processo se inicie (ex-ante), passando pelo acompanhamento (monitoramento) da implantação, da implementação,

^(a-d) Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Claves/Ensp/Fiocruz). Avenida Brasil, 4036, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21040-210. cecilia@claves.fiocruz.br; edinilsa@claves.fiocruz.br; adalpeixoto@yahoo.com.br; aebfigueiredo@yahoo.com.br

e pela análise dos resultados e efeitos produzidos (ex-post). Uma avaliação pode também focalizar apenas determinado momento ou etapa da intervenção. Aqui focalizamos apenas o tópico das lições aprendidas na implantação e na implementação dos CIAPVI. No entanto, mesmo quando se analisa apenas parte do processo, é preciso evidenciar a origem, a história, os objetivos da ação e o contexto em que ela se desenvolve⁷⁻⁹. Apresentamos os ensinamentos que a experiência dos CIAPVI traz para a aplicação de políticas públicas semelhantes, precedidos de breve descrição da proposta, seus objetivos e a metodologia de sua construção.

A proposta

Os CIAPVI foram criados em 2007 pela Secretaria de Direitos Humanos, da Presidência da República do Brasil (SDH), de forma cooperativa com prefeituras, governos estaduais e instituições não governamentais. Foram instituídos como uma estratégia de ação prevista no Plano Nacional de Enfrentamento da Violência e Maus-Tratos contra a Pessoa Idosa¹¹.

Esses centros funcionam com uma equipe multiprofissional composta por assistentes sociais, psicólogos e advogados, capacitados para atender à pessoa idosa. Suas atividades priorizam: orientação sobre direitos humanos ao idoso, vítima de violências; estudo e diagnóstico psicossocial das situações demandadas; mediação de conflitos familiares e comunitários, visando a sensibilização social sobre o envelhecimento e as violências; promoção de grupos de convivência; atendimento ao agressor; encaminhamento dos casos específicos de maus-tratos, abandono ou negligências aos serviços especializados, como Defensoria Pública, Ministério Público, da Saúde, delegacias de polícia, instituições de assistência social, entre outras; internação do idoso em Instituições de Longa Permanência para idosos; notificação dos casos nas delegacias especializadas de atendimento ao idoso, no Ministério Público ou na Defensoria Pública; e investimento na formação de técnicos para lidar com essas questões.

Entre 2007 e 2009 foram criados 18 CIAPVI no país: oito na região Nordeste, três na região Norte; quatro na Sudeste; dois na Sul e um na região Centro-Oeste. A maioria deles não tem infraestrutura própria, estando sediados em secretarias de estado de Justiça, de Segurança Pública, de Direitos Humanos e Cidadania e defensorias públicas, de assistência e desenvolvimento social e de defesa de direitos.

A avaliação foi construída a partir da compreensão dos objetivos e da missão dos centros. Os parâmetros para condução desse processo foram: as *Deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa*¹², o *Estatuto do Idoso*¹³ e as diretrizes do *Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa*, do quadriênio 2007/2010¹¹. Esses documentos apresentam: o diagnóstico dos principais problemas de violência vivenciados pelos idosos e as diretrizes para a organização, o controle, o acompanhamento e a avaliação das ações a serem realizadas pelo poder público.

Método de realização do monitoramento e da avaliação

O estudo avaliativo baseou-se na triangulação de métodos quantitativos e qualitativos¹⁴.

O processo de monitoramento e avaliação foi paulatinamente construído a partir de várias oficinas participativas e intersetoriais de trabalho, envolvendo todos os participantes desse programa social. Esse procedimento corresponde ao que há de mais atual em avaliação de políticas sociais, denominado 'avaliação de quarta geração'¹⁵⁻¹⁷. O pressuposto dessa abordagem é que qualquer processo avaliativo é mais eficiente e fidedigno quando pensado e construído em forma de aprendizagem compartilhada que beneficia a todos, inclusive os pesquisadores.

Na primeira das oficinas, estabeleceram-se as estratégias para realização do monitoramento e da avaliação, e articularam-se essas ações com assessoria à SEDH e às unidades locais para correção dos rumos no processo.

Nesta etapa, criaram-se instrumentos de caráter exploratório e gerencial para acompanhar e analisar as ações de implantação e implementação dos serviços, investigando-se: a história de

implantação de cada centro; sua viabilidade institucional e administrativa; a aceitação da proposta pelos gestores; a compatibilidade entre a realidade, as políticas locais e o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa; os obstáculos encontrados; as estratégias de superação das dificuldades; a infraestrutura e os recursos humanos disponíveis. Um formulário com questões abertas e fechadas, discutido com os coordenadores dos centros, foi enviado por meio eletrônico para ser preenchido pelos gestores e sua equipe. Os dados obtidos foram analisados segundo cada unidade e para o conjunto delas.

Em duas outras oficinas, uma em 2007 e outra em 2008, foram pactuados os indicadores quantitativos e qualitativos de avaliação, por meio da técnica 'grupo nominal'^{18,19}. Nessas discussões, foram consensualizados indicadores: **de estrutura**: sustentabilidade, estabilidade da equipe e formação continuada; **de processo**: articulação, referência e contrarreferência, parcerias, redes e inclusão; e **de resultados**: atividades de prevenção, atendimentos, casos resolvidos e casos reincidentes^{4,8}.

Os resultados do monitoramento foram sendo publicados na página de um Observatório em forma de boletins quadrimestrais, durante os anos de 2008 a 2010, destacando as situações locais e comparando as unidades.

A realização da avaliação propriamente dita, por meio de instrumentos quantitativos e qualitativos, abrangeu o processo de implantação e a implementação dos centros. O "formulário de avaliação da implantação" foi aplicado a cada um dos serviços existentes e aos que foram criados a partir de 2008. As respostas foram analisadas e os resultados discutidos presencialmente com os coordenadores dos centros numa oficina de trabalho.

A avaliação da implementação foi realizada em duas etapas: em 2008, enfatizamos o estudo dos êxitos e dificuldades no desenvolvimento dos trabalhos. Em 2009, os resultados da ação e as expectativas futuras. Nesse processo, aplicamos três formulários com questões abertas e fechadas e fizemos visitas a todos os centros. Essas visitas tiveram como finalidade observar as atividades *in loco* e entrevistar os vários atores envolvidos na proposta (gestores, profissionais, parceiros e idosos). Ao todo, realizamos: 48 entrevistas individuais com gestores e parceiros, 42 grupos focais com os profissionais e 14 com os idosos.

Na última etapa avaliativa, submetemos as análises que fizemos, sobre todo o processo de monitoramento e avaliação, ao exame crítico dos principais atores envolvidos, num seminário preparado para essa finalidade. Um relatório preliminar, contendo a síntese dos resultados, foi enviado antecipadamente aos coordenadores, profissionais dos centros, representantes da SDH e de instituições parceiras. Após a validação desses atores, o relatório final com os resultados foi concluído.

Resultados

Apesar de o foco do artigo ser sobre "lições aprendidas", entendemos que será útil ao leitor ter informações mínimas sobre os resultados da avaliação a partir dos indicadores de produtividade e relevância dos centros. Em seguida, discutimos o aprendizado que o processo de implantação e implementação traz para a realização de programas semelhantes, destacando a relevância desse serviço, os êxitos e as dificuldades, mas, sobretudo, os motivos que conduziram a um e a outro.

Indicadores de produtividade e relevância dos centros

O Quadro 1 apresenta alguns indicadores de produtividade dos centros nos anos de 2008 e 2009.

As ações de prevenção, que poderiam ser classificadas como de sensibilização e tomada de consciência, geralmente, incluíram: grandes contingentes de população em feiras, festividades cílicas e religiosas, escolas, programas de rádio, televisão, artigos em jornais, seminários abertos, todas elas focadas no processo de envelhecimento, na condição dos idosos e nas violências que sofrem.

Quanto ao número de atendimentos, é importante esclarecer que cada centro foi criado em período diferente, talvez, por isso, os mais antigos, como São Luís, Manaus, Rio Branco, Teresina e Florianópolis, tendam a mostrar índices de eficiência maior. Entretanto, centros criados posteriormente,

como Palmas, Recife e Campinas, também apresentaram elevada produtividade. Outros fatores influenciam nessa quantidade de atendimentos, como o tamanho da cidade (Cornélio Procópio) e o fechamento dos centros durante o monitoramento (Natal, Belo Horizonte).

Quadro 1. Indicadores avaliativos da produtividade dos Centros, 2008 e 2009

Centros	Ano de implantação	Nº ações de prevenção	Nº atendimentos	% casos resolvidos	% casos reincidentes
São Luís/MA	2006	47	2.173	73,9	26,1
Manaus/AM	2007	3	1.832	80,0	5,0
Rio Branco/AC	2007	17	1.680	47,2	3,1
São Cristóvão/SE	2007	38	470	24,0	0,2
Maceió/AL	2007	40	54	35,2	...
Natal/RN	2007	16	37	97,3	2,7
Teresina/PI	2007	8	2.812	66,2	6,4
Marília/SP	2007	2	235	17,0	6,4
Florianópolis/SC	2007	5	1.822	13,5	1,3
Palmas/TO	2008	9	1.362	33,7	0,9
Recife/PE	2008	8	1.002	12,9	26,4
Salvador/BA	2008	8	507	70,4	0,4
Belo Horizonte/MG	2008	11	591	18,4	...
Cornélio Procópio/PR	2008	15	230	70,9	2,6
Campinas/SP	2008	1	2.432	26,8	4,9
Rio de Janeiro/RJ	2009	5	540	86,0	0
Fortaleza/CE	2009	31	696	23,4	0,9
Goiânia/GO	2009	0	16	6,2	...
Total		264	18.459	47,0	7,3

Legenda: (...) sem informação.

Foram considerados “casos resolvidos” aqueles em que o idoso foi integralmente atendido em sua necessidade. A resolutividade foi alta em 38,9% das unidades. No entanto, na maioria, ficou abaixo de 50%. Os encaminhamentos constituíram as maiores dificuldades para os profissionais. A rede pública de serviços não está preparada para acolher a pessoa idosa e nem costuma dar retorno quando atende. O idoso com dependências físicas, mentais e sociais e com necessidade de respostas imediatas encontra maior dificuldade no atendimento²⁰. Verificamos percentuais baixos de reincidência dos casos resolvidos pelos centros, o que demonstra a efetividade dos atendimentos.

Os indicadores quantitativos de produtividade foram complementados pela análise das percepções dos diferentes atores envolvidos no trabalho dos CIAPVI. Ouvir as pessoas sobre os programas nos quais estão envolvidas é importante, pois o que elas pensam sobre a situação influencia seu comportamento.

Alguns gestores e profissionais destacaram que os idosos saem dos centros mais tranquilos, cientes de seus direitos, se sentem protegidos, seguros, respaldados e satisfeitos. Muitos disseram que o centro é um serviço que veio para ficar em seus municípios, e ressaltam os ganhos conquistados por meio dele: a mobilização da opinião pública e da mídia, a articulação da rede de proteção local e o envolvimento da comunidade. Os representantes de instituições parceiras também destacaram que, na

maioria das vezes, o centro consegue atender à demanda com respostas efetivas. Ressaltaram, ainda, a importância da participação ativa e comprometida dos técnicos, muitos deles voluntários, e que o trabalho multiprofissional tornou o grupo coeso e integrado.

Para os parceiros das ONG e de outras instituições públicas, o serviço oferecido pelos centros se tornou referência para a cidadania dos idosos e uma iniciativa de vanguarda em relação ao tema, nas localidades em que foram criados. Promotores de justiça, delegados e defensores públicos assinalaram que houve redução nas queixas e denúncias que chegam a suas instituições, o que é indicativo do êxito dos centros.

Os idosos ouvidos consideraram que receberam bom atendimento, pois os profissionais os escutaram, deram encaminhamento correto e seus problemas foram resolvidos. Comentaram que se sentem respeitados, à vontade e tranquilos após o atendimento. No entanto, vários deles criticaram: a burocracia e filas nos serviços para onde são encaminhados; o espaço físico dos centros, que, frequentemente, ainda não é adequado, dificultando a privacidade dos atendimentos, e a morosidade dos processos que endereçam à justiça. Por isso, muitos idosos sugeriram melhorias para os centros, como: adequação do espaço físico visando à privacidade dos atendimentos; abolição das filas para atendimento nos serviços a que são referidos; aumento do número de visitas dos técnicos às suas casas quando há denúncia de violência; penalidades mais duras para seus agressores; justiça mais ágil; estabelecimento dos centros em locais acessíveis; e meio de transporte para que os idosos dependentes sejam atendidos em casa ou levados para atendimento nos serviços.

Lições aprendidas na *implantação* dos centros

O momento de *implantação* é crucial porque dele se originará uma prática coletiva eficiente ou não. Cada centro teve sua história particular de criação, mas os pontos comuns ressaltados como facilitadores foram: (1) oficinas oferecidas pela SEDH para os profissionais que atuariam nos centros para discutir a viabilidade do trabalho, criar linguagem comum e oferecer orientações para atuação de rotina e frente a problemas mais complexos. Essa estratégia tornou possível: a identificação e a sinergia das pessoas com a proposta, a obtenção de informações precisas e objetivas para a implantação, garantias para a operacionalização e discussão dos indicadores com os quais os serviços seriam avaliados; (2) constituição de um grupo de profissionais e gestores dedicados, com formação básica e experiência pessoal e institucional anterior para trabalhar com idosos; (3) apoio financeiro e orientação técnica da SEDH para prover o centro com condições básicas de funcionamento nos locais onde esse trabalho foi pioneiro; (4) acolhimento institucional de algum órgão que lhe deu abrigo, cobertura e condições de atuação; (5) criação de infraestrutura básica para o projeto: espaço físico adequado; equipamentos; acesso à internet e telefone, transporte para visitas domiciliares e locomoção de idosos dependentes, e salas para atendimento individual; (6) localização do centro em lugar de fácil acesso para os idosos que utilizam transporte público; (7) autonomia do coordenador para adaptar e organizar o espaço físico e para selecionar sua equipe; (8) construção de parcerias ativas com a rede de serviços de saúde, assistência social e segurança, instituições não governamentais e voluntariado.

Dentre os fatores que dificultaram a *implantação* de alguns centros, gestores e técnicos destacaram: (1) escassez de recursos financeiros para realizar a quantidade de ações previstas, pois algumas unidades dependiam exclusivamente do subsídio da SDH; (2) problemas burocráticos que provocaram morosidade nos processos licitatórios para aquisição de materiais e equipamentos, contratação de técnicos e de empresas envolvidas nas ações; (3) problemas na gestão do órgão ao qual a unidade estava vinculada: troca de chefias, de gestores dos próprios centros, tornando descontínuos os atendimentos e encaminhamentos; (4) inexistência, precariedade ou inadequação de serviços e programas de suporte na rede de proteção para os quais os idosos deveriam ser encaminhados. É o caso de centros de cuidados diurnos e de vagas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) com elevado grau de dependência; (5) problemas de integração entre os profissionais das distintas áreas (direito, saúde, assistência social, segurança e transporte) e dos órgãos que deveriam atuar em rede; (6) dificuldades de sensibilização da sociedade para as questões do envelhecimento e da violência contra a pessoa idosa.

Lições aprendidas na *implementação* dos centros

Apesar dos problemas desafiantes de se criar um trabalho multiprofissional, o desenvolvimento das atividades nos CIAPVI mostrou conquistas importantes, consensualmente valorizadas por gestores, profissionais, parceiros e pelos próprios idosos.

Mostrou ser altamente eficiente: (1) ter foco na missão; (2) ter um grupo de profissionais capacitados, motivados, coesos e comprometidos com o tema; (3) insistir no atendimento multidisciplinar incluindo apoio jurídico, psicológico e social; (4) fazer parcerias com instituições públicas responsáveis pelo atendimento (como secretarias de saúde, de assistência social, de transporte, de mobilidade urbana) ou com instituições apoiadoras, como: universidades, conselhos de direitos, Ministério Público, Ministério da Justiça, Secretaria da Justiça, Rede Nacional de Atendimento dos Direitos do Idoso e grupos de voluntariado; (5) oferecer atendimento resolutivo, personalizado e direto, que significou acolher e escutar o idoso, realizar os encaminhamentos necessários, envolver a família na solução dos problemas e reforçar seus vínculos por meio da mediação compreensiva de seus conflitos; (6) acompanhar as atividades do centro com cursos que promovessem o bom nível dos profissionais e a orientação dos familiares; (7) acompanhar o desenvolvimento do centro com a produção e divulgação de materiais informativos para sensibilização da sociedade; (8) integrar e fortalecer fóruns em defesa dos direitos da pessoa idosa; (9) quando necessário, descentralizar atividades para municípios e bairros com grande número de idosos; (10) contar com apoio político e gerencial e aporte financeiro do governo local.

Esse decálogo poderia ser completado com a constatação da importância de contar com a participação dos idosos e de suas famílias no desenvolvimento das ações. Isso ajudou na adequação das atividades dos centros e permitiu a redução da judicialização dos conflitos que costumam protagonizar ou dos quais são vítimas.

Foram apontados os problemas que emperraram o trabalho. Alguns são de ordem institucional, outros de gestão de pessoal e do trabalho, e outros se referem ao desempenho das atividades cotidianas.

Do ponto de vista institucional, as principais falhas foram: (1) descontinuidade dos convênios com a SDH que orientava as ações e financiava os centros. Em função dessa interrupção, algumas unidades encerraram definitivamente suas atividades, pois não conseguiram ser assumidas pelos governos locais. Outras continuam existindo, mas perderam o foco multiprofissional e passaram a atuar em uma lógica setorial, desconfigurando a proposta inicial. (2) Em alguns CIAPVI, persistiram problemas: de infraestrutura (falta de espaço físico adequado à privacidade dos atendimentos); de equipamentos imprescindíveis, como telefone, transporte para idosos dependentes e para realização de visitas domiciliares; e de pessoal, persistindo quadro de profissionais reduzido, insuficiente e de elevada rotatividade; (3) em várias unidades, a excessiva lentidão burocrática dos órgãos a que estavam subordinadas prejudicou a realização de ações previstas, a contratação e pagamento de profissionais, e licitações para compra de materiais e equipamentos.

Do ponto de vista da gestão dos centros, foram assinalados: (1) em alguns locais, evidente desarticulação da rede de apoio e insuficiência de serviços que deveriam garantir atenção integral aos idosos; (2) falhas no sistema de referência e contrarreferência, comprometendo a resolutividade dos casos de violência; (3) inexistência ou insuficiência de vagas em ILPI, deixando, sem apoio, idosos dependentes em extrema condição de pobreza ou que não tinham familiares cuidadores à disposição; (4) dificuldades de inclusão dos idosos e dos abusadores com transtornos psiquiátricos na rede de atendimento de saúde mental; (5) falta de formação dos profissionais para abordar idosos e familiares com transtornos psiquiátricos ou envolvidos em atos criminosos; (6) ausência de instâncias para trabalhar com os agressores; (7) morosidade no processo de interdição e abrigamento compulsório para idosos com demência e sem cuidadores adequados; (8) inexistência de bancos de dados unificados da rede de proteção.

Do ponto de vista das equipes e suas atividades, os profissionais mencionaram como problemáticas: (1) inexperiência para lidar com a violência contra a pessoa idosa; (2) descontinuidade nos processos de contratação e capacitação para atuar nos Centros; (3) e rotatividade dos profissionais e estagiários.

Sobre os idosos e suas famílias, os profissionais destacaram: (1) resistência da pessoa idosa em relatar a violência que sofre, seja porque o abusador é um familiar com o qual terá de conviver quando regressar para casa, ou por temor de possível desfecho policial ou jurídico-penal da situação que narrar; (2) comprometimento mental e dependência química de alguns idosos e de seus abusadores; (3) frequente omissão, falta de compreensão e de compromisso de familiares em relação às necessidades de seus parentes idosos.

Discussão

Há evidência de acertos e dificuldades no desenvolvimento dos CIAPVI que foram concebidos como uma estratégia para construir uma base de conhecimentos e práticas para lidar com a violência contra a pessoa idosa, garantindo seus direitos. Ressalta-se que, embora falemos da pessoa idosa de forma genérica, na verdade, os maiores frequentadores dessas unidades são pessoas pobres e que têm algum grau de dificuldade de se defender por si só. É em relação a esse grupo específico que as instituições públicas e a sociedade brasileira vêm demonstrando maior dificuldade em atuar protetivamente. Mas esse não é um problema apenas brasileiro, pois, nos documentos do Conselho Europeu²¹, que reúne o pensamento da Comunidade Europeia, o foco são os idosos dependentes, considerados os mais vulneráveis. Na Europa, pretende-se criar um fundo específico para que esse grupo social seja contemplado, uma vez que os serviços a ele destinados ora são mantidos por órgãos públicos ora por organizações não governamentais. O principal desafio tem sido equilibrar as responsabilidades da família e do Estado nos cuidados aos idosos e ampliar a oferta e o acesso aos serviços especializados, assim como proteger e aliviar o desgaste dos cuidadores familiares.

Se os CIAPVI pareciam apontar um caminho de possibilidades no sentido citado acima, seu papel se esmaeceu. Como soe acontecer no serviço público brasileiro, as mudanças na gestão da SDH estabeleceram outras prioridades, tornando esses centros apenas uma experiência a mais. Em levantamento realizado em 2013, constatamos que, dos 18 avaliados, seis encerraram suas atividades em função da falta de recursos financeiros e do apoio da gestão local. Dos 12 restantes, nove ainda funcionavam conforme o modelo multiprofissional preconizado originalmente. Os demais continuavam oferecendo seus serviços com foco apenas setorial. Dois centros (Rio de Janeiro, São Luís), ao contrário, ampliaram suas atividades dentro da filosofia proposta: o primeiro criou uma ouvidoria e implantou uma unidade em Niterói. O segundo criou um atendimento móvel que contempla a periferia de São Luís.

A proposta de criação dos CIAPVI foi pensada como uma dentre várias outras estratégias do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa. Nesse sentido, ela é parte de um todo e, como tal, ela cumpriu sua missão. Foi com o intuito de generalizar essa estratégia que a SEDH contratou a pesquisa de monitoramento e avaliação para acompanhar o percurso do experimento.

A pergunta que aqui cabe é se iniciativas como os CIAPVI têm sentido se não forem verdadeiramente institucionalizadas. A experiência internacional mostra que cada país vai encontrando formas de lidar com os problemas gerados pelo envelhecimento da população. Entretanto, observamos que a questão dos idosos dependentes e as violências que acometem os velhos em geral, continuam a ser temas sobre os quais se preocupam governantes, profissionais de saúde, pesquisadores e, sobretudo, familiares. Os CIAPVI, inicialmente criados como uma experiência-piloto de qualidade, eficiência e baixo custo, com pretensão de estender-se nacionalmente, poderiam constituir um exemplo para os países que estão buscando respostas aos problemas mencionados.

Artigos que avaliam propostas de prevenção da violência contra a pessoa idosa mostram que um programa efetivo deve atender a cada idoso e abranger os vários componentes de sua vida, como saúde, educação, interações sociais e condições de vida, provendo serviços relevantes que diminuam os seus riscos de violência. Também deve incluir intervenções como campanhas na mídia e estratégias de mudanças que possam melhorar sua condição de vida²²⁻²⁵. Tais objetivos coincidem com os da proposta original dos CIAPVI, embora não se tenha encontrado nenhuma iniciativa igual. Os Estados Unidos, por exemplo, criaram, em 2007, o "Nacional Center of Elder Abuse" (NCEA) dentro do "Department of Health and Human Services", para assegurar recursos para pesquisa, aplicação de políticas sociais,

de saúde, de justiça; para formação de cuidadores; para defesa de direitos dos idosos e atendimento aos familiares necessitados. Esse centro atua em colaboração com os Estados e com iniciativas locais²⁶. No Canadá, existe: um Departamento do Idoso no Sistema Público de Saúde; uma Rede Nacional de Cuidados; um Centro de Direito dos Idosos e uma Rede de Prevenção de Abusos²⁷.

Considerações finais

Do estudo desse caso avaliado, aprendemos algumas lições:

(1) A primeira delas é que, quando se faz um arranjo estratégico novo como dispositivo para o desenvolvimento de uma política pública, a instituição que o cria precisa ter foco, objetivos claros, trabalhar coletivamente com todos os atores que o implementarão ou que serão destinatários da iniciativa. No entanto, não basta isso, é preciso ter recursos financeiros, orientação técnica e previsão de sustentabilidade. No caso dos CIAPVI, houve grande investimento inicial da SDH, seguido por descontinuidade.

(2) Concluímos que os 66% dos centros que persistem têm apoio local e caminham por conta própria. Mas a meta da SDH, de implantar, pelo menos, um em cada estado, não foi atingida. Entendemos, portanto, que o papel orientador e indutor dessa secretaria não deveria ter cessado até que a proposta fosse inteiramente implantada.

(3) Um dos problemas cruciais relativos à continuidade dos centros foi que a proposta de sua criação nunca foi consensual na SDH e nos governos locais. Durante o processo de avaliação, percebeu-se, ao contrário, muita resistência interna e opiniões ambivalentes quanto a assumir esses arranjos e a incorporá-los às instâncias locais. Observamos que, na prática, criar estratégias para o cuidado do idoso não é prioridade para alguns governantes e para parte da sociedade brasileira, a não ser para as famílias.

(4) Ressalta-se a importância, caso a proposta seja retomada, de garantir, aos centros, suas características iniciais multiprofissionais e de atuação em rede. Os resultados conseguidos por meio de uma pequena equipe formada por psicólogo, advogado e assistente social, evidenciados nos indicadores, por si só falam da relevância e adequação desse formato.

(5) O engajamento dos técnicos e gestores foi um ponto alto do sucesso dos centros. Ao final do processo avaliativo, muitos coordenadores e profissionais ressaltaram que, apesar de ser um projeto recente, o esforço e o empenho dos funcionários permitiram que os serviços se transformassem em referência e fossem potencializadores de ações efetivas e significativas.

(6) Foi fundamental o papel dos centros na dinamização de uma rede interinstitucional de serviços necessários e imprescindíveis, como os de saúde e de justiça que, infelizmente, constatou-se serem os de mais difícil acesso e os que apresentam demora e falta de qualidade no atendimento. Ressalta-se a insuficiência de oferta de atenção especializada para idosos dependentes e com problemas graves de saúde física e de acesso aos serviços de saúde mental.

(7) Quatro problemas ligados ao cotidiano dos centros põem em risco o trabalho: falta de garantia de institucionalidade e sustentabilidade pelos órgãos locais em colaboração com a SDH; algumas iniciativas em curso, de tornar o serviço apenas setorial; inadequado e insuficiente financiamento para garantir as atividades; e falta de investimento em pessoas competentes e sua substituição por funcionários inexperientes.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. The DAC Network on Development. Evaluation. Joint evaluations: recent experiences, lessons learned and options for the future [Internet] [acesso 2014 Abr 4]. Disponível em: <http://www.oecd.org/dac/evaluation/dcdndep/35353699.pdf>
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Innovations, lessons learned and good practices [Internet] [acesso 2013 Abr 4]. Disponível em: <http://www.unicef.org/innovations>
3. Marinho A, Façanha LO. Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Texto para Discussão nº 787 [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001 [acesso 2013 Abr 5]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0787.pdf
4. Tamaki EM, Tanaka OU, Felisberto E, Alves CKA, Drumond Junior M, Bezerra LCA, et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. Cienc Saude Colet. 2012; 17(4):839-49.
5. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Cienc Saude Colet. 2012; 17(4):901-11.
6. Miranda AS, Carvalho ALB, Cavalcante CGCS. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. Cienc Saude Colet. 2012; 17(4):913-20.
7. Minayo MCS. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. Saude Transform Soc. 2011; 1(3):2-11.
8. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da pesquisa. Cienc Saude Colet. 2006; 11(3):705-11.
9. Knaap P. Theory-based evaluation and learning: possibilities and challenges. Evaluation. 2004; 10(1):16-34.
10. Weiss CH. Evaluation, methods for studying programs and policies. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
11. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Plano de ação para enfrentamento da violência contra a pessoa idosa (2007-2010). Brasília (DF): SDH; 2007.
12. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Relatório da Primeira Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa. Brasília: SDH; 2006 [Internet] [acesso 2014 Mar 12]. Disponível em: www.sdh.gov.br
13. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União. 3 Out 2003.
14. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
15. Kantorski LP, Wetzel C, Olschowsky A, Jardim VMR, Bielemann VLM, Schneider JF. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. Interface (Botucatu). 2009; 13(31):343-55.
16. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. J Adv Nurs. 2000; 31(1):117-25.
17. Koch T. Having a say: negotiation in fourth-generation evaluation. Adv Nurs. 2000; 31(1):125-31.

18. Lancaster T, Hart R, Gardner S. Literature and medicine: evaluating a special study module using the nominal group technique. *Med Educ.* 2002; 36(11):1071-86.
19. Gallangher M, Hares T, Spencer J, Bradshaw C, Webb I. The nominal group technique: a research tool for general practice. *Fam Pract.* 1993; 10(1):76-91.
20. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Cienc Saude Colet.* 2006; 11(4):941-50.
21. Garcia AM. La protección social en la Unión Europea, un modelo homogéneo? *ICE Rev Econ* [Internet]. 2005 [acesso 2014 Abr 25]; 820:1-27. Disponível em: http://www.revistasice.com/CachePDF/ICE_820_195219_9282FA86374DE5D092216C7C85F66803.pdf
22. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey-kane E, et al. What works in prevention: principles of effective prevention programs. *Am Psychol.* 2003; 58(6-7):449-56.
23. Gates S, Ficher JD, Cooke MW, Lamb SE. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2008; 336(7636):130-3.
24. Chan KL. Comparative review on national strategies in the prevention of domestic violence. *Open Soc Sci J.* 2011; 4:1-8.
25. World Health Organization. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Genève: World Health Organization; 2002.
26. National Center on elder abuse: administration on aging. Department of Health and Human Services [Internet] [acesso 2014 Maio 20]. Disponível em: <http://www.ncea.aoa.gov/index.aspx>
27. Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s. Canadian Network for prevention on elder abuse [Internet] [acesso 2014 Maio 30]. Disponível em: <http://www.cnpea.ca/ageism.pdf>

Apresentam-se “lições aprendidas” no processo de avaliação e monitoramento dos centros de prevenção de violência contra os idosos, programa criado em 2007 pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH), cuja proposta se baseia em atenção multidisciplinar oferecida por profissionais de direito, saúde e assistência social. Fez-se uma pesquisa avaliativa do programa durante três anos, utilizando-se triangulação de métodos quantitativos e qualitativos. As lições aprendidas provêm da visão dos diferentes atores que compartilharam a experiência, inclusive os idosos. A eficiência e a efetividade das ações mostraram a importância da iniciativa. Mas aqui se apontam, também, seus limites, particularmente problemas de sustentabilidade pela falta de investimento dos gestores e pela descontinuidade do apoio e da orientação da SDH. Em 2013, dos 18 projetos implantados, seis haviam encerrado suas atividades, 12 continuavam ativos, desses, dois expandiram suas ações.

Palavras-chave: Idoso. Violência contra o idoso. Direitos do idoso. Prevenção de violência. Avaliação.

Lessons learned from the evaluation of a Brazilian healthcare program for elderly victims of violence

This paper presents the “lessons learned” from the process of evaluation and monitoring of centers for prevention of violence against the elderly, a program created in 2007 by the Brazilian Department of Human Rights (DHR). The aims were based on multidisciplinary care provided by legal professionals, healthcare professionals and social workers. An evaluative investigation on this program was conducted over a three-year period by means of triangulation of quantitative and qualitative methods. The lessons learned came from the viewpoints of the different players who shared in these experiences.. The efficiency and effectiveness of the actions performed showed the importance of the initiative. However, the investigation also indicated the limitations of the program, particularly regarding sustainability problems caused by lack of investment by the administrators and discontinuity of support from the DHR. In 2013, out of the 18 projects that had been implemented, six had ceased activities, 12 remained active and two of the latter had expanded their actions.

Keywords: Elderly person. Violence against the elderly. Rights of the elderly. Prevention of violence. Evaluation.

Lecciones aprendidas en la evaluación de un programa brasileño de atención a ancianos víctimas de la violencia

Se presentan las “lecciones aprendidas” en el proceso de evaluación y monitoreo de los centros de prevención de violencia contra los ancianos, programa creado en 2007 por la Secretaría de Derechos Humanos de la Presidencia de la República (SDH), cuya propuesta se basa en la atención multidisciplinaria ofrecida por profesionales de derecho, salud y asistencia social. Se hizo una encuesta de evaluación del programa durante tres años, utilizándose la triangulación de métodos cuantitativos y cualitativos. Las lecciones aprendidas tienen origen en la visión de los diferentes actores que compartieron la experiencia. La eficiencia y efectividad de las acciones mostraron la importancia de la iniciativa. Pero aquí se señalan también sus límites, particularmente problemas de sostenibilidad por la falta de inversión de los gestores y por la descontinuidad del apoyo y de la orientación de la SDH. En 2013, de los 18 proyectos implantados, seis habían cerrado sus actividades, 12 continuaban activos siendo que de ellos, dos ampliaron sus acciones.

Palabras clave: Anciano. Violencia contra el anciano. Derechos del anciano. Prevención de violencia. Evaluación.

Recebido em 10/06/14. Aprovado em 05/07/14.

