

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Identificação e notificação da violência contra idosos na Estratégia de
Saúde da Família**

Nelissandra Cristiane Scorsato Antonioli

Passo Fundo

2013

Nelissandra Cristiane Scorsato Antonioli

Identificação e notificação da violência contra idosos na Estratégia de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli

Coorientador:

Prof. Dr. Adriano Pasqualotti

Passo Fundo

2013

CIP – Catalogação na Publicação

A635i Antonioli, Nelissandra Cristiane Scorsato
Identificação e notificação da violência contra idosos na
estratégia de saúde da família / Nelissandra Cristiane Scorsato
Antonioli. – 2013.
97 f. : il; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de
Passo Fundo, 2013.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli.

Coorientador: Prof. Dr. Adriano Pasqualotti.

1. Idosos – Saúde e higiene. 2. Idosos – Maus-tratos. 3.
Programa de saúde da família (Brasil). I. Bettinelli, Luiz Antonio,
orientador. II. Pasqualotti, Adriano, coorientador. III. Título.

CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA

NELISSANDRA CRISTIANE SCORSATO ANTONIOLLI

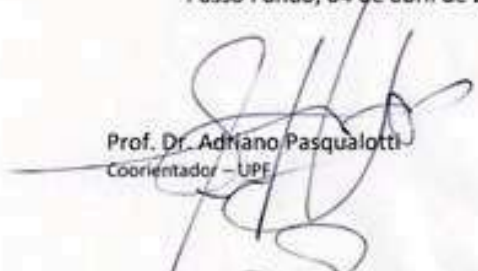
Aos quatro dias do mês de abril do ano dois mil e treze às oito horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: **"Identificação e notificação da violência contra idosos na Estratégia de Saúde da Família"**, apresentada pela mestrande Nelissandra Cristina Scorsatto Antonioli, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Luiz Antonio Bettinelli - orientador e presidente da banca examinadora (UPF), Adriano Pasqualotti, Bernadete Maria Dalmolin, Marlene Doring e Claudio Almir Dalbosco. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata **APROVADA**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.


Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.


Passo Fundo, 04 de abril de 2013.


Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli
Orientador e Presidente da Banca Examinadora


Prof. Dr. Adriano Pasqualotti
Coorientador - UPF


Prof. Dr. Marlene Doring
Universidade de Passo Fundo - UPF


Prof. Dr. Bernadete Maria Dalmolin
Universidade de Passo Fundo - UPF


Prof. Dr. Claudio Almir Dalbosco
Universidade de Passo Fundo - UPF

DEDICATÓRIA

À pessoa que possibilitou que eu atingisse meus objetivos e esteve ao meu lado, exercendo um papel fundamental na minha vida, minha mãe Maria, uma mulher que batalha para atingir suas metas e sempre foi uma grande incentivadora dos meus estudos. Que sempre esteve ao meu lado e me ensinou os valores que levo para toda vida. Que participou dessa jornada e pelo apoio incondicional aliado com a força e compreensão de que necessitei durante o mestrado.

A Deus que iluminou meu caminho e permitiu que eu realizasse todos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A todos os professores do Mestrado em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, que de uma forma ou outra contribuíram para que meu trabalho se tornasse realidade. Com as aulas puder agregar maiores conhecimentos e me encantar cada dia mais por esse tema. Os ensinamentos dos professores seguirão na minha trajetória profissional para sempre.

Ao professor e meu orientador Dr. Luiz Antonio Bettinelli por sua competência profissional e por acreditar em mim e em meu projeto de mestrado. Por seus ensinamentos, paciência, contribuições fundamentais e por transmitir sua experiência.

Ao professor e meu coorientador Dr. Adriano Pasqualotti por sua contribuição de extrema importância durante a caminhada do mestrado e por seus ensinamentos na área tecnológica.

As professoras Doutoras Marlene Doring e Bernadete Maria Dalmolin por terem despertado em mim durante a graduação a paixão pelo tema da violência, Marilene Rodrigues Portella, Helenice de Moura Scortegagna pela amizade, disponibilidade e por me proporcionar a ser uma profissional com um olhar mais amplo e crítico do processo de envelhecer e suas particularidades.

A secretária do mestrado, Rita De Marco que me auxiliou nos momentos de dúvidas e pelas conversas agradáveis que tivemos.

Aos colegas de mestrado pela possibilidade de trocar experiências e conhecimentos das diferentes áreas da saúde.

A todos os meus amigos que nem sempre compreenderam meus momentos de ausência, mas me apoiaram a continuar. E pelos momentos de descontração e distração que me fizeram tão bem e me ajudaram a enfrentar as adversidades.

A minha amiga Daiana Argenta Kumpel que dividiu comigo as angústias, me apoiou e exerceu participação importante na minha vida. Além de uma amizade que foi se consolidando no decorrer do nosso mestrado, dividimos o mesmo prazer em aprender

sobre o envelhecimento e compartilhamos a paixão pelo tema. Sou grata pela sua motivação nos momentos em que mais precisei.

A minha amiga Adriane por sua admiração no meu trabalho e trajetória profissional e por me estimular a querer crescer cada vez mais.

As alunas da graduação em Enfermagem, Gabriela e Cristina que contribuíram na coleta dos dados com determinação, respeito e qualidade.

Aos gestores da Secretaria de Saúde do município que possibilitaram a realização das coletas dos dados. Aos funcionários das Estratégias da Saúde da Família que me acolheram e disponibilizaram um pouco do seu tempo para que esses dados fossem coletados e me fizeram compreender um pouco mais sua realidade de trabalho com a comunidade.

E aos idosos, que aprendi a admirar e dedicar todo cuidado que minha profissão pode proporcionar a eles. É por eles e para eles que dediquei meu tempo e esforço para compreender melhor as interfaces e os desafios do processo de envelhecer.

A todos vocês, meu muito obrigada!

RESUMO

ANTONIOLLI, Nelissandra Cristiane Scorsato. Identificação e notificação da violência contra idosos na estratégia de saúde da família. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que traz repercussões sociais e econômicas para o poder público, para a sociedade e para a família, o que demanda a implementação de políticas públicas que atendam a população idosa. Dentro desse contexto do envelhecimento humano, há uma preocupação nas questões que envolvem a violência contra o idoso. A violência contra os idosos é um fenômeno evidente dentro do atual processo de envelhecimento populacional mundial. Objetivou-se conhecer as ações e intervenções realizadas por um grupo de profissionais que atuam na rede básica de saúde sobre a violência contra o idoso, caracterizar os profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família quanto às características sociodemográficas e profissionais, identificar as ações realizadas pelos profissionais da Estratégia de saúde da Família quando se deparam com idosos em risco ou em situação de violência e verificar se os profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família possuem conhecimento sobre o Estatuto do Idoso. Para a busca dos resultados utilizou-se um instrumento de avaliação da violência contra os idosos. Trata-se de um estudo quantitativo, de caráter descritivo e analítico, de tipo transversal e populacional desenvolvido com os profissionais que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESF). Os dados foram interpretados por meio dos pacotes estatísticos SPSS for Windows 18 e Statistic 6.0. Para analisar as relações de dependência entre as variáveis pesquisadas foram utilizados os testes de qui-quadrado e Mann-Whitney. Os dados foram analisados para um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Os resultados indicam que os profissionais ainda necessitam de maiores conhecimentos acerca do tema violência contra o idoso, além de necessitarem de treinamentos e capacitações para efetivar a identificação, encaminhamento da denúncia e acompanhamento desses idosos vítimas de violência. A maior parte dos entrevistados, ou seja, 94 (75,8%) possuem pouco conhecimento (autoreferido) acerca do Estatuto do Idoso.

Palavras-chave: 1. Maus-tratos ao idoso. 2. Idoso. 3. Atenção básica. 4. Assistência integral à saúde. 5. Envelhecimento.

ABSTRACT

ANTONIOLLI, Nelissandra Cristiane Scorsato. Identificação e notificação da violência contra idosos na estratégia de saúde da família. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

The population aging is a global phenomenon that brings social and economic repercussions for the government, society and the family, which requires the implementation of public policies that address care to the elderly population. Within this context of human aging, there is a concern on issues that involve violence against the elderly. Violence against the elderly people is an evident phenomenon in the current process of global population aging. This study is aimed at knowing the actions and interventions performed by a group of professionals who work in the Family Health Strategy in one city within Rio Grande do Sul (RS) with regards violence against the elderly; characterizing the professionals who work in the Family Health Strategy specifically within the sociodemographic characteristics, identifying the actions taken by the professionals of the Family Health Strategy when they find an elderly in risk or in situations of violence and to verifying the self-reported knowledge of the professionals who work in the Family Health Strategy related to the Elderly Statute. For data collection purposes was used a tool for assessing violence against the elderly. This is a descriptive and analytical quantitative research with a cross-sectional and population perspective that was developed among the professionals who work in the Family Health Strategy (FHS). The data were interpreted using statistical packages such as SPSS for Windows 18 and Statistic 6.0. To analyze the relationships of the dependency between all variables were used the Chi-square and Mann-Whitney tests. Data were analyzed for significance level of 5% ($p \leq .05$). The results show that professionals still need more knowledge with regards the topic of violence against the elderly; in addition there is a required training to concretize the identification and the referral of the grievance of the elderly victims of violence. The majority of respondents, 94 (75.8%) have little (self-reported) knowledge on the Statute of the Elderly.

Key words: 1. Mistreatment of the elderly. 2. Elderly. 3. Primary Health Care. 4. Comprehensive health care. 5. Aging.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cálculo do erro amostral.....	40
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção do tamanho da amostra definido a partir do tamanho da população de profissionais que atuam nas Estratégias da Saúde da Família do município de Passo Fundo – RS.....	41
Tabela 2 - Relação entre idade e tempo de atuação dos profissionais que atuam nas ESF quando associados ao recebimento de treinamento ou não sobre violência contra o idoso no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.....	50
Tabela 3 - Relação entre conhecimento autoreferido dos profissionais que atuam nas ESF sobre o Estatuto do Idoso e o local para a denúncia dos casos de violência contra os idosos no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.	52
Tabela 4 - Relação entre conhecimento autoreferido dos profissionais que atuam nas ESF sobre o Estatuto do Idoso e possuir curso superior no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012 (n = 124).	53
Tabela 5 - Relação entre conhecimento autoreferido dos profissionais que atuam na ESF sobre o Estatuto do Idoso e ter realizado treinamento sobre violência contra o idoso no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012 (n = 124).	53
Tabela 6 - Relação entre conhecimento autoreferido dos profissionais (divididos por categorias profissionais) que atuam na ESF sobre o Estatuto do Idoso no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012 (n = 124).	54
Tabela 7 – Relação entre receber treinamento sobre a violência contra o idoso e a suspeita de casos de maus-tratos contra o idoso dos profissionais que atuam na ESF do município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012 (n = 124).	55

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ètica em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PSF	Programa da Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1	<i>O envelhecimento populacional</i>	20
2.2	<i>A violência contra o idoso</i>	25
2.3	<i>Estratégia de Saúde da Família</i>	35
3	METODOLOGIA	39
3.1	<i>Delineamento</i>	39
3.2	<i>Local do estudo, população e procedimento amostral</i>	39
3.3	<i>Procedimento de coleta de dados</i>	41
3.4	<i>Análise dos dados</i>	42
3.5	<i>Aspectos éticos</i>	42
4	RESULTADOS	43
5	DISCUSSÃO	56
5.1	<i>A Estratégia de Saúde da Família e a violência contra o idoso</i>	56
5.2	<i>A temática da violência</i>	61
6	CONCLUSÃO	67
	REFERÊNCIAS	71
	ANEXOS	78
Anexo A.	<i>Parecer Comitê de Ética</i>	79
	APÊNDICES	81
Apêndice A.	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	82
Apêndice B.	<i>Instrumento de avaliação da violência contra os idosos</i>	85
Apêndice C	<i>Termos de Autorização</i>	94

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que traz repercussões sociais e econômicas para o poder público, para a sociedade e para a família, o que demanda a implementação de políticas públicas que atendam a população idosa. Os dados existentes sobre a violência ainda não conseguem retratar a real situação do problema, desrespeitando os direitos humanos. O triunfo do envelhecimento impõe aos gestores de saúde a responsabilidade de criar medidas para ajudar as pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas, atendendo às necessidades destas e de suas famílias. Além disso, com esse constante aumento da população idosa no país, gerou-se uma necessidade de proporcionar mais qualificação aos profissionais ou cuidadores de idosos, para assim ofertar mais qualidade e resolutividade nos atendimentos.

Com os diversos avanços tecnológicos na área da saúde, com novas técnicas e suportes que garantem mais anos de vida, a população está vivendo mais, porém o desafio de saber como envelhecer com qualidade gera uma preocupação para todos. Esses avanços possibilitam novas formas e diferentes padrões de envelhecer e proporcionam bem-estar físico e mental. Sabe-se que nem todos têm acesso às novas e mais avançadas tecnologias, medicações de última geração e nem tratamento de saúde rápidos, porque por mais que o SUS ofereça condições iguais de atendimento para todos, o sistema está sobrecarregado com a demanda numerosa, a fila de espera para receber tratamento continua sendo longa e demorada, dificultando esse processo.

Dentro desse contexto do envelhecimento humano, há uma preocupação nas questões que envolvem a violência contra o idoso. A violência contra os idosos é um fenômeno evidente dentro do atual processo de envelhecimento populacional mundial. A questão de maus tratos e violência contra os idosos não é um fenômeno novo, no entanto, apenas nas últimas décadas é que essa questão começou a despertar o interesse dos profissionais da saúde. O aumento da ocorrência de determinados agravos, tais

como as causas externas, como os acidentes, a violência e os maus tratos, devem ser objeto de maior atenção entre os profissionais da saúde. No Brasil, entretanto, a população idosa não costuma ser prioridade nos estudos sobre as causas externas, em razão do predomínio dos jovens, que exibem altos coeficientes e grande número de casos.

As violências contra pessoas mais velhas precisam ser vistas sob, pelo menos, três parâmetros: demográficos, sócio-antropológicos e epidemiológicos. No primeiro caso, deve-se situar o recente interesse sobre o tema, vinculado ao acelerado crescimento nas proporções de idosos em quase todos os países do mundo. Esse fenômeno quantitativo repercute nas formas de visibilidade social desse grupo etário e na expressão de suas necessidades. No Brasil, por exemplo, dobrou-se o nível de esperança de vida ao nascer em relativamente poucas décadas, em uma velocidade muito maior que os países europeus que levaram cerca de 140 anos para envelhecer (MINAYO, 2005).

O crescimento do interesse da área da saúde pela violência deveu-se a dois fatores principais: a conscientização crescente dos valores da vida e dos direitos da cidadania. A violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico, um problema de saúde pública.

Os problemas relativos à violência têm se agravado significativamente, mas infelizmente trata-se do produto de uma crise política, social e econômica que afeta todos os setores da vida social. Dentro desse contexto a sociedade de um modo geral corrobora para a banalização da vida humana, desrespeitando-se os direitos e a dignidade de pessoas idosas.

Sendo a violência um assunto de grande impacto na sociedade e esse tema gerar inúmeros questionamentos, faz-se necessário avaliar a atual situação dos idosos vitimados e os fatores que envolvem o envelhecimento populacional.

A violência pode ser gerada através de atos que agridem a integridade corporal e mental do ser humano. Quando isso se reflete na vida dos idosos, esse problema permanece camuflado na sociedade, dificultando a discussão de soluções para a resolução do problema. Isso se agrava na medida em que a situação econômica é menor, ou seja, nos bairros mais retirados das cidades cuja população é de baixa renda isso tende a ser mais um dos problemas que os idosos enfrentam, tornam-se mais desamparados e vulneráveis.

Os profissionais da ESF realizam as visitas domiciliares, essas se tornam indispensáveis para detectar as situações de risco que os idosos enfrentam, porém quando se trata de identificar algum caso de violência contra o idoso, alguns pequenos sinais precisam ser observados, como: filhos que dependem da renda do idoso, e que com isso possam praticar algum ato de violência financeira contra o idoso; filhos ou netos que sejam usuários de drogas ou álcool; perda de interesse do idoso com coisas que antes lhe davam prazer; presença de hematomas, manchas, queimaduras, roupas inadequadas para a estação para esconder os sinais de maus-tratos; sinais de má higiene, tanto da casa quanto da higiene pessoal do idoso. Esses e outros sinais podem indicar violência contra o idoso, cabe ao profissional ficar atento aos pequenos atos e atitudes do idoso, dos familiares ou dos que convivem próximos ao idoso.

É necessário que o profissional que atua nos serviços de saúde esteja atento para que em primeiro lugar os direitos dos idosos estejam sendo preservados e que sua dignidade como ser humano seja a base sólida para que esse idoso se sinta inserido na comunidade como um ser humano que possui condições tanto quanto os outros de participar ativamente nas decisões e programas que sejam desenvolvidos. Quando os idosos começam a ocupar os espaços dentro da comunidade, se sentem úteis para realizar atividades, aumentando sua autoestima e ocorre uma troca de valores e conhecimentos em que todas as partes envolvidas ganham.

Muitas ações podem ser desenvolvidas e voltadas para o público idoso, porém na prática não é o que acontece. A impressão que se tem é de que ações que são desenvolvidas para as crianças, escolas e creches causam mais impacto e dão maior destaque para a ESF, já para o idoso restam as verificações de pressão arterial nas feiras de saúde. Isso precisa ser modificado desde a graduação, para que os acadêmicos dos cursos da área de saúde desenvolvam a curiosidade e tenham motivação para criar e desenvolver ações para o idoso.

Para que isso se torne mais eficaz e para que haja uma maior participação do público idoso nos cenários da ESF, é necessário reeducar a população, mostrar que o idoso tem sua parcela de contribuição nos cenários de convivência com outras faixas etárias. Educar as crianças e ampliar a convivência entre elas e os idosos de uma forma agradável, contribui para o crescimento saudável e estimula o elo com as diferentes gerações da família.

Cabe aos profissionais da atenção básica de saúde que se deparar com situações de idosos em risco de violência ou em situação de violência detectar os casos e investigar as suspeitas, bem como encaminhar a denúncia para os órgãos responsáveis de cada município.

Os gestores devem capacitar ou ofertar meios de acesso para que os profissionais de qualquer nível da complexidade estejam capacitados e preparados para identificar os casos de violência, por mais silenciosos que sejam e agir para que mudanças efetivas ocorram. Saber reconhecer e identificar os sinais tanto nas atitudes, quanto os corporais que a violência deixa as marcas no indivíduo, e que isso seja o mais precoce possível, para o idoso os benefícios serão significativos e repercutirá na saúde e no seu bem biopsicossocial.

Outro aspecto a ser discutido são os estudos que ainda são poucos relacionados a esse assunto, já que muitas vezes essa violência fica encoberta na sociedade dificultando

a detecção dos casos. Sem os dados se torna difícil dimensionar o problema, isso nos motiva a refletir sobre a necessidade de quantificar a violência contra o idoso e expor esses dados para a população, a fim de encontrar soluções pertinentes.

Sendo esse assunto de grande impacto sócio-econômico para a sociedade e para os idosos, que já tem uma fragilidade maior nessa idade, principalmente os que passam dos 80 anos (velhos mais velhos), e que gera, além disso, danos emocionais e rompimento muitas vezes de um vínculo afetivo, sendo muitas vezes agressores muito próximos do convívio do idoso, pode-se refletir sobre o que é feito para defender esses idosos e quais as ações de prevenção, promoção e defesa que estão sendo feitas para que os direitos dos idosos sejam assegurados.

Este tema da violência contra idosos surgiu durante a minha vida acadêmica. Nas atividades práticas em ILPIs e atuando junto ao Grupo de Pesquisa GESC/UPF/CNPq, constatei que muitos idosos eram negligenciados por parte da família e/ou pelos cuidadores, estando em risco de violência, tanto em suas residências como se residentes em ILPIs. Esses aspectos geraram a necessidade de aprofundamento do tema para poder refletir e discutir sobre as nuances que envolve o envelhecimento humano na nossa sociedade. Além disso, em observações durante as práticas das disciplinas, percebi pouco envolvimento dos profissionais na tomada de decisão sobre encaminhamentos e/ou denúncias de idosos em situação de violência. Outro fato e que torna este estudo relevante tanto no âmbito científico, como social é que existem poucas publicações dos resultados num município da região norte do Rio Grande do Sul. Todos esses aspectos estimularam para que desenvolvesse este estudo.

Dentro dessa perspectiva tem-se como questão norteadora do estudo: quais as ações e intervenções sobre a violência realizadas pelos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família?

Para responder a esse questionamento têm-se como objetivos: conhecer as ações e intervenções realizadas por um grupo de profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família sobre a violência contra os idosos residentes em um município localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul; caracterizar os profissionais participantes do estudo que trabalham na Estratégia de Saúde da Família quanto às características sociodemográficas e profissionais; identificar as ações realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família quando se deparam com idosos em risco ou em situação de violência; verificar se os profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família possuem conhecimento sobre o Estatuto do Idoso.

A dissertação está estruturada da seguinte forma: introdução, revisão de literatura, metodologia, descrevendo o delineamento do estudo, os participantes envolvidos, o cenário do estudo, os procedimentos da coleta e análise de dados, resultados, discussão, conclusões, referências, anexos e apêndices.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 *O envelhecimento populacional*

Quando se fala de velhice, vem à tona muitos conceitos que foram desenvolvidos e que são adquiridos ao longo da educação e anos de vida do ser humano. Por sua vez, cada idoso tem uma maneira própria e única de encarar a velhice. E, dentro desse processo de envelhecimento existem particularidades que precisam ser consideradas.

Dentro das demandas que envolvem este processo existe a violência contra o idoso, situação cada vez mais bastante visível na sociedade. Porém ela ainda é vista como uma questão familiar, permanecendo encoberta até a metade do século XX (MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008). Essa idéia remete há um grande questionamento envolvendo o envelhecimento humano e a violência, sendo tratado hoje com um problema de saúde pública.

A violência contra o idoso encontra-se “encoberta”, uma questão velada, mantida dentro dos lares, pois muitas vezes os personagens, que a principio seriam os principais responsáveis por cuidar do idoso, além de proporcionar conforto e segurança nessa etapa da vida devido à fragilidade, são os principais agressores. Entendida essa violência de várias formas, aspectos que serão abordados posteriormente.

Para que essa situação tome novos rumos, é necessário que haja uma conscientização por parte das instituições formadoras na área da saúde que possibilitem vivências e um aprendizado aos futuros profissionais para que consigam ter habilidades e competências para o enfrentamento das situações de violência contra o idoso. Por outro lado, percebe-se ainda pouco interesse em enfrentar essa situação. Sendo assim, os idosos ficam expostos e desassistidos pelas famílias e também pelas instituições de saúde.

Sendo assim, menciona-se que deveria haver um maior engajamento das equipes da Estratégia Saúde da Família no enfrentamento das situações de violência contra os idosos para poder encontrar estratégias e implementar ações para que protejam os idosos (MORAES; APRATTO JÚNIOR; REICHENHEIM, 2008).

É importante ressaltar que o envelhecimento é um processo natural com a possibilidade de redução gradual da capacidade funcional do ser humano. A população mundial está vivendo cada vez mais e envelhecendo de forma rápida. Esta fase da vida é alcançada, segundo a Organização Mundial da Saúde, quando o indivíduo atinge os 60 anos nos países em desenvolvimento. Já nos países desenvolvidos, quando atinge os 65 anos (IBGE, 2000).

A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2002), ou seja, nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004). Dados mais recentes foram encontrados no estudo de Zamboni (2011), onde afirma que em todo mundo ocorre uma transição demográfica, e nessa realidade esta o envelhecimento na maior parte das sociedades. Uma grande mudança o perfil demográfico esta acontecendo no Brasil atualmente. Estima-se que no país existam 17,6 milhões de idosos, correspondendo a 8% da população brasileira, tendo como perspectiva para os próximos 20 anos, a expectativa é de 13% para a população acima de 60 anos.

Não só a população brasileira está envelhecendo e aumentando, mas a proporção da população mais idosa, de 80 anos ou mais de idade, também está crescendo e está envelhecendo, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Isto leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (CAMARANO; PASINATO, 2004). De uma maneira geral, o envelhecimento da população representa

uma modificação marcante no Brasil, mas principalmente no Rio Grande do Sul - RS (RIO GRANDE DO SUL – CEVS, 2006).

Por sua vez, a longevidade no Rio Grande do Sul apresentou mudanças significativas nos últimos anos, onde a expectativa média de vida ao nascer em 2004 passou para 69,2 anos para os homens e 77,4 anos para as mulheres (RIO GRANDE DO SUL – CEVS, 2006). Segundo estimativas em 2020 a população do RS terá pouco mais de 500.000 mulheres com 80 anos ou mais e 300.000 homens nesta faixa etária (FEE, 2006). Isso ocorre devido o Rio Grande do Sul apresentar um dos maiores níveis de expectativa de vida do Brasil.

Tornou-se um desafio para os países desenvolvidos e para os países em desenvolvimento o envelhecimento da população. Para esse processo é necessário, que acompanhado disso, venha o respeito à população idosa e a qualidade de vida (RODRIGUES et al., 2010).

Essa tendência mundial do aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional neste século traz repercussões nas relações sociais, no atendimento à saúde, na educação, dentre outras. Dentro desse contexto, nosso país também vivencia o envelhecimento populacional, sendo que a expectativa de vida alterou de forma significativa nas últimas décadas (ARAÚJO; BARBOSA, 2010; VALADARES; SOUZA, 2010).

Por sua vez, essa modificação demográfica rápida, ocasiona ao Estado dificuldades para lidar com esse novo perfil epidemiológico. Para isso, é necessário que nessa realidade se conheça as condições de vida, os vínculos e expectativas, e também as peculiaridades desse idoso brasileiro. Por esse motivo, é importante dar preparo e treinamento para os familiares, cuidadores e profissionais da área da saúde para haver uma assistência adequada a essa população (VILELA, 2009).

De um modo geral os idosos são considerados vulneráveis e considerados incapazes de se defenderem, sendo muitas vezes abusados por aqueles em quem mais confiam, ou seja, aqueles com quem convivem. A vulnerabilidade do idoso expressa a fragilidade em que ele se encontra perante a sociedade e reforça o pensamento que a população tem sobre essa parcela da população em função do declínio das suas funções e a incapacidade de ser continuar sendo produtivo para a sociedade (SILVA; LACERDA, 2007). Essa mudança traz consigo alterações epidemiológicas, aumentando de forma significativa do número de idosos com doenças de caráter crônico-degenerativo, que muitas vezes determinam o comprometimento físico e cognitivo (QUEIROZ; RUIZ; FERREIRA, 2009).

Os idosos com idade mais avançada, com 80 anos ou mais precisam de um cuidado singular e individualizado, visto serem mais vulneráveis e frágeis devido há alterações fisiológicas, sendo em sua maioria portadores de doenças crônicas havendo a necessidade de utilização de vários medicamentos. Por sua vez, a vulnerabilidade e fragilidade são processo que favorecem a alguns tipos de violência contra o idoso, como a negligência e a imprudência por parte dos familiares e dos cuidadores. Esses aspectos relacionados ao idoso se tornam um desafio para o sistema público de saúde.

Quanto aos idosos centenários percebe-se que este grupo etário está cada vez mais presente nas cidades. Antes, a principal característica para se chegar a essa idade avançada se considerava somente a genética, porém hoje isso já não é considerado só como o fator determinante. A condição econômica, o ambiente em que convive, o apoio da família, o acesso aos serviços de saúde, o grau de instrução, os hábitos de vida, a prática de alguma atividade física, e principalmente o bem-estar e uma saúde psicológica adequada são alguns dos fatores que podem definir se o idoso alcançará ou não a longevidade e ultrapassará a expectativa de vida.

Outro dado que chama atenção é o número de idosos com mais de 100 anos no Brasil. O primeiro lugar é ocupado pelas mulheres, com 16.989 habitantes e em segundo

lugar os homens com 7.247 habitantes (IBGE, 2010). Com números tão expressivos como esses, traz a tona uma realidade do país, um país de idosos e a longevidade é um fato. Para que esses idosos possam desfrutar esses anos a mais que estão vivendo é preciso que haja políticas públicas eficazes para que vivam com qualidade de vida e da maneira mais saudável possível, podendo fazer valer seus direitos.

Em um estudo com os centenários habitantes de New England, pode-se constatar que quanto à personalidade, o bom humor foi componente recorrente dos centenários, sendo usado como estratégia de sobrevivência diante de perspectiva da morte. Essa capacidade de administrar situações adversas com humor foi fator importante para a longevidade (KUMON et al., 2009).

As estimativas têm mostrado que cada vez mais a população idosa irá aumentar significativamente, esse aumento da expectativa de vida proporciona aos idosos um maior tempo com a sociedade, amigos e familiares. Dados do IBGE (2010) revelam que o Brasil tem aproximadamente 190.755.799 habitantes. Isso dividido por sexo, os homens ocupam 49% e mulheres 51%. De acordo com a distribuição da população por sexo e faixa etária, a população masculina com 60 anos e mais do Brasil corresponde a 5% e a feminina de 60 anos e mais corresponde a 6%. No estado do Rio Grande do Sul a população masculina com 60 anos ou mais corresponde a 6% e a feminina com 60 anos ou mais corresponde a 7,8% (IBGE, 2010). Isso nos mostra que a população brasileira vem aumentando significativamente e assim, é necessária a criação de novas ações destinadas a nova realidade populacional, pois é fato que os idosos estão ocupando um lugar significativo na pirâmide etária.

Internacionalmente os números de casos também assustam, já que as estatísticas mostram que conforme o autor, nos Estados Unidos, estimativas mostram que 1,5 milhão de idosos sofrem maus-tratos anualmente; e no Canadá, 125 mil idosos, ou seja, 4% da população, são vítimas de abusos e negligência (CAVALCANTI; SOUZA, 2010).

2.2 *A violência contra o idoso*

As situações de violência na sociedade estão cada dia mais evidentes. Por sua vez, os idosos também estão dentro desse contexto social. Eles estão sendo vítimas de abusos, violência, negligência, maus-tratos e discriminação, tendo seus direitos e sua cidadania cruelmente desrespeitados. A violência é evidenciada, com frequência nos diferentes espaços de convivência social, tanto familiar e/ou quando residentes em ILPIs, mesmo que ainda seja uma situação velada e silenciosa na sociedade devido há vários aspectos. A violência constitui uma questão que afeta os direitos humanos, comprometendo a vida e a saúde de muitos idosos (ONU, 2008; OMS, 2003; GAIOLI; RODRIGUES, 2008; MINAYO, 2005; OLIVEIRA; PIRES; MANUEL, 2009; SILVA; LACERDA, 2007).

A sociedade tem sido caracterizada pela incorporação crescente de novos direitos de cidadania, dentre os quais a assistência à saúde e os cuidados com a preservação da vida aparecem como principais conquistas. Por sua vez, os serviços de saúde podem ser considerados como os principais setores para a observação e o tratamento dos danos decorrentes da violência contra idosos, tanto familiar quanto institucional. No entanto, apesar da violência poder ser caracterizada como resultante de políticas socioeconômicas, a sua identificação e a sua prevenção ainda se encontram distantes dos serviços de saúde, em boa parte dos países desenvolvidos (GAIOLI; RODRIGUES, 2008).

A violência contra as pessoas idosas pode ser categorizada em três dimensões: sociopolítica que engloba as desigualdades nas estruturas econômicas e políticas; institucional que ocorre em instituições de saúde ou outras de apoio a idosos; e intrafamiliar, os agressores são familiares e/ou cuidadores, sendo esta a face mais encoberta da violência contra idosos (FALEIROS, 2007).

A violência contra o idoso é uma das questões que envolvem diversos fatores de risco, podendo ser encontrada em nossa literatura em diferentes épocas e civilizações, onde as situações de violência ocupavam um lugar de destaque e envolviam a tomada do poder. Hoje, a violência não está sendo expressa em forma de guerras para conquista de poderes, a forma de acontecer foi mudando com o tempo, porém ainda ela existe e de uma forma oculta, seja nos lares ou expressada pelas atitudes que o homem vem praticando, sendo caracterizada como um problema social e de saúde.

Configurando-se a violência como um problema social e histórico, há a necessidade de que este tema seja analisado de forma muito especial pelos profissionais e gestores da saúde pública, requerendo grandes esforços para encontrar estratégias e ações para seu enfrentamento (HIJAR-MEDINA et al., 2003).

A OMS (2008) em seus documentos manifestava a preocupação com a violência, mencionando como um conceito referente aos processos, às relações sociais e interpessoais de grupos, de classes, de gênero. Pode ser objetivada em instituições, quando empregam diferentes formas de aniquilamento a outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais.

Embora a violência também possa ser compreendida como agressão, que é a conduta direcionada visando a prejudicar ou ferir outra pessoa, seus conceitos envolvem múltiplos enfoques e direcionamentos. Podem estar inseridos dentro de marcos referenciais biologicistas, comportamentais, dentro de modelos exclusivamente psiquiátricos ou de abordagens mais amplas, como a da violência estrutural, proporcionadas pelo próprio sistema social, com suas iniquidades. A violência não tem como fator unicausal o aspecto biológico. Trata-se de um fenômeno biopsicossocial, que tem como espaço de criação e desenvolvimento a vida em sociedade, de forma que para entendê-la seria necessário apelar para a especificidade histórica (MINAYO, 2005).

Em análise da violência na América Latina, Marino (2004) considera que a mesma se encontra alicerçada em três princípios básicos: a desigualdade econômica, a desintegração social e a distribuição desigual do poder além dos componentes históricos social, cultural e econômico dos indivíduos inseridos em determinado espaço social.

A violência permeia as relações sociais que envolvem o idoso. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2008), constitui-se no uso intencional da força ou poder, real em ameaça, contra si próprio, contra a outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte ou dano psicológico. Segundo a Rede Internacional para Prevenção dos Maus Tratos contra a Pessoa Idosa, a violência que acomete esse grupo etário constitui “o ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano físico ou aflição, e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança” (BRASIL, 2006, p. 43), se expressando por meio do abuso de poder e controle da condição humana, no ambiente intrafamiliar ou institucional, em decorrência da fragilidade econômica, social, política e patológica deste indivíduo (GROSSI; SOUZA, 2003).

Desde 1994, a Política Nacional do Idoso instituiu em seu capítulo IV que “todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso”. Há que se lembrar que o prolongamento da vida é estimulado, porém, pouco se valoriza o ser que envelhece. Entre os problemas de saúde que os idosos estão expostos na sociedade, podemos encontrar a violência, classificada pelos órgãos de saúde como doença de causa externa que se manifesta de diferentes formas, em âmbito familiar e institucional, e é uma de suas maneiras mais cruéis de agressão à saúde dos idosos, principalmente por sua incapacidade física e social (SILVA et al., 2008).

As causas externas contra os idosos, entre elas a violência, é um dos motivos de seu adoecimento, reproduzidas nas relações no interior das famílias, nas instituições ou em diferentes contextos e tem como sua principal maneira de se expressar a morte no

trânsito (primeira causa específica de mortalidade) e quedas (primeira causa específica de internação), resultantes na maioria das vezes de negligências e omissões da própria família (MINAYO, 2005).

Uma das questões que se pode indagar é o porquê da violência contra o idoso não ocupar tanto destaque como a provocada em crianças e mulheres, mas permanecer de forma silenciosa na comunidade. Atualmente existe a preocupação de descobrir dados novos sobre o tema da violência contra os idosos. Dentro desse contexto, a violência intrafamiliar é ainda mais velada e encoberta. Pode-se também perceber que entre os profissionais da saúde existe pouca ênfase em averiguar a violência contra o idoso, isso se dá talvez pela falta de treinamentos e abordagens com o esse tema. A violência intrafamiliar pode ser causadora de males emocionais e até mortes podem decorrer desse tipo de agressão, dependendo da agressividade e da frequência que ela ocorre, onde o principal agravante é o fato do agressor estar muito próximo da vítima.

Aqui vale ressaltar que as políticas públicas estão trazendo novas perspectivas de vida e possibilidades de um envelhecimento, privilegiando a proteção do idoso tanto a nível familiar e institucional, nos espaços públicos ou privados (ELSNER; PAVAN; GUEDES, 2007). Essa garantia é mencionada na Lei Federal nº 8.842 de 1994. Ela dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, em seu capítulo IV, artigo 10º, expressando a preocupação com a violência, e descrevendo a importância da defesa dos direitos dos idosos, zelando pela aplicação de normas e determinando ações para evitar abusos e lesões em seus direitos.

O crescimento acelerado dos idosos brasileiros vem requerendo a construção de novas estratégias e políticas que visem a promoção de um envelhecimento saudável que garanta os direitos humanos, uma vez que a população envelhecendo faz com que problemáticas que antes eram “silenciosas” se tornem mais visível, como o fenômeno da violência contra o idoso (VALADARES; SOUZA, 2010).

A fim de atenuá-la, preveni-la e eliminá-la do convívio social, desde tempos imemoriais há uma preocupação do ser humano em entender a essência do fenômeno da violência, bem como sua natureza, suas origens e meios apropriados. Portanto para entendê-la, há que se recorrer para a especificidade histórica. Conclui-se, também, na configuração da violência se cruzam problemas da economia, da política, da moral, da área do Direito e da Psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual (MINAYO, 2005).

Conforme Cavalcanti e Souza (2010) a violência começou a ser considerada como um problema de saúde pública no final da década de 1980 no Brasil, decorrente da magnitude da mortalidade por causas externas, que passou a ocupar o segundo lugar entre as causas de morte no Brasil e também no Rio de Janeiro.

Rodrigues et al. (2010) afirma que entender a subjetividade envolvida na violência contra os idosos pode mostrar sinais importantes para atender integralmente essas pessoas, levando em conta todo um conjunto simbólico associado aos vários tipos de abusos, e não somente o ato em si.

O mesmo autor afirma que hoje as várias formas de violência configuram-se como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, por se apresentar multifacetado e podendo ser percebido nos mais diferentes espaços, públicos ou privados; embora o destaque que a mídia esteja dando no dia-a-dia, a violência é ainda tratada com frequência como um assunto estritamente de segurança pública.

Se é difícil apresentar dados conclusivos sobre a mortalidade, isso se torna um problema muito maior ainda dimensionar a morbidade por violência. Em primeiro lugar, há uma escassez total de estudos, maior ainda que no caso da mortalidade (MINAYO, 2003).

Alguns dados são relevantes para que se entenda o contexto em que a violência está inserida. Minayo (2003, p. 786), afirma que no conjunto das violências, no período do estudo, as que mais fizeram os idosos de vítimas foram os acidentes de trânsito e transporte, as quedas e homicídios. Essas três causas específicas representam 54,1% do total dos óbitos decorrentes da violência entre a população idosa em 1980; e 55,8% em 1998. Outro exemplo é em uma revisão de várias pesquisas canadenses, ressaltam os abusos mais frequentes, os de origem financeira (12,5%), a agressão verbal (1,4%) e as agressões físicas (0,5%) (MINAYO, 2003, p. 788). Porém, não se pode esquecer que existem vários tipos de violência a que os idosos são submetidos, como exemplo no trânsito, onde as estatísticas mostram um alto índice de acidentes, que possuem como desfecho os óbitos dessas vítimas.

A violência financeira é preocupante, pois tira da pessoa idosa sua independência adquirida com o passar dos anos e incapacita o idoso de dispor dos seus bens adquiridos nos anos de trabalho. A própria negligência ao idoso, o abandono, abusos físicos, mentais, sociais e abuso sexual são outras formas de violência que existem e estão se tornando cada vez mais visíveis.

São muitas as formas de violência, cabe direcionar as ações pertinentes e organizar a rede de saúde para que não haja falhas em nenhuma esfera responsável para realizar o atendimento e dar maior resolutividade aos casos diagnosticados de agressão à pessoa idosa.

Baixas estatísticas apontam a violência no ambiente de trabalho como causadora de mortes, porém ela existe e deve ser averiguada em futuros estudos.

Minayo cita a os tipos de violência em suas diversas formas, são elas

Abuso físico, maus tratos físicos ou violência física são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a

fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte. Abuso psicológico, violência psicológica ou maus tratos psicológicos correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social. Abuso sexual, violência sexual são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio do aliciamento, violência física ou ameaças. Abandono é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção. Negligência refere-se à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país. Ela se manifesta, frequentemente, associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade. Abuso financeiro e econômico consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar. Auto-negligência diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma. (2005, p. 15).

De acordo com inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil, Souza e Minayo fazem uma avaliação sobre os tipos de violência que se menciona abaixo:

A violência física se refere ao uso da força física para ferir, provocar dor, incapacidade ou morte ou para compelir o idoso a fazer o que não deseja. A violência psicológica são agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar o idoso do convívio social. Por sua vez, a *violência sexual* se refere a atos ou jogos sexuais de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas idosas visando obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. A *violência financeira e econômica* consiste na exploração imprópria, ilegal ou não, consentida dos bens financeiros e patrimoniais do idoso. Já a *negligência* se refere à recusa ou omissão de cuidados devidos e necessários ao idoso, por parte de responsáveis familiares ou institucionais. Geralmente, as negligências apresentam-se associadas a

outros tipos de violência que geram lesões e traumas, sobretudo nos idosos com mais dependências. O *abandono* consiste na ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a um idoso que necessite de proteção. (2010, p. 2659).

Existem várias formas de descrever os tipos de violência, o que não muda é a situação que essa violência gera para a vítima e para seus familiares, todo e qualquer ato violento precisa ser investigado e solucionado, tanto em idosos, quanto nas outras faixas etárias (SOUZA, MINAYO, 2010).

A Política Nacional do Idoso foi promulgada pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Essa lei assegura no artigo 1º os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Outra política que se torna fundamental no combate da violência contra o idoso é a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) aprovada pela Portaria nº 737/GM, de 16 de maio de 2001. Seus objetivos abrangem manter um ambiente seguro para o idoso, monitorar os casos de violência e acidentes a nível pré-hospitalar, garantindo uma assistência intersetorial e de abordagem multiprofissional, voltando esses atendimentos para reabilitação e recuperação das vítimas. Também tem em suas diretrizes a capacitação desses recursos humanos e apoiar novas pesquisas que abranjam essa área.

Outro avanço nas leis que garantem a inserção do idoso na sociedade é o Estatuto do Idoso que foi sancionado pela Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, e veio de encontro com as outras políticas com o objetivo principal de assegurar os direitos das pessoas com 60 anos ou mais e o acesso a saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar e com a comunidade. Garante também o direito do idoso ter acesso prioritário e preferencial rápido e otimizado (BRASIL, 2003).

Todas as ações que essas políticas preconizam e ofertam à pessoa idosa ainda tem um caminho longo para percorrer, pois são recentes e ainda estão em fase de adaptação e construção. Para garantir a dignidade e os direitos dos idosos existem as leis de proteção ao idoso. Se essas e outras leis fossem aplicadas da maneira correta, respeitando o direito dos idosos, garantindo sua proteção contra os agravos e adversidades, assegurariam um lugar de utilidade na sociedade e mudariam o conceito negativo que cerca o processo de envelhecer.

Mas quem é responsável pela proteção do idoso? De acordo com Gaioli e Rodrigues (2008), destacam que o núcleo familiar é o principal responsável pelo bem-estar do idoso, mas cabe ao Estado estabelecer normas, regras ou leis que o proteja de todo tipo de abuso. Dentro dessa perspectiva, acredita-se que a família desempenhe grande papel na socialização e reintegração do idoso na sociedade, porém muitas vezes alguns familiares não criam um vínculo afetivo estável e não há uma relação de confiança entre as partes, isso abre espaço para relações conflituosas, onde a falta de respeito a dignidade humana se dá em atos violentos e de negligência contra o idoso. Quando essa relação falha, o idoso precisa ter onde receber o suporte e o apoio para enfrentar essa situação, essa base deve ser sólida e consciente da sua função na comunidade, a ESF tem que desempenhar essa função e o idoso precisa contar com a Estratégia de Saúde da Família da sua comunidade.

Os crescentes casos de violência que estão cada vez mais visíveis na mídia nacional e internacional demonstram que além das fragilidades desencadeadas pelas doenças crônicas e pelo avanço natural da idade, o a violência que é praticada contra os idosos fazendo com que o idoso se torne ainda mais fragilizados e com a sensação de impotência diante do agressor.

A mídia além de ser um veículo importante para a divulgação dos casos de violência pode ser um otimizador no enfrentamento contra esse problema. Acredita-se que a criação de campanhas que retratem a situação a que os idosos estão sendo

submetidos e as conseqüências geradas pelos atos violentos e seus impactos negativos na vida desses idosos possam auxiliar as pessoas a prestarem mais atenção e a denunciar anonimamente esses casos para algum órgão competente. Para que isso se torne eficaz é necessário que esses órgãos de denúncia estejam preparados para investigar e abordar as famílias envolvidas e que possam oferecer mais segurança a vida desses idosos negligenciados.

É importante destacar que o núcleo familiar é o principal responsável pelo bem-estar do idoso, mas cabe ao Estado estabelecer normas, regras ou leis que o proteja de todo tipo de abuso (GAIOLI; RODRIGUES, 2008).

Sabe-se que alguns idosos são mais vulneráveis devido a problemas de saúde desencadeados pela idade, mas existem outros idosos que além de estarem fragilizados com isso ainda enfrentam outras formas de violência que fere sua dignidade e desrespeitam os direitos humanos previstos em lei, são os idosos que estão institucionalizados e que durante esse período sofrem diversas formas de violência.

De acordo com Queiroz, Ruiz, Ferreira

O que se percebe atualmente é uma desproporcionalidade no que diz respeito à quantidade e qualidade dos programas que se dedicam ao nosso país. Em parte, isso se deve à falta de recursos humanos especializados para o adequado atendimento das demandas dessa população emergente, tornando essenciais os projetos de formação e capacitação voltados aos profissionais que atuam em programas de atenção aos idosos. Cabe também lembrar que, na formação dos profissionais de saúde, em nível de graduação de um modo geral, os aspectos relacionados ao processo de envelhecimento não são contemplados nos projetos idoso, em relação à intensidade do processo do envelhecimento em pedagógicos dos cursos. (2009, p. 22).

Em decorrência do problema que afeta tanto a integridade física, moral e psicológica do ser humano que sofre situação de violência, o que precisa ser discutido é o preparo dos profissionais que atuam nas instituições de saúde, pois se percebe que não há envolvimento em relação aos agressores e aos cenários da violência. Os profissionais atuam basicamente no cuidado e no tratamento do trauma causado pela agressão e/ou pela situação de violência, não há uma investigação da causa da violência e/ou do trauma.

2.3 *Estratégia de Saúde da Família*

A rede básica de saúde tem como principal objetivo a prevenção, promoção e manutenção da saúde da população. Para garantir que a população tenha acesso a esses programas e ações, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo essa uma das principais portas de entrada para a rede básica de saúde, além de estar mais próxima da realidade da população de abrangência. A equipe mínima exigida para uma ESF deve ser composta de médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde e se a unidade tiver programa de saúde bucal, será necessário todos esses profissionais mais o cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, conforme consta na Portaria nº 750, de 10 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006).

Também, a ESF tem papel fundamental no cuidado prestado a população. As equipes têm a função de estimular a participação da comunidade e elaborar estratégias para tal. Segundo Cavalcanti e Souza (2010), o envelhecimento populacional aumenta a magnitude da violência contra a pessoa idosa e torna urgente a necessidade dos serviços públicos se adequarem para a atenção à saúde dessa população, de modo que agregue dignidade e qualidade de vida nesses anos a mais vividos.

No artigo 19 do Estatuto do Idoso está mencionada a comunicação obrigatória dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso pelos profissionais de saúde a qualquer órgão responsável. Também, o artigo 57 do Estatuto do Idoso refere

que o profissional da saúde, responsável pela instituição ou em uma instituição de longa permanência deixar de comunicar às autoridades os casos que tiver conhecimento de crimes contra a pessoa idosa, estará sujeito à multa, conforme consta no artigo 59 (BRASIL, 2003).

A violência não é um problema específico da área da saúde. No entanto, ela afeta a saúde. Na atenção básica de saúde, o profissional é peça fundamental para prevenção e controle da violência contra a pessoa idosa, pois é ele quem está dentro do contexto local, onde podem ser identificadas primeiramente as situações de violência (VILELA, 2009).

Atuar na prevenção, na identificação e no cuidado com as pessoas que foram vítimas de violência cabe ao setor da saúde. Porém, os profissionais enfrentam várias dificuldades, por desconhecimento ou por não disporem dos meios necessários para resolver esse problema, com frequência diminuí as intervenções a ações paliativas e circunstanciais (CAVALCANTI; SOUZA, 2010).

Mesmo com os avanços das políticas públicas de saúde, existem dificuldades nos serviços de atenção básica nas relações entre profissionais e usuário, limitações ao atender o idoso, falta de resolutividade no sistema de referência e contra-referência, entre outros (ARAÚJO; BARBOSA, 2010).

Uma frase chama atenção na dissertação de Vilela (2009, p. 30) e nos faz refletir sobre o papel do idoso na sociedade: “Velhos, de cabelos brancos ou coloridos, são novos e relevantes atores, movimentando a vida social, a economia e a cultura do país”. Qual o papel do idoso na sociedade atual? O idoso cada vez mais está buscando seu espaço na sociedade, já existem empresas que programam roteiros para essa faixa etária, sendo um resultado positivo para ambas as partes, pois as empresas lucram oferecendo serviços para essa população que dispõe de recursos financeiros e os idosos começam a conquistar um novo espaço na sociedade. Sabe-se que nem todos idosos possuem uma

estabilidade financeira, porém mesmo assim esse grupo etário se torna cada vez mais um alvo para as empresas lucrarem.

Minayo (2003) menciona que o tema da violência encontrou espaço na agenda da saúde pública no final dos anos 80. Fundamenta-se sua inclusão como problema de saúde no fato de as mortes e traumas que ocorreram por causas violentas estarem aumentando a passos alarmantes na região das Américas, contribuindo assim para anos potenciais de vida perdidos e demandando respostas do sistema. Já na década de 90, se ganha a preocupação com o tema, ganha-se prioridade nas agendas das organizações internacionais do setor.

Ainda, a mesma autora afirma que as mortes por violência estão incluídas, na Classificação Internacional de Doenças (CID), no grupo das Causas Externas (E800-E999). Menciona que esta categoria é muito limitada no que se refere ao estudo da violência. Além disso, a categoria “causas externas” é pouco rigorosa, pois compreende uma amplitude excessiva em seu interior de eventos e processos. Afirma que 90% dos casos de maus-tratos e negligência contra as pessoas que tem idade acima de 60 anos acontecem nos lares e que cerca de 2/3 dos que agredem, são filhos e cônjuges dos idosos vitimizados.

Acredita-se que a violência difere-se de acordo com o sexo do indivíduo, ou seja, as mulheres estão mais sujeitas a sofrer algum tipo de violência ou maus-tratos no domicílio, sendo os agressores muitas vezes pessoas muito próximas do seu convívio e que tenham um vínculo afetivo próximo. Por mais que as mulheres tenham ganhado espaço na sociedade, ainda assim é considerado o sexo mais frágil, e no caso da violência; um alvo mais fácil de agredir por apresentar menor resistência e força física. Também, o idoso frequentemente sofre discriminação no ambiente familiar, e não ocupa mais lugar de poder decisório, tendo a impressão de exclusão das decisões familiares e que muitas vezes o afetam direta ou indiretamente. Podemos confirmar isso nas palavras de Araújo e Silva (2011), quando mencionam que tendo em vista que os

casos de abuso e maus-tratos são realizados prioritariamente por familiares e pessoas próximas, as intervenções constituem um desafio para os profissionais e para a rede de atenção aos idosos.

Existe ainda a violência cometida pelos próprios profissionais da área da saúde, essa que é cometida nos lares e casas de repouso de idosos, ou com os idosos institucionalizados em casas sem condições mínimas de sobrevivência, denigrem a imagem das instituições que acreditam e respeitam os idosos, além de denegrir a imagem dos profissionais que atuam com comprometimento em atender bem os idosos asilados.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo descreveremos os locais onde o estudo foi realizado, caracterizaremos o procedimento amostral, apresentaremos o desenvolvimento da coleta de dados e da construção da base de dados, que foi construída através de múltiplas variáveis geradas pelos questionamentos do instrumento de coleta dos dados. Serão contemplados nesse capítulo os aspectos éticos que envolveram a pesquisa.

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional com profissionais da Estratégia de Saúde da Família, Passo Fundo, 2012.

3.2 Local do estudo, população e procedimento amostral

O estudo foi desenvolvido com os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família do município de Passo Fundo, situado na região norte do Estado do Rio Grande do Sul no Planalto Médio com uma área de aproximadamente 760 km², com densidade demográfica de aproximadamente 223 habitantes por km². A população total do município de Passo Fundo no ano de 2010 é de aproximadamente 184.826 habitantes. Dados do IBGE (2010) apontam que a população feminina em Passo Fundo corresponde a 52,4%.

A coleta dos dados nas ESF ocorreu em dois momentos. Primeiro realizou-se o teste piloto do estudo em duas unidades de saúde no mês de janeiro. No período de março a maio de 2012 foi realizada a pesquisa de campo. Foram entrevistados todos os profissionais das 20 unidades em funcionamento nesse período, exceto os que estavam trabalhando a menos de um ano na unidade, os que estavam em atestado sem previsão de retorno ao trabalho e os que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram entrevistados 137 profissionais, e o número final de

participantes foi de 124 considerando-se os critérios de exclusão. As entrevistas foram agendadas previamente, com a enfermeira que possui a responsabilidade técnica da unidade, via contato telefônico, sendo que cada entrevista foi realizada individualmente com cada entrevistado. Os dados foram analisados por meio dos testes de qui-quadrado e Man-Whitney, para um $p \leq 0,05$.

A amostra foi constituída por profissionais da saúde que atuam na Estratégia da Saúde da Família (ESF) do município de Passo Fundo – RS, independentemente de sexo, escolaridade, raça e religião. Foram excluídos da amostra, os profissionais que estavam a menos de um ano atuando no serviço. Seriam considerados como perdas, os profissionais que não assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O tamanho da amostra foi definido supondo uma amostragem aleatória simples. A proporção foi calculada tomando para analisar a proporção da população um erro amostral de 5%. O tamanho mínimo da amostra foi calculado a partir da fórmula descrita a seguir:

$$n = \frac{N * \frac{1}{E^2}}{N + \frac{1}{E^2}} = \frac{163 * \frac{1}{0,05^2}}{163 + \frac{1}{0,05^2}} = 116 \text{ sujeitos}$$

onde: N = número de elementos da população; E2 = Erro amostral.

Figura 1 - Cálculo do erro amostral.

Os profissionais que atuam em uma Estratégia da Saúde da Família (ESF) do município de Passo Fundo – RS foram selecionados levando-se em conta a proporção por categoria, conforme descrito na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 - Proporção do tamanho da amostra definido a partir do tamanho da população de profissionais que atuam nas Estratégias da Saúde da Família do município de Passo Fundo – RS.

Categorias dos profissionais que atuam na Estratégia da Saúde da Família	Tamanho da população (N)	Tamanho da amostra (n)
Médico	22	16
Enfermeiro	22	16
Agente Comunitário de Saúde	77	55
Técnico e Auxiliar de enfermagem	42	30
Total	163	117*

*: o número é maior que o tamanho mínimo definido para a amostra, pois o arredondamento foi definido para o primeiro inteiro superior.

3.3 Procedimento de coleta de dados

Para cumprir com os objetivos propostos e fazer a coleta dos dados, foi utilizado um questionário para a coleta de dados (Apêndice B). O questionário foi aplicado pelo pesquisador do estudo com entrevistas previamente agendadas. A coleta de dados foi realizada com os profissionais que atuam nas Estratégias da Saúde da Família da cidade de Passo Fundo, através da aplicação de um instrumento, foi realizado a aplicação do teste piloto em duas unidades, com os profissionais de nível médio e superior que atuam na unidade. No período de março a maio de 2012 foi realizada a pesquisa de campo. Foram entrevistados todos os profissionais das 20 unidades em funcionamento nesse período, exceto os que estavam a menos de um ano na unidade e os que estavam em atestado sem previsão de retorno ao trabalho.

3.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio do Software estatístico SPSS for Windows 18 e Statística 6.0. Para analisar as relações de dependência entre as variáveis pesquisadas foram utilizados os testes de qui-quadrado e Mann-Whitney. Os dados foram analisados para um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

3.5 Aspectos éticos

Em relação aos aspectos éticos que envolvem estudos com seres humanos, menciona-se que o estudo foi autorizado pela Secretaria de Saúde do município da cidade de Passo Fundo, o mesmo foi encaminhado e obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, protocolo CEP 546 /2011, CAAE nº 0279.0.398.000-11. Observou-se as questões éticas previstas nas diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96), que se refere as pesquisas envolvendo seres humanos, bem como todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por meio deste termo o profissional que atua em uma Estratégia da Saúde da Família (ESF) do município de Passo Fundo – RS autorizou a sua participação voluntária na pesquisa, assegurando o direito de retirar o consentimento em qualquer fase, sem nenhuma penalização ou prejuízo. No decorrer da pesquisa foram assegurados e respeitados os valores culturais, sociais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos participantes. O termo de consentimento foi assinado em duas vias, sendo que uma ficou em posse do entrevistado outra com o pesquisador, garantindo o anonimato total dos entrevistados. Todos os dados obtidos através da aplicação do instrumento de coleta de dados estão em posse do pesquisador e os resultados da pesquisa foram arquivados em local sigiloso.

4 RESULTADOS

Foram entrevistados 137 profissionais, e o número final de participantes foi de 124 considerando-se um dos critérios de exclusão: menos de um ano na unidade. Desses, 14 (11,3%) eram do sexo masculino e 110 (88,7%) do sexo feminino. A maioria (60,5%) dos participantes eram casados, 62,9% são católicos.

Os profissionais atuantes no serviço e efetivamente entrevistados totalizaram 15 médicos, 21 enfermeiros, 55 agentes comunitários de saúde e 33 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Quanto a escolaridade, 30,6% tinham 2º grau completo, 28,2% curso de nível técnico. Profissionais com pós-graduação totalizou 20,2% e 9 indivíduos (7,3%) realizaram residência/especialização.

Quanto à formação em saúde da família, 73 responderam que possuem e 51 responderam não possuírem formação. Quando perguntados se haviam recebido algum treinamento ou informação¹ sobre violência contra o idoso, 74 (59,7%) responderam que sim e 50 (40,3%) responderam que não haviam recebido nenhum treinamento. Quanto ao local de treinamento, 61 (49,2%) receberam a capacitação no próprio serviço de saúde.

Setenta e nove profissionais (63,7) suspeitaram de algum tipo de maus-tratos ou violência contra o idoso, 75 (60,5%) comunicou aos órgãos competentes ou a outro

¹ O conceito de treinamento, capacitação e informação referido e entendido pelos participantes é descrito por Chiavenato (2004) como sendo o processo educacional de curto prazo aplicado de maneira sistemática e organizada, através do qual as pessoas aprendem conhecimentos, atitudes e habilidades em função de objetivos definidos.

profissional da ESF e 18 (14,5%) acompanharam os casos e concluiu que não se confirmavam as suspeitas.

Se os profissionais precisassem denunciar um caso de violência contra o idoso, cinquenta e quatro pessoas (43,5%) acionariam a Polícia Civil, 99 (79,8%) acionariam o Conselho do Idoso, 53 (42,7%) acionariam a Polícia Militar, 65 (52,4%) a Secretaria de Saúde, 55 (44,4%) o Balcão do Idoso e 38,7 acionariam a Promotoria, sendo que podiam ser marcadas mais de uma opção.

Dos 124 participantes, 87 (70,2%) nunca acionaram nenhum órgão de denúncia. Quinze participantes acionaram a Polícia Civil, 24 o Conselho do Idoso, 13 a Polícia Militar, 19 a Secretaria de Saúde, 17 o Balcão do Idoso e 14 entrevistados acionaram a Promotoria, sendo que nessa opção poderia ser marcado mais que uma alternativa.

Dos que denunciaram responderam sobre a satisfação e a opinião sobre esses órgãos, 12 (9,7%) responderam que ficaram plenamente satisfeitos e 8 (6,5%) responderam não ter ficado nem satisfeito nem insatisfeito.

Quanto à responsabilidade de identificar/notificar ou denunciar/comunicar as situações de violência contra o idoso, 102 (82,3%) responderam que seria o médico, 111 (89,5%) o enfermeiro, 111 (89,5%) também o ACS e 92 (74,2%) responderam que os técnicos e/ou auxiliares eram responsáveis por estas ações.

Quanto aos motivos que não levariam os profissionais a denunciar um caso de violência contra o idoso, 38,7% responderam o medo de represália, 39,5% o medo de prejudicar o idoso ainda mais, 4,8% por acreditarem não ser a sua função, 4% por não achar necessário e um funcionário respondeu que deixaria de denunciar devido sobrecarga de trabalho.

As situações relacionadas aos maus-tratos e violência contra o idoso, 84 responderam incontinência urinária e/ou fecal do idoso, 91 dependência econômica do

idoso, 94 quadro de depressão, 91 alteração cognitiva do idoso, como demência, 83 comportamento provocativo do idoso, 87 idoso em situação econômica privilegiada (utilização do provento do idoso), 95 dependência do idoso para realização de atividades da vida diária, 102 cuidador com história de depressão ou outro problema mental, 87 cuidador com pouco conhecimento, 95 cuidador com sobrecarga de trabalho, 113 história de dependência química no ambiente familiar e 93 responderam que isolamento social pode ser uma situação de risco para o idoso sofrer violência.

Segundo opinião dos participantes acreditam que os principais agressores nos casos de violência contra o idoso são: 109 responderam filho, 97 a filha, 94 o cuidador, 93 nora ou genro, 88 neto ou neta e 60 responderam o marido. Quatro pessoas responderam que o enfermeiro pode ser um agressor frequente, uma respondeu o assistente social e 02 pessoas responderam o técnico ou auxiliar de enfermagem.

Cinquenta e três entrevistados responderam que sempre perguntam ao idoso se ele está satisfeito com o tipo de tratamento dispensado pela família, 44 responderam que perguntam quase sempre e 16 perguntam poucas vezes.

Quanto ao conhecimento sobre o Estatuto do Idoso, 21 (16,9%) responderam que possuem conhecimento amplo, 94 (75,8%) tem pouco conhecimento e 9 (7,3%) responderam que não tem conhecimento sobre esse tema.

Cento e dez (88,7%) responderam que se o idoso procurar atendimento na unidade de saúde várias vezes em um período curto, mesmo com o tratamento já estar estabelecido e correto de uma doença crônica, os funcionários suspeitam de alguma causa e se envolvem (investigam o que está acontecendo com o paciente) e 86,5 suspeitam de alguma outra causa ou problema mas preferem não se envolver.

Cento e vinte e um (97,6%) funcionários entrevistados responderam que gostariam de receber informações e treinamentos¹ sobre o tema de violência contra o

idoso. Oitenta e cinco preferem que esse treinamento seja através de palestras, 84 através de mini cursos ou cursos de curta duração, 47 através de jornadas e 48 através de aulas, sendo que poderiam marcar mais de uma opção. O principal motivo dos funcionários quererem receber essas informações e treinamentos sobre o tema é porque necessitam de maiores conhecimentos ou capacitação (91,1%), seguido de muitos sentirem-se despreparados para lidar com esse tema (28,2%).

Pode-se observar que não houve associação significativa entre sexo e se o profissional de saúde já havia recebido algum tipo de informação ou treinamento sobre a violência contra o idoso ($p = 0,142$). Porém chama atenção, que os profissionais do sexo feminino participaram mais dos treinamentos (61,8%) comparado com os homens (42,9%).

Obteve-se associação significativa entre o treinamento e grau de escolaridade ($p = 0,016$). Demonstrando que há diferença entre receber ou não treinamento nos diferentes graus de escolarização. Isso mostra que há diferença de instrução e de conhecimentos nos diferentes níveis de graduação, já que pessoas menos escolarizadas tendem a receber menos treinamento sobre o tema.

Não houve associação significativa ($p = 0,236$) entre formação em saúde da família e a variável treinamento. Demonstrando que os que têm formação em saúde da família, não distanciou dos que tiveram ou não treinamento sobre a violência contra o idoso.

Não houve associação significativa entre treinamento e idade ($p = 0,382$), isso indica que não importa a idade que o profissional tenha, não foi suficiente ter ou não ter recebido treinamento, ou seja, nem os profissionais mais jovens e nem os com idade mais avançada diferenciaram-se em ter ou não treinamento sobre a violência.

Cruzando a variável tempo de atuação com a variável treinamento obteve-se associação significativa ($p = 0,039$). Isso demonstra que as pessoas que receberam mais treinamento possuíam um maior tempo de atuação no serviço.

Entre as variáveis, treinamento e se já suspeitou alguma vez de um caso de violência contra o idoso houve associação significativa ($p = 0,049$), ou seja, 70,30% daqueles que tiveram algum tipo de treinamento sobre o tema violência contra o idoso já suspeitou alguma vez de algum tipo de violência ou mau-trato contra o idoso.

Ocorreu associação estatisticamente significativa entre as profissões com o treinamento. Os enfermeiros (81%) receberam treinamento e os agentes comunitários de saúde (65,5%). Já os médicos, 53,3% não receberam nenhum treinamento que tenha abordado esse tema.

Correlacionando as variáveis treinamento e a variável capacitação, ou seja se os profissionais entrevistados já receberam alguma capacitação sobre violência contra o idoso, não houve associação estatisticamente significativa ($p = 0,632$), porém se observa que 8,1% dos que receberam treinamento não necessitam de maiores conhecimentos ou capacitação sobre o tema, nos remetendo a idéia de que quanto mais o sistema de saúde investir em treinamento, menos os profissionais irão se sentir descapacitados ou com necessidade de maiores conhecimentos sobre o tema.

Dos profissionais que receberam treinamento, 21,6% mesmo após ter recebido treinamento ainda sentem-se despreparados para lidar com esse tema, porém não houve associação significativa entre as variáveis treinamento e despreparo ($p = 0,138$).

Houve associação significativa entre os profissionais que receberam treinamento sobre a violência praticada contra o idoso e o conhecimento que se tem acerca do Estatuto do Idoso ($p = 0,010$), apenas 23% receberam o treinamento e conhecem bem o estatuto do idoso. Sendo essa uma população que é atendida diariamente nos postos de

saúdes e nas ESF, esse dado se torna preocupante, pois à medida que não se conhecem os direitos que o idoso possui, que estão listados de forma clara no estatuto, não se pode ofertar uma assistência adequada e correta como o idoso merece e conquistou através das leis, garantindo-lhes a dignidade e o respeito.

Também ocorreu associação estatisticamente significativa ($p = 0,023$) entre os sexos com relação ao local de treinamento. No caso do sexo masculino, 3 (50%) receberam treinamento durante a especialização após formados em algum curso da graduação. Já no caso do sexo feminino, apenas 4 (3,6%) receberam o treinamento durante a especialização, sendo que a maioria deles, 58 (52,7%) esse treinamento ocorreu em uma capacitação dentro do próprio serviço de saúde. Porém se os profissionais estão recebendo algum tipo de informação ou treinamento nos serviços de saúde, e essa capacitação ocorre dentro desse sistema de saúde, por que os profissionais ainda se sentem despreparados e incapazes, ou ate mesmo inseguros em agir contra a violência que é praticada contra os idosos, nos lares e nas instituições de longa permanência.

Não houve associação estatisticamente significativa entre o local com as variáveis idade, profissão, formação em saúde da família e escolaridade. Dos profissionais que não possuem formação em saúde da família, mas receberam algum tipo de treinamento sobre violência contra o idoso, 100% deles recebeu essas informações através de capacitações no próprio serviço de saúde. Dos profissionais que possuem formação em saúde da família, 77,78% recebeu essas informações no serviço de saúde, 15,5% recebeu durante o período da especialização e 6,67% receberam informações sobre o tema durante o período da residência médica.

Não ocorreu associação estatisticamente significativa entre a variável suspeita, ou seja, se os profissionais já suspeitaram alguma vez de algum caso de violência praticada contra o idoso, e a variável local de treinamento ($p = 0,376$).

Porém um dado chama atenção, dentre aqueles que suspeitaram alguma vez de algum caso de violência seja ela de qualquer natureza, 80,77% tiveram treinamento no serviço de saúde, e 11,54% na especialização. Isso mostra que os treinamentos são válidos, sejam eles de qualquer tempo de duração, a reflexão sobre o tema, faz despertar nos profissionais o seu lado humano, o lado pessoa que se preocupa com o próximo e que atua em um serviço de saúde que precisa estar atento aos problemas e dificuldades que a sua comunidade atingida enfrenta. Qualquer tipo de treinamento já é válido quando se trata do assunto violência, porém há uma necessidade de priorizar e triar temas que são encarados hoje como um desafio para o sistema de saúde, sendo um deles a violência que é praticada todos os dias intrafamiliar ou nas instituições de longa permanência dentro da área de abrangência das ESF.

Não houve associação estatisticamente significativa entre ($p = 0,921$) entre os profissionais que necessitam receber mais conhecimento sobre o tema da violência com a variável treinamento, ou seja, daqueles que necessitam receber mais conhecimentos sobre o tema, 80,30% receberam treinamento/capacitação nos serviços de saúde.

Dos profissionais que atuam na ESF que ainda se sentem despreparado para lidar com o tema, e recebeu treinamento, 87,5% receberam no próprio serviço de saúde. E 12,5% receberam treinamento durante o período da residência. Não houve associação estatisticamente significativa ($p = 0,269$).

Na Tabela 2, apresentam-se os dados relacionados da associação entre as variáveis idade e tempo de atuação nos serviços de saúde, quando comparadas com a variável treinamento dos profissionais que atuam nas ESF sobre o tema da violência contra o idoso.

Tabela 2 - Relação entre idade e tempo de atuação dos profissionais que atuam nas ESF quando associados ao recebimento de treinamento ou não sobre violência contra o idoso no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.

Variável	Treinamento	n	Média dos pontos	p
Idade	Sim	74	65,50	0,382
	Não	50	58,06	
Tempo de atuação	Sim	74	67,93	0,039
	Não	50	54,47	

* Teste de Man-Whitney; valor significativo para um $p \leq 0,05$.

Como se pode observar na Tabela 2, na variável tempo de atuação houve associação estatisticamente significativa ($p = 0,039$) com treinamento, indicando que quem recebeu treinamento tinha efetivamente um maior tempo de atuação. Por outro lado, não houve diferença significativa entre idade e treinamento ($p = 0,382$), indicando que a realização de treinamento ocorre de forma independente da idade dos profissionais. Tanto os mais novos quanto os mais velhos realizam ou não treinamento.

Constatou-se que a idade e o conhecimento autoreferido sobre o Estatuto do Idoso não mostrou diferenças significativas ($p = 0,441$), porém, das mulheres, 8,2% não possui nenhum conhecimento sobre o estatuto.

Quanto à variável profissão e Estatuto do Idoso, houve associação estatisticamente significativa ($p = 0,026$), demonstrando que há diferenças entre as profissões em relação ao conhecimento que cada profissão possui.

Um dado que chama atenção é o pouco conhecimento autoreferido pelos agentes comunitários de saúde, 12,7% não possui nenhum conhecimento sobre o Estatuto do Idoso. E 6,1% dos técnicos de enfermagem também não possuem conhecimento (autoreferido) algum sobre o Estatuto do Idoso.

Houve associação estatisticamente significativa entre a variável escolaridade ($p = 0,02$) com o Estatuto do Idoso, ou seja, quem tem maior escolarização possui maior conhecimento sobre o mesmo. Já no que diz respeito à formação em saúde da família, não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,078$). Apenas 21,9% conhecem bem o estatuto e tem formação em saúde da família.

O tempo de atuação no serviço de saúde não foi significativo ($p = 0,687$), ou seja, não há diferença entre o tempo de atuação e o conhecimento do estatuto. Pessoas que estão a mais tempo atuando na ESF, apesar de adquirirem experiências práticas decorrentes da profissão, seja na parte prática, técnica ou burocrática, não possuem conhecimento adequado e suficiente sobre o Estatuto do Idoso.

Também não houve associação entre os profissionais que suspeitaram já de algum caso de violência praticada contra o idoso ($p = 0,235$) quando comparados com o conhecimento do estatuto do idoso. Dos que responderam que necessitam de maiores conhecimentos sobre o tema de violência contra o idoso, apenas 6,2% não conhecem nada sobre o Estatuto do Idoso. Já dos que responderam que já receberam treinamento sobre violência contra o idoso, mas ainda se sentem despreparados para lidar com o tema, 22,1% possuem conhecimento sobre o estatuto do idoso, porém não houve associação estatisticamente significativa ($p = 0,083$).

Tabela 3 - Relação entre conhecimento autoreferido dos profissionais que atuam nas ESF sobre o Estatuto do Idoso e o local para a denúncia dos casos de violência contra os idosos no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.

Órgãos de Denúncia	Estatuto do idoso		Total	p
	Conhecimento amplo	Pouco conhecimento/ Não tem conhecimento		
Polícia Civil				
Sim	10 (18,5%)	44 (81,5%)	54 (100%)	0,810
Não	11 (15,9%)	58 (84,1%)	69 (100%)	
Conselho do idoso				
Sim	17 (17,2%)	82 (32,8%)	99 (100%)	1,000
Não	4 (16,7%)	20 (83,3%)	24 (100%)	
Polícia militar				
Sim	8 (15,1%)	45 (84,9%)	53 (100%)	0,639
Não	13 (18,6%)	57(81,4%)	70 (100%)	
Secretaria da saúde				
Sim	12 (18,5%)	53 (81,5%)	65 (100%)	0,811
Não	9 (15,5%)	49 (84,5%)	58 (100%)	
Balcão do idoso				
Sim	9 (16,4%)	46 (83,6%)	55 (100,0%)	1,000
Não	12 (17,6%)	56 (82,4%)	68 (100,0%)	
Promotoria				
Sim	13 (27,1%)	35 (72,9%)	48 (100,0%)	0,026
Não	8 (10,7%)	67 (89,3%)	75 (100,0%)	

Teste exato de Fisher; valor significativo para um $p \leq 0,05$.

O intervalo de confiança da relação entre encaminhamento da denúncia dos casos de violência contra o idoso para o órgão da Promotoria e conhecimento autoreferido sobre o Estatuto do Idoso foi de (IC_{95%} = [1,178; 8,214]).

Pode-se observar na Tabela 4 que os profissionais entrevistados que possuem mais conhecimento ou conhecimento amplo sobre o Estatuto do Idoso, tendem a fazer ou a encaminhar a denúncia dos casos de violência contra o idoso para a promotoria. Já os profissionais que possuem pouco conhecimento sobre o Estatuto do Idoso, responderam que não denunciaram os casos de violência contra o idoso para a promotoria.

Tabela 4 - Relação entre conhecimento autoreferido dos profissionais que atuam nas ESF sobre o Estatuto do Idoso e possuir curso superior no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012 (n = 124).

Curso superior	Estatuto do Idoso		Total	p
	Conhecimento amplo	Pouco conhecimento / Não tem conhecimento		
Sim	8 (9,4%)	77 (90,6%)	85 (100,0%)	0,002
Não	13 (33,3%)	26 (66,7%)	39 (100,0%)	

Teste exato de Fischer; valor significativo para um $p \leq 0,05$.

O intervalo de confiança da relação entre o pouco ou o não conhecimento sobre o Estatuto e possuir curso superior é ($IC_{95\%} = [1,077; 1,714]$).

Tabela 5 - Relação entre conhecimento autoreferido dos profissionais que atuam na ESF sobre o Estatuto do Idoso e ter realizado treinamento sobre violência contra o idoso no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012 (n = 124).

Treinamento	Estatuto do Idoso		Total	p
	Conhecimento amplo	Pouco conhecimento / Não tem conhecimento		
Sim	17 (23,0%)	57 (77,0%)	74 (100,0%)	0,031
Não	4 (8,0%)	46 (92,0%)	50 (100,0%)	

Teste exato de Fischer; valor significativo para um $p \leq 0,05$.

O intervalo de confiança da relação entre ter recebido treinamento sobre violência contra o idoso e o conhecimento autoreferido sobre o Estatuto do Idoso é ($IC_{95\%} = [1,079; 10,901]$).

Como se pode observar na Tabela 5, houve associação significativa entre os profissionais que receberam treinamento sobre a violência praticada contra o idoso e o conhecimento sobre o Estatuto do Idoso ($p = 0,031$), apenas 23% receberam o treinamento e possuem conhecimento amplo sobre o Estatuto do Idoso. Sendo essa uma população que é atendida diariamente nos postos de saúde e nas ESF, esse dado se torna preocupante, pois à medida que se desconhece os direitos dos idosos, descrito de forma clara no estatuto, não se pode prestar uma assistência de qualidade. Esse desconhecimento do Estatuto do Idoso dificulta a garantia do exercício de sua cidadania e do respeito à sua dignidade humana.

Tabela 6 - Relação entre conhecimento autoreferido dos profissionais (divididos por categorias profissionais) que atuam na ESF sobre o Estatuto do Idoso no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012 (n = 124).

Profissão	Estatuto do Idoso		Total	p
	Conhecimento amplo	Pouco conhecimento / Não tem conhecimento		
Médico	3 (20,0%)	12 (80,0%)	15 (100,0%)	0,031
Enfermeiro	8 (38,1%)	13 (61,9%)	21 (100,0%)	
ACS	8 (14,5%)	47 (85,5%)	55 (100,0%)	
Técnico ou auxiliar	2 (6,1%)	31 (93,9%)	33 (100,0%)	

Teste de qui-quadrado; valor significativo para um $p \leq 0,05$.

Como se pode observar na Tabela 6, a relação entre os profissionais divididos por categorias e o conhecimento autoreferido sobre o Estatuto do Idoso revela que a maioria dos profissionais relatam ter pouco ou nenhum conhecimento sobre o Estatuto do Idoso.

Tabela 7 – Relação entre receber treinamento sobre a violência contra o idoso e a suspeita de casos de maus-tratos contra o idoso dos profissionais que atuam na ESF do município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012 (n = 124).

Treinamento	Suspeita				Total	p
	Sim	%	Não	%		
Sim	52	70,3	22	29,7	74	
Não	27	54,0	23	46,0	50	0,049*

*Teste de qui-quadrado; valor significativo para um $p \leq 0,05$.

Como se pode observar na Tabela 7, há diferenças significativas entre o treinamento sobre violência contra o idoso e a suspeita ($p = 0,049$), onde 70,3% daqueles que tiveram treinamento já suspeitou de algum tipo de maus-tratos ou violência contra o idoso.

5 DISCUSSÃO

Nesse capítulo apresentaremos as discussões consideradas pertinentes diante dos resultados obtidos, fundamentando os resultados citados acima baseados na literatura de bases de dados reconhecidas.

5.1 A Estratégia de Saúde da Família e a violência contra o idoso

A Estratégia de Saúde da Família é o local que pode ser a melhor opção para identificar as situações problema, além de criar estratégias de combate para os problemas que ocorrem na comunidade que abrange.

De acordo com o autor, “o Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 como uma grandiosa proposta de incremento da descentralização do Sistema Único de Saúde-SUS e efetivação da Atenção Primária à Saúde-APS no Brasil.” (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008). Anos depois, o programa se torna tão efetivo para resolver os problemas na comunidade que passou a ser considerado uma estratégia de ação.

Durante as entrevistas e coleta de dados, pode-se notar que havia falta de profissionais para atuar nas áreas de abrangência, como os agentes comunitários de saúde. Sem esses profissionais considero que há uma falha na equipe que gera repercussões significativas, afetando o bom funcionamento da ESF, pois são eles que criam um vínculo com a comunidade, passando de residência em residência, casa por casa, questionando sobre as dúvidas e problemas que estão enfrentando, levando essas informações para a equipe se torna mais facilitada a relação paciente e unidade de saúde. A falta de recursos existentes, como o de profissionais, poderá ser discutido em estudos futuros, já que é um assunto que repercute diretamente na comunidade de atuação das ESF.

A reorganização no sistema de saúde, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família, são fundamentais para o modelo de atenção que se tem, com os ACS nas ESF tem-se possibilitado a identificação de uma série de questões que envolvem a Atenção Básica de Saúde, pois esses profissionais estão próximos da comunidade, criando um vínculo com a população e auxiliando nesse processo de identificação das necessidades dessa população.

A ESF veio como uma estratégia de atenção criada pelo Ministério da Saúde e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Nas ESF, as equipes de profissionais de diversas formações da área da saúde ficam responsáveis por um território em uma determinada localidade do bairro. O modelo das ESF está voltado para alguns pilares que sustentam a atenção básica, sendo eles: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Um dos objetivos que cercam esse modelo é a participação social, onde haja a conscientização que prevenção é o primeiro passo para melhorar a qualidade de vida da população, onde os profissionais da saúde criam um vínculo com a comunidade, dividindo a responsabilidade entre população e equipe. A equipe mínima que uma unidade de saúde precisa para funcionar deve ser composta de enfermeiro, médico, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada um desses profissionais possui ações distintas, porém o objetivo é o mesmo, ou seja, atuar em um território geográfico delimitado provendo ações de prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos que atingem com frequência a comunidade e atuar na manutenção da saúde, tendo 4 mil habitantes ao máximo por área de cada unidade.

Para que uma unidade de saúde como a ESF entre em funcionamento é necessário uma equipe mínima de atuação, como já citado no texto acima, notou-se durante a coleta de dados que além de na maioria das equipes trabalharem com essa falta de ACS, ainda atuam somente com a equipe mínima exigida, onde pode-se observar uma grande falha de atuação. Sendo o ser humano um ser tão complexo e que perpassa por diversas etapas e fases na vida, há necessidade de que as pessoas que não possuem condições de pagar por um psicólogo, dentista, educador físico tenha acesso a

esses e a outros profissionais de forma rápida e resolutiva. Isso ainda se torna mais difícil quando se tratam de idosos, que possuem uma perda natural decorrente da idade e do declínio funcional das suas atividades, ou seja, atividades que para os mais jovens são fáceis, para os idosos se tornam mais trabalhosas.

Acredita-se que grande parte do sucesso que uma equipe tem quando comparada com outras equipes de outras ESF, seja a criação de vínculo e uma relação de confiança do usuário com os profissionais que atuam no serviço. Nesse contexto observa-se a necessidade de liderança por parte dos profissionais, principalmente do enfermeiro, que na maioria dos casos é o responsável técnico pela unidade, atuando como um gerente nesse processo. Segundo os autores Ximenes Neto e Sampaio

A liderança na ESF deve ser carismática, executiva, resolutiva, empreendedora, acolhedora, para que possa propiciar a construção de vínculos, mobilizar vontades, e mediar democraticamente os conflitos internos da equipe-equipe, entre equipe e comunidade e internas da comunidade. A liderança deve, ainda, apresentar maturidade em situações de crise, como nos casos de epidemia, de catástrofe ou de conflitos político-sociais intensos. Deve pregar a afetividade entre equipe-comunidade, alimentar sonhos, inspirar o futuro, e juntos buscarem a resolução dos problemas e necessidades sanitárias, construindo uma cultura de solidariedade, baseada no bem comum e no amor coletivo (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008, p. 38).

Sabe-se que a ESF propõe a prestação de uma assistência que vá além do corpo biológico e que seja capaz de alcançar os seres humanos em sua complexidade e integralidade (SILVA; RODRIGUES, 2010). Para que se alcance essa realidade é necessária que se façam ações intersetoriais, para atingir uma maior rede de apoio aos idosos e para a população em geral, garantindo ações de prevenção e promoção em saúde. Isso só é válido e efetivo se os profissionais atuantes nas ESF agirem não somente voltados para a medicalização e cura da doença, mas sim no processo saúde-doença como um todo, ou seja, um processo que envolve diversos fatores. Acredita-se

que enquanto não houver uma comunicação e o empenho em resolver os obstáculos que dificultam a assistência, não haverá uma reorganização no modelo assistência.

Há necessidade eminente em estimular debates e eventos sobre a violência, pois é um fenômeno que vem sendo discutido recentemente nas prioridades do sistema de saúde. Os profissionais entrevistados indicam essa necessidade em promover mais qualificação envolvendo esse tema, visto que a maioria sente-se despreparado e com pouco conhecimento sobre o assunto. As políticas públicas de saúde enfatizam que a primeira fonte de apoio é a família, fonte que os seus membros recorrem para solucionar os seus problemas. Mas e quando o causador do problema é um membro da família, ou seja, como proceder quando o causador da violência é justamente o responsável por proteger esse idoso?

No presente estudo observou-se que quando inquiridos de quais seriam os mais frequentes agressores, responderam que o filho e/ou filha estão no topo da lista dos agressores. Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo, onde o perfil dos agressores também foram os filhos, netos, noras, ou seja, pessoas que convivem próximas da vítima. Em outro estudo também foram encontrados dados que corroboram com os encontrados nesse trabalho, mostrando que nos casos de negligência e maus-tratos com os idosos com idade superior a sessenta anos, 90% acontecem nos lares (REIS; ALMEIDA, 2012). Outra pesquisa revela que por volta de dois terços dos agressores são filhos e cônjuges dos idosos vítimas de violência (ELSNER; PAVAN; GUEDES, 2007). No mesmo artigo encontrou-se como sendo o perfil do abusador familiar, tanto em estudos nacionais como em estudos internacionais, em primeiro lugar como agressores encontram-se os filhos homens mais que as filhas, e depois noras e genros e esposos.

Prevê a Constituição Federal que os filhos são obrigados a oferecer assistência para seus pais. Porém, esses direitos têm permanecido no papel. Como se pode constatar nas ocorrências que foram registradas nos estudos feitos pelo Instituto Brasileiro de

Ciências Criminais da delegacia de Proteção ao Idoso de São Paulo no ano de 2000, mostraram que 39,6% dos agressores eram filhos das vítimas, 20,30% seus vizinhos e 9,3% outros familiares, dados que se assemelham com o presente estudo (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

Dados encontrados em outro estudo corroboram com os achados, em que 70 % dos casos ou o equivalente de 28 idosos possuíam um grau de dependência no que se refere às atividades básicas da vida diária, tanto como leve, moderada ou grave, tendo como consequência, uma chance maior de estresse e conflitos entre as pessoas (RICCA; OLIVEIRA, 2012).

Outros achados corroboram com os resultados do estudo, em que os autores afirmam que no âmbito familiar, em geral as agressões praticadas contra os idosos são praticadas pelos filhos do sexo masculino. Quanto aos agressores, estudos apontam que pelo menos metade dos que agredem possuem algum tipo de dependência química. Nesse estudo abordou-se este dado como um dos fatores de risco para um idoso sofrer maus-tratos ou violência em geral. No artigo também consta que no Ceará houve 57 denúncias durante o primeiro semestre do ano de 2005, onde usuários e dependentes de drogas tanto lícitas quanto ilícitas eram os agressores, e em 55, o que corresponde a 96% dos casos, os familiares, o álcool é a droga de dependência que obteve o maior percentual (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007). Dados encontrados no estudo de Mascarenhas et al (2012), afirmam que a maior parte dos casos de violência contra as pessoas idosas deu-se na residência (78,8%) e mais da metade dessas pessoas que sofreram a violência, relatou que já havia sido violentada anteriormente (53,6%).

Os idosos ocupam um lugar de destaque para a ESF, pois essa faixa etária é atendida diariamente nos postos de saúde e nas ESF, mas muitas vezes os profissionais não conhecem os direitos que os idosos possuem, podendo ser encontrados no Estatuto do Idoso. Não havendo o conhecimento dos direitos da população que é atendida na

unidade de saúde, não se pode ofertar uma assistência adequada e correta como o idoso merece e conquistou através das leis, garantindo-lhes a dignidade e o respeito.

5.2 *A temática da violência*

Sousa et al (2010) traz os dados epidemiológicos do Ministério da Saúde no ano de 2005, em que 27% das internações no Brasil, de 93 mil idosos decorrem de situações de violências e agressões aos idosos. De acordo com o estudo de Souza et al.

investigações realizadas em comunidade médica, além de identificarem o aumento da consciência dos médicos sobre a violência doméstica e de recursos disponíveis para a sua abordagem, indicam também a necessidade de introduzir formalmente o tema nos currículos e desenvolver programas de capacitação permanente das equipes de saúde. (2009, p. 1710).

Mas como desenvolver programas voltados para o tema da violência se nem nas universidades e nos currículos dos cursos que formam os profissionais que irão atuar na rede básica de saúde e mais especificamente nas ESF esse tema é abordado. O estudo que corrobora o que afirma-se acima é o de Souza et al (2009), que nas Faculdades de Enfermagem foi realizada uma pesquisa objetivando encontrar nas grades curriculares a presença de conteúdos que abordassem o tema de violência contra o idoso, criança e mulher, como resultados obtiveram a existência da necessidade de mudanças para que esse tema seja agregado nos cursos. O dado que chama atenção é que 63% das faculdades nos quatro anos de duração do curso não desenvolvem atividades educativas e não abordam a questão, mesmo sendo uma necessidade indicada. Sem essa formação nas faculdades, seja ela de qualquer área profissionalizante, se torna difícil identificar os casos de violência, como podemos observar no artigo do mesmo autor ele usou como exemplo um estudo onde mostrou que 86 residentes de medicina, ao serem analisados sobre a percepção de descrever pelo menos dois fatores para a detecção, triagem e

tratamento de pacientes envolvidos com a violência doméstica, apenas 26% identificaram esses fatores na Universidade de Kentucky (Estados Unidos).

Na opinião de Oliveira et al. (2012), a Constituição Federal, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso são maneiras de fazer valer a responsabilidade da família como fonte de proteção e amparo financeiro, além de garantir o bem-estar desses idosos. Quanto ao Estatuto do idoso e sua implementação e para que esse seja um instrumento legal, além de favorecer para que os maus-tratos contra os idosos, passem a ter uma previsão penal para os casos que não forem respeitados. Os mesmos autores abordam a questão do cuidado dispensado aos idosos, para que mesmo que sejam designados em primeiro lugar para a família, o Estado não se sinta sem obrigação quanto as diversas atribuições que estão contidas nas políticas públicas já existentes, cabendo-lhe criar normas, regras e leis para combater e solucionar qualquer situação de maus-tratos contra o indivíduo inserido socialmente.

Deve-se ter consciência de que a estrutura familiar tem sofrido alterações e modificações estruturais, tanto na sua composição quando em sua organização, afetando na delegação de tarefas de quem será o cuidador e para quem será a responsabilidade pelo idoso. Diante da realidade do envelhecimento populacional, o núcleo familiar recebeu a responsabilidade de dispensar um cuidado ao idoso que antes não fazia parte da constituição familiar, e a questão que deve ser pensada é o que fazer com o idoso? Inserir-lo no ambiente familiar, enfrentar os conflitos geracionais que podem surgir e encontrar maneiras de preservar sua autonomia, respeitando suas limitações funcionais não é uma tarefa fácil, porém necessária para que esse idoso se sinta atuante e inserido na sociedade atual.

Em uma pesquisa que analisou 4.494 (91,8%) ocorrências de violências contra idosos, encontrou-se um número expressivo de casos, ou seja, o número de agressões cometidas foi de 4.829, sendo 3.033 (62,81%) praticadas por pessoas que não possuem nenhum grau de parentesco com a pessoa que sofreu a violência, o segundo lugar de

agressores foi ocupado pelos filhos (13, 56%), seguido por pessoas que possuíam algum parentesco civil (OLIVEIRA et al., 2012).

Acredita-se que quando o Estado falha ou quando há uma lacuna que impeça a efetivação das leis, ou até mesmo quando não há uma rede de proteção e amparo para os idosos fundamentada em aspectos éticos, a família acaba sendo fonte única de apoio para esse idoso, sendo delegada uma tarefa complexa que exige da família um preparo que muitas vezes os membros da família não tem para oferecer para esse idoso, facilitando situações de negligência e aumentando a vulnerabilidade dessas pessoas da terceira idade. Porém, não se pode exigir desses membros da família que tem a tarefa de cuidar do idoso, se muitas vezes ele não recebeu esse carinho e respeito desse idoso. Isso pode ser resultado de ações que eram praticadas desses pais para os seus filhos, e agora está havendo uma inversão de papéis, onde os filhos criados nesse sistema de dominação estão devolvendo a esse pai o que ele fez, ou seja, o filho se sente autorizado a repetir as práticas e ou ações sofridas na infância?

Sousa et al. (2010) apontam que o filho, sexo masculino, tem com maior frequência o perfil de perpetrador familiar, em segundo lugar está as noras, genros e esposos. Nota-se que por esses filhos serem dependentes dos pais que são idosos, principalmente no aspecto financeiro, ou também, ocorre a situação inversa, em que os idosos dependem da família ou dos seus filhos. Silva et al. (2012) encontraram dados semelhantes com os encontrados nesse estudo, onde o primeiro lugar no perfil dos agressores com maior frequência foi ocupado pelos filhos homens, mais do que pelas filhas mulheres, seguido das noras, genros e esposas. No estudo ainda constatou-se que essa situação de agressão predominante dos filhos deve-se ao fato da dependência e do fato desses filhos conviverem junto com o idoso, dependendo da família, principalmente financeiramente. Os autores afirmam ainda que onde o idoso é fonte única do sustento e ocupa a posição de único mantenedor, muitas vezes seus poucos recursos vem de aposentadorias e pensões.

Mascarenhas et al. (2012) encontraram dados que corroboram com os achados desse estudo, em que a maioria dos agressores eram os filhos, o que corresponde a 32,2%. Houve a suspeita de que esse agressor tenha ingerido bebida alcoólica, onde 40,4% das vítimas fez o relato da suspeita, dividido por sexo, 44 % deu-se pelo relato das mulheres e 36,1% foram relatos dos homens. A população precisa estar preparada para lidar com algumas situações que antes não existiam, como é o caso das drogas, abuso da quantidade alcoólica pelos jovens, em que o sinônimo de diversão tornou-se festas regadas a bebidas e drogas, causando prejuízos na saúde e na estruturação familiar, em que toda família entra em um processo de recuperação desse filho, filha, ou quem seja o membro da família que esteja passando por esse problema.

Em um ambiente familiar onde não há comunicação e afeto entre os membros integrantes dessa família, aparece o abuso na maioria das vezes do álcool e das drogas, também pode existir uma história de agressividade nas relações com seus familiares. Sousa et al. (2010) observaram situações com história de violência em algumas famílias que foram entrevistadas, em que o pai que agora é idoso, tinha uma personalidade dominadora e controladora com seus filhos, essa posição tende a ser invertida quando o pai e a mãe envelhecem e estão numa situação de dependência dos filhos, mudança causada pelo envelhecimento humano.

O processo de envelhecer da população sofre influência decorrente das mudanças na estrutura familiar causando uma gradual reorganização. Criar um ambiente em que o envelhecimento não seja encarado nem percebido de maneira negativa, em que as necessidades do idoso sigam o ritmo e o estilo de vida dos outros membros da família. (DUQUE et al., 2012).

Torres et al. (2012) afirmam que é necessário que se tenha ações articuladas e integradas em que se requeira a volta da autonomia dos idosos na sua totalidade, através de mecanismos apoiados e baseados nas legislações. Os mesmos autores trazem a reflexão de que a concretização do Estatuto do Idoso será possível através de ações

ativas e integradas entre família, sociedade, idosos, aparelhos e instrumentos estatais, havendo uma valorização completa da dignidade dessa pessoa idosa, atendendo as suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais.

A notificação é vista como um instrumento no combate à violência pela Organização Mundial de Saúde (MASCARENHAS et al., 2012). Porém, quando os registros não possuem o devido preenchimento, quando não se dá o valor que ele pode ter em dar mais visibilidade aos casos de violência contra o idoso, e assim, auxiliar na resolução do sofrimento desse idoso. Portanto, há necessidade em expor nas capacitações ou treinamentos a importância que essa ferramenta pode ter, ensinar no preenchimento correto e na qualidade desses registros pode ser um dos passos que irão fazer a diferença no enfrentamento das situações de violência, auxiliando as vítimas que estão passando por esse momento, onde o direito de uma velhice saudável não está sendo respeitado, nem garantidos seus direitos como cidadão.

Com os resultados da Tabela 4, pode-se dizer que os profissionais que possuem mais anos de estudo (curso superior), possuem mais conhecimento sobre o Estatuto do Idoso. Com esse dado, supõe-se que seja esse um dos motivos pelo quais os técnicos e auxiliares de enfermagem junto com as agentes comunitárias de saúde delegam a responsabilidade e a tarefa de comunicar os casos de suspeita de violência contra os idosos aos enfermeiros e médicos, porém esses e outros aspectos serão abordados na discussão, pois é dever de todos os cidadãos denunciarem e comunicarem aos órgãos competentes.

Entre as variáveis treinamento e se já suspeitou alguma vez de um caso de violência contra o idoso houve associação significativa ($p = 0,049$), ou seja, 70,30% daqueles que tiveram algum tipo de treinamento sobre o tema violência contra o idoso já suspeitou alguma vez de algum tipo de violência ou mau-trato contra o idoso. Esse resultado encontrado pode indicar que se o profissional receber treinamento seja ele de qualquer natureza ou duração que aborde o tema da violência contra o idoso, estará mais

preparado para identificar as situações e as famílias que estão expostas e mais suscetíveis a sofrer algum tipo de violência, esse profissional poderá realizar uma triagem melhor das famílias que estão mais expostas a esse tipo de risco.

Outro dado que preocupa é que mesmo não havendo associação significativa entre formação em saúde da família e treinamento ($p = 0,236$), isso pode indicar que mesmo tendo formação em saúde da família, os gestores talvez não estejam inserindo o tema da violência no que tange a ESF, pois quando se fornece o treinamento explicando o que atuar em uma ESF para os profissionais é dever passar as diversas situações que eles podem se deparar quando atuam em um serviço de atenção básica, onde a proximidade com a comunidade é muito grande. Acredito que durante a formação em saúde da família, seja nos cursos ou em capacitações oferecidas a esses profissionais, há necessidade de investir em treinamentos sobre a violência contra o idoso, adolescente ou criança, para que se formem pessoas e profissionais mais engajados para lutar contra isso.

Não há como negar que a experiência que se acumula anos trabalhando em um mesmo serviço, torna os profissionais mais apurados para identificar os sinais de alerta quanto aos problemas que a comunidade enfrenta. Isso ocorre porque na maioria dos casos, a pessoa transmite suas experiências que agregou ao longo do tempo de atuação, estando mais atento aos primeiros sinais de alerta, e também com mais tempo de atuação em um determinado território de abrangência o profissional passa a conhecer as particularidades da sua área, do seu território de atuação, facilitando esse processo de paciente-profissional, além de criar vínculos com a comunidade que fica mais receptiva ao profissional.

6 CONCLUSÃO

Para que o idoso esteja assistido e tenha uma rede de proteção efetiva, é necessária a participação e a troca de informações integradas entre as Agentes Comunitárias de Saúde, Enfermeiros, Médicos, Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de referência de cada unidade, assim pode-se pensar em ações conjuntas para que esse idoso não seja negligenciado, nem sejam violentados e tolhidos seus direitos como cidadão e pessoa idosa. Formando essa rede de proteção pode-se garantir a dignidade humana e construindo um centro organizador que possam resolver as situações de violência contra o idoso, e com isso assumir a responsabilidade desse tema que abrange múltiplas facetas e gera um impacto negativo na sociedade. Políticas públicas efetivas é o caminho mais seguro para que os direitos da população idosa sejam garantidos, sendo as leis um instrumento útil e viável para que isso se torne realidade.

Os profissionais, gestores e colaboradores atuantes no setor da saúde nos mais diferentes níveis de complexidade devem enxergar a violência praticada contra o idoso como uma prática inaceitável e multifatorial, que não se pode tolerar, negar ou diluir a responsabilidade com esse tema. Faz-se necessário ainda, uma sensibilização dos profissionais da área da saúde para estarem em alerta com a questão da violência. Sabe-se que quando o agressor é um membro da família ou faz parte do meio em que o idoso está inserido é de extrema complexidade a abordagem do agressor e a realização de intervenções para que os fatores negativos sejam combatidos. Constatou-se que os profissionais ainda necessitam de maiores conhecimentos e capacitação sobre as inúmeras abordagens que esse tema exige e que ainda estão despreparados para realizar ações efetivas e eficazes para solucionar esse problema silenciado até mesmo pelos profissionais, que muitas vezes omitem alguns fatos e casos que aconteceram na sua área de abrangência e atuação na rede pública por medo de represálias contra sua

família, unidade ou contra si próprio e também para não comprometer e prejudicar a relação da ESF com o usuário do serviço.

Com os resultados obtidos através desse trabalho poderão ser elaborados novos planos de ação para abordar esse tema, sendo de grande relevância para a sociedade e para os idosos que são os mais atingidos com esse problema, que quanto mais omitido e camuflado, mais se torna difícil de resolver. Esses planos de ação podem ser voltados a estimular ações conjuntas com profissionais de outras áreas, como é o caso do CRAS, onde os assistentes sociais podem contribuir para que essa responsabilidade da investigação, denúncia/notificação e o acompanhamento dos casos confirmados seja dividida. Nesse sentido sugere-se a criação e o fortalecimento das redes de apoio e um sistema de referência e contra-referência eficaz. Com isso os profissionais sentir-se-ão amparados e fortalecidos em suas decisões. Além disso, podem ser criadas estratégias de enfrentamento contra a violência, criando um cronograma de treinamentos e capacitação para os profissionais. Também poderão ser geradas novas análises e reflexões sobre o tema, além de uma melhor compreensão e conhecimento desse fenômeno que ainda é velado.

A contribuição do estudo para a sociedade se dá em conhecer os profissionais da ESF que atuam diretamente com a comunidade e acompanham a rotina dos idosos e seus familiares, integrados as redes comunitárias de cada local e saber o que eles pensam sobre a violência gerada contra o idoso, seja ela de qualquer natureza. Bem como, incentivar novas atualizações e discussões sobre a violência, incutindo a responsabilidade que os funcionários possuem no seu meio de atuação e combate, propiciando um meio de comunicação com as vítimas desse processo.

Muitos estudos poderão ser realizados com outras abordagens que o tema permite. É necessário estimular projetos de pesquisa e produções científicas sobre o tema, envolvendo alunos e docentes dos diversos níveis de graduação, também como forma de desenvolver mais reflexões e dar mais visibilidade para o assunto, deve-se

investir em organizar eventos, cursos, seminários, entre outros. Sugere-se que novos estudos sejam realizados sobre a temática em nossa região para que se tenham subsídios com dados atuais que possam intervir de maneira efetiva contra os casos de violência contra os idosos.

É de responsabilidade do profissional zelar e conhecer sua população e área de abrangência, suas particularidades, situação sócio-econômica e estrutura familiar, pois assim poderá detectar os sinais de abuso, violência contra o idoso, sinais de agressão como hematomas, desnutrição, imagem descuidada, má higiene, apatia, isolamento social e maior fragilidade do que a idade impõe. É de extrema importância que os profissionais quantifiquem essa violência que os idosos estão sofrendo e a melhor maneira para fazer isso é denunciando aos órgãos competentes e notificando para que os agravos sejam minimizados. A subnotificação e de uma maneira informal não gera informações suficientes para que sejam planejados planos de ação de combate para esse problema.

Tendo como base os resultados citados acima nas tabelas, é necessário que se reflita sobre o encaminhamento que será dado aos casos de violência contra os idosos, indica-se que se os profissionais que possuem um maior conhecimento sobre o Estatuto do Idoso tendem a denunciar esses casos para a promotoria, supõe-se que o fluxograma existente no município, ou não seja conhecido pelos profissionais da área da saúde ou tenha sido pouco divulgado para esses profissionais, dificultando esse processo, em que os profissionais que trabalham na ESF podem praticar ações conjuntas com os CRAS de referência de cada localidade.

Outra questão que deve ser analisada é a falta de informações e conhecimento sobre o Estatuto do Idoso, acesso à ele existe, mas os profissionais não conhecem a importância de ter a compreensão do Estatuto e das suas obrigações enquanto profissionais de um sistema de saúde.

Ressalta-se a importância de mais treinamentos e abordagens desse tema para que os profissionais saibam identificar e encaminhar para os órgãos competentes e que haja uma abordagem mais efetiva e encontre-se soluções eficazes dos casos. Há uma emergente necessidade de criar e estruturar estratégias de enfrentamento para essa temática da violência que proporcione resultados de melhora desse contexto. A pouca capacitação dos profissionais resulta na dificuldade de encaminhar a denúncia aos órgãos competentes, além disso, existe o medo de sofrer represálias e a falta de intervenções efetivas que resultem em maior resolutividade no atendimento para idosos vítimas de violência.

Dentro dessa perspectiva as ações mencionadas acima podem ser os primeiros passos para uma longa caminhada com a intenção de fortalecer as conquistas até aqui conseguidas em nosso país. Essa discussão poderá trazer como resultado a conscientização de cada cidadão, buscando minimizar a violência e a negligência contra nossos idosos. Além disso, é necessário maior investimento público e financeiro que subsidiem mais estudos sobre o tema, bem como campanhas publicitárias de forte impacto sobre a população para mostrar a dimensão do problema, sem deixar de lado o investimento em cursos e capacitações para os profissionais que atuam na área da saúde, principalmente os que trabalham com a saúde pública, pois estes estão no foco do problema.

É necessário investir em educação para o envelhecimento, isso deve ser iniciado quando as crianças estão em uma fase inicial da aprendizagem dos valores que serão base para sua vida inteira. É necessário e urgente uma monitorização ativa e participativa da comunidade e dos profissionais sobre a violência praticada contra os idosos. Algumas limitações do estudo foram observadas, abordou-se a realidade das Estratégias de Saúde da Família dentro do contexto da atenção básica de saúde, porém podem ser abordados outros focos, analisando outros contextos da violência contra o idoso, inclusive em outros cenários de atuação dos profissionais da área da saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria Aparecida da Silva; BARBOSA, Maria Alves. Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 819-824, out./dez. 2010.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes; SILVA, Henrique Salmazo. Significados da violência na velhice: narrativas e a autopercepção de idosos participantes em um centro de convivência no município de São Paulo (SP). *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 47-61, jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 24 p. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: jul. 2011.

_____. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Brasília: MS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Caderno de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. 19. ed. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Portaria nº 750 de 10 de Outubro de 2006. Dispõe sobre as equipes da Estratégia de Saúde da Família. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/U_PT-SAS-750_101006.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2011.

BRASIL. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Lei da Política Nacional do Idoso. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria n. 750, de 10 de outubro de 2006. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília, DF, 2003.

BELTRÃO, Kaizô Iwakami; CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange El Ghaouri. *Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX*. Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2004.

CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Percepções de gestores e profissionais de saúde sobre a atenção aos idosos vítimas de violências no município do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2699-2708, 2010.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. *O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas*. In: CAMARANO, A.A. (org). Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. *Gestão de Pessoas e o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro, Ed. Elsevier, 2004.

DUQUE, Andrezza Marques et al, Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2199-2208, 2012.

ELSNER, Viviane Rostirolla; PAVAN, Fábio; GUEDES, Janesca Mansur. Violência contra o idoso: ignorar ou atuar? *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 46-54, jul./dez. 2007.

FEE. RIO GRANDE DO SUL. Fundação de Economia e Estatística. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br>>. Acesso em: 15 Jul. 2011.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores*. Brasília: Universa, 2007.

GROSSI, Patrícia Krieger; SOUZA, Mozara dos Reis de. Os idosos e a violência invisibilizada na família. *Texto & Contexto Enfermagem*, Santa Catarina, v. 2, n.1, dez. 2003.

GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 465-470, mai./jun, 2008.

HIJAR-MEDINA, Martha, et al. Medical care of injuries caused intentionally by domestic violence. *Salud Pública*, México, v. 45, n. 4, p. 252-58, jul./ago. 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Estatístico. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_populacao.shtm>. Acesso em: 5 Maio 2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/default_resultados_preliminares.shtm>. Acesso em: 5 Maio 2011.

KUMON, Marina Tisako et al. Centenários no mundo: uma visão panorâmica. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 213-232, jan. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 22^a ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 55-63, 2005.

_____. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, mai./jun. 2003.

_____. *Violência contra idoso: o avesso do respeito à experiência e sabedoria*. 2. ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

MORAIS, Claudia Leite de; APRATTO JÚNIOR, Paulo Cavalcante; REICHENHEIM, Michael Eduardo. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2289-2300, out. 2008.

MARINO, Juan Mario Fandiño. Ciclos históricos da violência na América Latina. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 31-39, jan./mar. 2004.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre o envejecimiento*. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Disponível em: <<http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/pdfops/Informe%20II%20Asamblea%20Mundial%20del%20Envejecimiento.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10*. Versão 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial sobre violência e saúde*. Genebra: 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10*. Versão 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 01 nov. 2008.

OLIVEIRA, Ana Paula de Freitas; PIRES, Patrícia Silva; MANUEL, Jorge. Violência contra idosos: uma questão de cidadania. *Saúde Coletiva*. Brasil, v. 33, n. 6, p. 198, 2009.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de et al. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 555-556, 2012.

QUEIROZ, Zally Pinto Vasconcellos de; RUIZ, Cristiane Regina; FERREIRA, Vilma Moreira. Reflexões sobre o envelhecimento humano e o futuro: questões de ética, comunicação e educação. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 21-37, jan. 2009.

RICCA, Anna Elisa Tesima de Oliveira; OLIVEIRA, Bernadete de. Desvelando Caminhos: A subnotificação de acidentes e violência contra a pessoa idosa. *Revista Portal de Divulgação*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 64-76, jul. 2012.

REIS, Helena Maria de Souza; ALMEIDA, Jailma Matos de. O olhar acolhedor para os idosos, vítimas de violência familiar. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 127-139, jan./jun. 2012.

RODRIGUES, Tatyanni Peixoto et al. Sentidos associados à violência para idosos e profissionais. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 772-778, out./dez. 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análises e Divulgação de Indicadores para a Saúde. *A Saúde da População do Estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: CEVS, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp>>. Acesso em: 14 Jun. 2011.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al. Política Nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, jul./set. 2007.

SIQUEIRA, Renata Lopes de; BOTELHO, Maria Izabel Vieira; COELHO, France Maria Gontijo. Velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002.

SOUZA, Edinilsa Ramos; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Políticas públicas de atenção à saúde não abordam devidamente a violência contra os idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2659-2668, 2010.

SILVA, Elaine Alves de Oliveira; LACERDA, Angela Maria Gomes de Matos. A violência e os maus-tratos contra a pessoa idosa. *Fragmentos de cultura*, Goiânia, v. 17, n. 3/4, p. 239-255, mar./abr. 2007.

SILVA, Maria Josefina et al. *A violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem a vivencia*. Revista Eletrônica de Enfermagem [artigo científico]. v. 10, n. 1, p. 124-136. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/pdf/v10n1a11.pdf>>. Acesso em: 14 junho. 2011.

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, set./out. 2010.

SOUZA, Jacy Aurélio Vieira de; FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida de. Violência contra os idosos: análise documental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 3, p. 268-272, maio-jun. 2007.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2659-2668, 2010.

SOUZA, Edinilsa Ramos de et al. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1709-1719, 2009.

SOUSA, Danúbia Jussana de et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 321-328, 2010.

SILVA, Valdenir Almeida et al. *Violência doméstica contra idosos: agressões praticadas por pessoas com sofrimento mental*. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a08.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

TORRES, Andressa da Silva et al. O estatuto do idoso como instrumento de cidadania no saber da enfermagem: um estudo de revisão bibliográfica. Disponível em: <<http://189.75.118.68/cbcef/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I40088.E10.T6032.D6AP.pdf>>. Mai. 2012. Acesso em: jan. 2013.

VALADARES, Fabiana Castelo; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2763-2774, 2010.

VILELA, Kenia Pereira. *Violência contra idosos na perspectiva dos profissionais do Programa de Saúde da Família em Uberlândia – MG*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 36-45, jan./fev. 2008.

ZAMBONI, Cristiane et al. Violência contra idoso: um velho estigma. *Cogitare Enfermagem*. Paraná, v. 16, n. 4, p. 634-639, out./dez. 2011.

ANEXOS

Anexo A. Parecer Comitê de Ética



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N. 546/2011

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 30/11/11, analisou o protocolo de pesquisa “Violência contra idosos: percepções e intervenções retratadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família”, CAAE 0279.0.398.000-11, de responsabilidade da pesquisadora **Nelissandra Cristiane Scorsato Antonioli**.

O projeto tem como objetivo conhecer as percepções e intervenções realizadas por um grupo de profissionais que atuam na rede básica de saúde sobre a violência contra os idosos residentes em um município localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e analítica, com abordagem quantitativa e qualitativa, em forma de questionário, com profissionais que atuam na Rede Básica de Saúde do município de Passo Fundo. A amostra será constituída por profissionais da saúde que atuem na Estratégia da Saúde da Família (ESF) do município de Passo Fundo – RS, independentemente de sexo, escolaridade e/ou tempo de atuação no serviço, raça e religião. Serão excluídos da amostra, os profissionais que não assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. O tamanho da amostra foi definido supondo uma amostragem aleatória simples. A proporção foi calculada tomando para analisar a verdadeira proporção da população um erro amostral de 5%. Para cumprir com os objetivos propostos e fazer a coleta dos dados, será utilizado um questionário para a coleta de dados (Apêndice B).

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do (a) pesquisador (a) e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

O (a) pesquisador (a) deverá apresentar relatório a este CEP no final do estudo.

Situação: PROTOCOLO APROVADO

Passo Fundo, 30 de novembro de 2011.

Nadir Antonio Pichler

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Sr. (a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Violência contra idosos: percepções e intervenções retratadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família”, que estou desenvolvendo com o objetivo de obter o título de mestre em Envelhecimento Humano do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano – ppgEH, da Universidade de Passo Fundo, sob a orientação do professor Dr. Luiz Antônio Bettinelli e co-orientação do professor Dr. Adriano Pasqualotti.

O objetivo da pesquisa é conhecer as percepções e intervenções da violência retratada pelos profissionais que atuam na rede básica de saúde. O (a) Sr. (a) participará da pesquisa de forma individual, respondendo um questionário com perguntas que têm como finalidade conhecer as percepções e intervenções realizadas por um grupo de profissionais que trabalha na Estratégia de Saúde da Família sobre a violência contra os idosos residentes em um município localizado no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Bem como, identificar as ações realizadas quando esses profissionais se deparam com idosos em risco ou em situação de violência e verificar se os mesmos, possuem conhecimento sobre os aspectos legais que envolvem o idoso.

A entrevista que será realizada para o preenchimento do questionário terá uma duração de aproximadamente vinte minutos. A participação do (a) Sr (a) não implicará em risco algum, tendo como desconforto dispor de alguns minutos do seu tempo para a realização da entrevista e talvez algum constrangimento gerado por perguntas de caráter pessoal, que o(a) Sr.(a) poderá não responder se assim desejar.

Os resultados da pesquisa serão utilizados com a finalidade de desenvolver a pesquisa citada. As informações obtidas por meio do desenvolvimento do estudo serão confidenciais e será mantido o sigilo de sua participação. Os depoimentos serão divulgados de modo que não permitam a sua identificação. O (a) Sr.(a) receberá uma

cópia deste termo, aonde consta o telefone e endereço do pesquisador principal, bem como do meu orientador, podendo tirar a qualquer momento dúvidas sobre a pesquisa e sua participação. Se o (a) Sr.(a) não quiser participar, não haverá nenhuma mudança no tratamento do paciente internado. Mesmo que o (a) Sr.(a) aceite participar, estará livre para desistir a qualquer momento.

Nelissandra C. Scorsato Antonioli
Rua Morom, 1910/202
Centro
Passo Fundo – RS
CEP 99010-034
Fone: (54) 99824926

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do profissional

Assinatura do profissional

¹Para qualquer esclarecimento ou dúvida acerca do desenvolvimento do estudo você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo para esclarecimentos de dúvidas e informações sobre a pesquisa pelo telefone (54) 3316 3670.

Apêndice B. Instrumento de avaliação da violência contra os idosos

Instrumento de avaliação da violência contra idosos

Instrumento de avaliação da violência contra idosos

Dados de identificação
Unidade/ESF: _____ Endereço: _____ Telefone: _____

Dados do entrevistador
Número do questionário: _____ Hora inicial da pesquisa: _____ Data: ____ / ____ / ____ Nome do entrevistador: _____ Assinatura do entrevistador: _____

Dados do entrevistado
Nome do entrevistado: _____ Endereço: _____ Telefone: _____

1) Sexo:				
<table border="1"> <tr> <td>Masculino</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Feminino</td> <td>2</td> </tr> </table>	Masculino	1	Feminino	2
Masculino	1			
Feminino	2			

2) Idade
Anos _____

3) Estado civil:

Solteiro	1
Casado	2
Divorciado	3
Viúvo	4

4) Profissão:

Médico	1
Enfermeiro	2
Agente Comunitário de Saúde	3
Técnico/auxiliar de Enfermagem	4

5) Escolaridade:

1º Grau incompleto	1
1º Grau completo	2
2º Grau incompleto	3
2º Grau completo	4
Graduação	5
Pós-graduação	6
Curso de nível técnico	7
Residência ou Especialização	8

6) Religião:

Católica	1
Não católica	2

7) Você possui formação em saúde da família?

Sim	1
Não	2

8) Quanto tempo você atua na Estratégia de Saúde da Família?

Anos	_____
------	-------

9) Você já recebeu algum tipo de informação/treinamento sobre a violência contra o idoso?

Sim	1
-----	---

Não (Ir para a Q. 11 e Indicar N.A. na Q. 10)

2

10) Onde recebeu essas informações?

Graduação	1
Especialização	2
Residência/Pós-graduação	3
Capacitação no serviço de saúde	4
N.A.	99

11) Já suspeitou de algum tipo de maus-tratos ou violência contra o idoso?

Sim	1
Não	2

12) Qual a sua atitude na ocasião?

Atitudes	Sim	Não
Comunicou aos órgãos competentes ou a outro profissional da ESF	1	2
Acompanhou o caso e concluiu que não se confirmava a suspeita	1	2

13) Quais os órgãos responsáveis por receber as denúncias de violência contra o idoso?

Órgãos	Sim	Não
Polícia Civil	1	2
Conselho do Idoso	1	2
Polícia Militar	1	2
Secretaria da Saúde	1	2
Balcão do Idoso	1	2
Promotoria	1	2

14) Qual a sua opinião desses órgãos quanto à atuação frente a denúncia?

Plenamente satisfeito	1
Muito satisfeito	2
Nem satisfeito nem insatisfeito	3
Muito insatisfeito	4
Plenamente insatisfeito	5

15) Na sua opinião qual(is) o(s) profissional(is) do ESF é (são) responsável (is) pela (s) ação de identificar/notificar ou denunciar/comunicar situações de violência contra o idoso?

Médico	1
Enfermeiro	2
Agente Comunitário de Saúde	3

16) Quais os motivos que não o levariam a denunciar um caso de violência contra o idoso?

Motivos	Sim	Não
Medo de represália	1	2
Medo de prejudicar o idoso	1	2
Por não ser a sua função	1	2
Por não achar necessário	1	2
Sobrecarga de trabalho	1	2

17) Quais das situações relacionadas a seguir você identifica como risco para maus-tratos e violência contra o idoso?

Situações	Sim	Não
Incontinência urinária e/ou fecal do idoso	1	2
Dependência econômica do idoso	1	2
Idoso com quadro de depressão	1	2
Alteração cognitiva do idoso, como demência	1	2
Comportamento provocativo do idoso	1	2
Idoso em situação econômica privilegiada - utilização provento do idoso	1	2
Dependência do idoso para realização de atividades da vida diária	1	2
Cuidador com história de depressão ou outro problema mental	1	2
Cuidador com pouco conhecimento	1	2
Cuidador com sobrecarga de trabalho	1	2
História de dependência química no ambiente familiar	1	2
Isolamento social	1	2

18) Qual ou quais os sujeitos abaixo você identificaria como agressores mais frequentes nos casos de violência contra o idoso?

Sujeitos	Sim	Não
Cônjuge	1	2
Filho	1	2
Filha	1	2
Nora ou genro	1	2
Neto ou neta	1	2
Vizinho	1	2
Cuidador	1	2
Agente de saúde	1	2
Enfermeiro	1	2
Médico	1	2
Assistente social	1	2
Técnico/auxiliar de enfermagem	1	2

|-----|

19) Você tem o hábito de perguntar ao idoso sobre a satisfação com o tipo de tratamento dispensado pela família?

Sempre	1
Quase sempre	2
Poucas vezes	3
Raramente	4
Nunca	5

20) Na casa do idoso o que você procura observar?

21) Você tem conhecimento sobre o Estatuto do Idoso?

Tenho conhecimento amplo	1
Tenho pouco conhecimento	2
Não tenho conhecimento	3

22) Se o idoso vem à procura de atendimento à unidade de saúde várias vezes em um período curto, apesar de já estar estabelecido o tratamento correto de uma doença crônica, você:

Conduta	Sim	Não
Recusa-se a continuar atendendo	1	2
Suspeita de alguma outra causa, mas prefere não se envolver	1	2
Notifica como caso de violência contra o idoso	1	2

23) Você gostaria de receber informações/treinamento sobre o tema de violência contra o idoso?

Sim	1
Não (Indicar N.A. nas Q. 24 e Q. 25)	2

24) Caso você gostaria de receber informações/treinamento sobre o tema de violência contra o idoso, indique a(s) forma(s) de como deveria ser realizado.

Palestras	1
Mini cursos	2
Jornadas	3
Aulas	4
N.A	99

25) Caso você gostaria de receber informações/treinamento sobre o tema de violência contra o idoso, identifique o motivo.

Necessito de maiores conhecimentos ou capacitação	1
Sinto-me despreparado para lidar com esse tema	2
N.A	99

26) Na sua opinião, qual(is) o(os) tipo(os) de violência que a população idosa está mais suscetível?

27) Observações gerais.

Eu, Nelissandra C. Scorsato Antonioli, reli o questionário após a sua aplicação com os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família e certifico que todas as respostas às perguntas formuladas foram anotadas de acordo com as respostas dadas pelo entrevistado e que todas as colunas e espaços que requerem preenchimentos foram completados de acordo com as instruções recebidas. Eu me comprometo a manter sob estrita confidencialidade o conteúdo das perguntas, das respostas e dos comentários do entrevistado, como também sua identidade.

Assinatura do entrevistador

_____, ____ de _____ de _____.

Apêndice C Termos de Autorização

Autorização

Nelissandra Cristiane Scorsato Antonioli

Programa de Mestrado em Envelhecimento Humano

Universidade de Passo Fundo

Passo Fundo - RS

Informamos que a Secretaria da Saúde do Município de Passo Fundo e a Estratégia da Saúde da Família – ESF, autorizam o desenvolvimento do estudo, intitulado **“Violência contra idosos: Percepções e intervenções retratadas por um grupo de profissionais da ESF de Passo Fundo”** de autoria da Enfermeira Nelissandra Cristiane Scorsato Antonioli, sob a orientação do professor Dr. Luiz Antonio Bettinelli e co-orientação do professor Dr. Adriano Pasqualotti, que é requisito para obtenção de título de mestre em Envelhecimento Humano do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano – PPGEH, da Universidade de Passo Fundo, a ser realizado com profissionais que atuam na ESF do município.

Sendo o que tínhamos

Cordialmente

Passo Fundo, 01 de novembro de 2011.



Jairo Caovilla

Secretário Municipal de Saúde

Passo Fundo - RS

Autorização

Nelissandra Cristiane Scorsato Antonioli

Programa de Mestrado em Envelhecimento Humano

Universidade de Passo Fundo


Passo Fundo - RS

Informamos que a Secretaria da Saúde do Município de Passo Fundo e a Estratégia da Saúde da Família – ESF, autorizam o desenvolvimento do estudo, intitulado **“Violência contra idosos: Percepções e intervenções retratadas por um grupo de profissionais da ESF de Passo Fundo”** de autoria da Enfermeira Nelissandra Cristiane Scorsato Antonioli, sob a orientação do professor Dr. Luiz Antonio Bettinelli e co-orientação do professor Dr. Adriano Pasqualotti, que é requisito para obtenção de título de mestre em Envelhecimento Humano do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano – PPGEH, da Universidade de Passo Fundo, a ser realizado com profissionais que atuam na ESF do município.

Sendo o que tínhamos

Cordialmente

Passo Fundo, 20 de outubro de 2011.



Nicolas Boeno

Secretaria Municipal de Saúde - Coordenador do ESF

Passo Fundo - RS

