



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

ELISAMA NASCIMENTO ROCHA

**JEQUIÉ/BA
2012**

ELISAMA NASCIMENTO ROCHA

**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. DSc. Alba Benemerita Alves Vilela

**JEQUIÉ/BA
2012**

R572 Rocha, Elisama Nascimento.
Violência intrafamiliar contra o idoso: representações sociais e práticas de profissionais de saúde/Elisama Nascimento Rocha .- Jequié, 2012.
89 f. il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado-Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012. Orientadora Profª. DSc. Alba Benemerita Alves Vilela.

1. Idoso – Violência intrafamiliar 2. Violência intrafamiliar contra o idoso – Programa saúde da família 3. Enfermagem – Atenção dos profissionais de saúde das USF sobre a violência intrafamiliar contra o idoso I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 616.0539

FOLHA DE APROVAÇÃO

ROCHA, Elisama Nascimento. Violência intrafamiliar contra o idoso: representações sociais e práticas de profissionais de saúde. Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié, Bahia. 2012.

BANCA EXAMINADORA



Prof. DSc. Alba Benemérita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof. DSc. Denize Cristina de Oliveira
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ
Examinadora



Prof. DSc. Maria do Rosário de Menezes
Universidade Federal da Bahia - UFBA
Examinadora

Jequié, 11 de dezembro de 2012.

Dedico este trabalho aos meus pais,

Eliomar e Marineide.

A vocês, o meu eterno amor!

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, pelo fôlego de vida. Te amo meu Senhor! Vivo para o louvor da tua glória!

Aos meus *pais*, Eliomar e Marineide, pelo amor incondicional.

Aos meus *irmãos*, Moabe, Esdras, Hatos, Eliomar Junior e Vitor, pelo carinho e apoio. Em especial a Eliomar Junior, que foi indispensável na coleta dos dados, sendo meu piloto particular.

Ao meu *noivo*, Val, pelo amor, amizade, incentivo e por fazer parte da minha vida.

A minha *família*, avós, tios e tias, primos e cunhadas, por me fazer sentir querida por todos.

A minha orientadora, *Alba Benemerita*, pelos ensinamentos, pela confiança depositada em mim, pelo carinho, amizade, paciência e compreensão na construção deste trabalho.

Às colegas do Projeto Violência intrafamiliar no contexto das USF, *Aline, Carlane, Juliana, Maristella, Roberta Laíse, Vanda e Vilara*, pelo carinho e incentivo. Especialmente, a Vanda Palmarella, que me ensinou os primeiros passos da pesquisa e sempre acreditou em mim. Serei eternamente grata!

A *todos meus amigos*, que compartilharam dos meus sonhos, me apoiando e torcendo pela minha vitória.

Aos meus *irmãos em Cristo da minha amada Igreja Pentecostal Monte Sinai*, pelo carinho, confiança e pelas orações.

Aos *profissionais de saúde da ESF*, pela disponibilidade e colaboração na concretização deste estudo. Sem vocês este trabalho não seria possível!

Aos mestrandos *Doane, Marta e Saulo*, pela contribuição na coleta dos dados.

Aos professores do *Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde*, em especial ao professor *César Augusto Casotti* pelo apoio, carinho, generosidade e solidariedade.

Às professoras da banca examinadora, *Denise Cristina de Oliveira e Maria do Rosário de Menezes*, que também participaram da minha banca de qualificação trazendo contribuições significativas na construção desse conhecimento.

Aos *colegas de mestrado*, pelos momentos que passamos juntos, pela oportunidade de conhecê-los e compartilharmos desse momento importante em nossas vidas.

Aos *funcionários do PPGES*, pelo apoio. Especialmente a *Neilma*, pelo carinho e atenção.

A *CAPES*, pelo apoio financeiro.

A *todos* que de alguma forma contribuíram para o sucesso deste trabalho. Muito obrigada!

Com os idosos está a sabedoria, e na longevidade o entendimento.

(Jó 12: 12)

ROCHA, Elisama Nascimento. **Violência intrafamiliar contra o idoso: representações sociais e práticas de profissionais de saúde.** Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié, Bahia. 2012.

RESUMO

A violência intrafamiliar contra idosos representa um grande desafio para a Saúde Pública, criando uma demanda cada vez maior por serviços de saúde. Assim, os profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família (USF) encontram-se em uma posição estratégica para detectar precocemente situações potencialmente geradoras de violência intrafamiliar e as possíveis vítimas. Portanto, os objetivos deste estudo são: Compreender as representações sociais de profissionais de saúde das USF sobre a violência intrafamiliar contra o idoso; Averiguar as práticas desenvolvidas por profissionais de saúde das USF na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar; e Identificar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde das USF na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza quali-quantitativa, desenvolvida entre maio e julho de 2012, com suporte na perspectiva estrutural da Teoria das Representações Sociais. Participaram 81 profissionais atuantes em 16 Unidades de Saúde da Família (USF), de Jequié-BA. Utilizou-se a evocação livre de palavras e a entrevista semiestruturada na coleta dos dados, a qual ocorreu após aprovação do CEP/UESB (Protocolo: 13355/2012). As evocações foram processadas pelo software EVOC 2003, sendo analisadas por meio do quadro de quatro casas. As entrevistas submeteram-se à Análise de Conteúdo Temática de Bardin. Os resultados evidenciaram que as representações sociais do grupo estudado sobre a violência intrafamiliar contra idosos é caracteristicamente negativa, sustentada pelas dimensões: afetiva, atitudinal, comportamental e imagética, retratando assim, as diferentes manifestações de violência contra idosos, praticadas por familiares, tais como as agressões físicas e psicológicas, negligência, exploração financeira e o abandono. Também revelaram que as estratégias utilizadas pelos profissionais no enfrentamento da violência são: visita domiciliar, diálogo com a vítima/familiares e encaminhamentos a instâncias competentes. Diante disso, as dificuldades apontadas foram: resistência dos sujeitos envolvidos; medo de se expor e de represálias por parte de familiares e da comunidade; bem como os obstáculos referentes a instâncias competentes. Sendo assim, observamos que nas USF não existe um protocolo de atendimento e encaminhamento para os casos identificados. Logo, as estratégias adotadas pelos profissionais são isoladas, longe de ser uma intervenção integral e interdisciplinar instituída. Ainda, constatamos uma desarticulação entre as USF e os serviços que atendem o idoso em situação de violência intrafamiliar. Por isso, os resultados encontrados apontam a urgente necessidade de implantação no município de um trabalho em rede intersetorial de suporte e atenção ao idoso, com serviços articulados, envolvendo o Ministério Público, assistência social, educação, segurança, saúde, entre outros. Além disso, ressaltamos que no enfrentamento da violência intrafamiliar contra idosos é preciso investir na prevenção, por meio de estratégias que sensibilizem a sociedade, a família e o próprio idoso, com a finalidade de promover um envelhecimento de acordo o preconizado pelas políticas públicas, sem violência e com qualidade de vida.

Palavras-chaves: Violência na família; Idoso; Programa Saúde da Família.

ROCHA, Elisama Nascimento. **Intrafamiliar violence against the elderly: social representations and practices of health professionals.** Thesis [Master] - Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia - UESB, Jequié, Bahia. 2012.

ABSTRACT

Intrafamiliar violence against the elderly is a major challenge for public health, creating a growing demand for health services. Thus, health professionals of the Family Health Units (USF) are in a strategic position to detect early situations potentially generators intrafamiliar violence and possible victims. Therefore, the objectives of this study are: Understand the social representations of health professionals from USF on intrafamiliar violence against the elderly; Investigate the practices developed by the USF health professionals in the care of the elderly in situations of intrafamiliar violence, and identify the challenges faced by health professionals of USF in the care to the elderly in situations of intrafamiliar violence. This is a descriptive research, exploratory, of qualitative-quantitative nature, carried out between May and July 2012, with support in the structural perspective of social representations theory. Took part 81 professionals working in 16 Family Health Units (USF), Jequié-BA. It was used the free recall of words and semistructured interviews in data collection, which occurred after the approval of the CEP / UESB (Protocol: 13355/2012). The evocations were processed by software EVOC 2003 and analyzed using the table of four houses. The interviews were submitted to Thematic Content Analysis of Bardin. The results showed that social representations of the study group on intrafamiliar violence against elderly is characteristically negative, sustained by the dimensions: affective attitudinal, behavioral and imagery, thus featuring the different manifestations of violence against the elderly, practiced by family members, such as physical and psychological aggression, neglect, financial exploitation, and abandonment. It also revealed that the strategies used by professionals in fighting violence are: home visits, dialogue with the victim / family and referrals to relevant authorities. Therefore, the difficulties pointed out were: resistance of the individuals involved; fear of exposure and reprisal from family and community, as well as obstacles concerning competent authorities. Thus, we observe that in the USF does not exist a protocol of care and referral for cases identified. Therefore, the strategies adopted by professionals are isolated, far from being a fully and interdisciplinary intervention instituted. Further, we see a disarticulation among the USF and the services that serve the elderly in situations of intrafamiliar violence. For this reason, the results found point out the urgent need for the deployment of a municipality intersectoral networking of support and care for the elderly, with articulated services, involving the Public Prosecution Service, social care, education, security, health, among others. Furthermore, we emphasize that in confronting of intrafamiliar violence against the elderly is necessary to invest in prevention, through strategies that sensitize society, the family and the own elderly, in order to promote an aging according advocated by public policies, without violence and quality of life.

Keywords: Family violence; Elderly; Family Health Program.

LISTA DE SIGLAS

ACD – Atendente de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializada em Assistência Social

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBCCRIM - Instituto Brasileiro de Ciências Criminais

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNI - Política Nacional do Idoso

PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

PSF - Programa de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria das Representações Sociais

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	09
CAPÍTULO 2	
REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Violência: um problema de Saúde Pública	15
2.2 Violência intrafamiliar contra idosos	18
2.3 A Estratégia de Saúde da Família frente à violência intrafamiliar contra idosos.....	25
CAPÍTULO 3	
ABORDAGEM TEÓRICA	30
3.1 A Teoria das Representações Sociais	31
CAPÍTULO 4	
ASPECTOS METODOLÓGICOS	37
4.1 Tipo de pesquisa	38
4.2 Cenário da pesquisa	38
4.3 Participantes da pesquisa	39
4.4 Aspectos éticos e legais da pesquisa	41
4.5 Instrumentos de coleta dos dados	42
4.6 Procedimentos para análise dos dados	43
CAPÍTULO 5	
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1 MANUSCRITO 01: ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS	47
5.2 MANUSCRITO 02: ENFRENTAMENTOS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ANTE A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS	60
CAPÍTULO 6	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES	90
ANEXO	94

CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

(Art. 3º do Estatuto do Idoso)

A violência é caracterizada pelo uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade resultando ou tendo alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) agrupou a violência em três grandes categorias, a saber: violência dirigida a si mesmo, a autoinfligida; violência interpessoal, que se classifica em dois âmbitos: o *intrafamiliar* e o *comunitário*; e violência coletiva (OMS, 2002).

Neste estudo abordamos a violência intrafamiliar contra idosos, que engloba qualquer tipo de relação de abuso praticado no contexto privado da família contra esse grupo. Por sua vez, estes abusos podem ser físicos, psicológicos e sexuais, assim como o abandono, negligências, abusos financeiros e autonegligência (ROCHA, 2009).

O envelhecimento populacional é, hoje, um fenômeno mundial. Nesta perspectiva, na realidade brasileira, em 1940 a população idosa representava 4,1% da população total, e passou a representar 12,1% em 2011. Sendo assim, o contingente, em valores absolutos, aumentou de 1,7 milhão para cerca de 23,5 milhões no mesmo período. Desse modo, observa-se uma tendência demográfica em curso desde os anos 1970, caracterizando mudanças expressivas na estrutura etária da população, no sentido de seu envelhecimento. Isso se traduz, em parte, no envelhecimento das famílias, acarretando mudanças (IPEA, 2012).

Nesse contexto, 1,9 milhão de idosos brasileiros moram na casa de filhos, genros ou outros parentes. Em sua maioria são idosos dependentes, que buscam a ajuda de familiares para lidar com suas dificuldades nas atividades do cotidiano e/ou de renda. Dessa maneira, representam possíveis vítimas de violência familiar e potenciais demandantes de uma política de cuidados (IPEA, 2012).

Sendo assim, ressaltamos que o idoso se torna uma vítima fácil da violência intrafamiliar, por, muitas vezes, depender de seus familiares em diversos aspectos, seja nos cuidados da saúde, nas relações sociais, na dependência financeira ou até mesmo pela simples convivência familiar (GONDIM, 2011). Desse modo, a violência cometida contra os idosos tem tomado grandes proporções na sociedade contemporânea e se tornado mais visível devido ao aumento do número destes na

população, mas também pelas conquistas de direitos em leis e políticas nacionais e internacionais (RIBEIRO, SOUZA, VALADARES, 2012).

No Brasil, os direitos dos idosos são garantidos pela Constituição Federal de 1988, pela Política Nacional do Idoso de 1994, pelo Estatuto do Idoso, de 2003 e, no setor saúde, pela Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999, atualizada em 2006 (SOUZA et al., 2008). Entretanto, embora os idosos estejam amparados legalmente, a violência que os atinge representa a negação dos direitos de cidadania conquistados (RODRIGUES et al., 2010).

Assim, é importante destacar que a violência intrafamiliar contra idosos tem se tornado um grande desafio para a sociedade em geral, e particularmente para o setor saúde, visto que, provoca, além de óbitos, traumas físicos e emocionais, o que cria uma demanda cada vez maior por serviços de saúde (MORAES, APRATTO JUNIOR, REICHENHEIM, 2008).

Por sua vez, os idosos em situação de violência intrafamiliar são atendidos em diversas instituições, como Polícia Militar, Polícia Civil, Delegacias Especializadas, Hospitais, Unidades de Saúde, Programas de Assistência Social, entre outras, as quais buscam obter respostas para o conjunto de suas necessidades, seja no âmbito da saúde ou social.

Diante disso, a Unidade de Saúde da Família (USF), porta de entrada do sistema local de saúde e composta por uma equipe multiprofissional, tem a responsabilidade de assumir o acompanhamento permanente e sistemático de um número determinado de famílias que residem em um território delimitado, permitindo assim, o conhecimento das condições de vida dessa população (AQUINO et al., 2001).

Conseqüentemente, a USF tem importante papel no reconhecimento da violência intrafamiliar contra o idoso, pois oportuniza a equipe maior aproximação as questões que envolvem a violência e constitui-se em referência para o primeiro contato do usuário (SHIMBO, LABRONICI, MANTOVANI, 2011). Assim sendo, os profissionais que compõem as equipes das USF encontram-se em uma posição estratégica para detectar precocemente situações potencialmente geradoras de violência intrafamiliar e as possíveis vítimas. Portanto, a equipe de saúde da família

deve estar capacitada para orientar e dar suporte às pessoas vítimas de violência, ajudando-as a compreenderem, analisarem e tomarem as decisões pertinentes à problemática.

O despertar pelo tema da pesquisa surgiu ainda enquanto acadêmica do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), a partir de experiências inerentes à atuação de bolsista UESB/FAPESB no projeto de Pesquisa: Violência intrafamiliar no contexto das Unidades de Saúde da Família. No projeto eu pude me aproximar mais da temática, direcionando minha atenção, principalmente às violências cometidas contra idosos por seus familiares. Desde então, após leituras sobre o assunto, pude perceber que a maioria dos trabalhos científicos aborda as manifestações da violência intrafamiliar contra idosos por meio de pesquisas quantitativas. Sendo assim, ainda existem poucos estudos que tratam das questões referentes ao enfrentamento de profissionais de saúde diante deste problema que é tão presente no cotidiano dos mesmos.

Diante deste cenário, também se observa que as crenças, informações e comunicações dos profissionais de saúde que lidam com estas situações estão embutidos de representações sociais que repercutem na prática profissional. Por conseguinte, surgiram inquietações acerca das representações sociais e das práticas dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar.

Dessa maneira, a Teoria das Representações Sociais (TRS) orientou esse estudo, visto que as práticas profissionais de saúde ganham sentido e contexto como ações intencionais, institucionalmente localizadas e socialmente determinadas (OLIVEIRA, 2011). Assim, verificamos que a TRS nesta pesquisa é importante para apreensão das construções simbólicas, atitudes e condutas dos profissionais de saúde das USF no enfrentamento da violência intrafamiliar contra o idoso.

Trata-se de uma pesquisa relevante, que retrata a realidade do enfrentamento da violência intrafamiliar contra o idoso no contexto das USF, permitindo aos profissionais envolvidos refletirem sobre suas práticas neste processo, possibilitando

desta forma, o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para atender os idosos vitimizados.

Buscando a compreensão deste fenômeno surgiram os seguintes questionamentos: Quais as representações sociais de profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família sobre a violência intrafamiliar contra o idoso? Quais as práticas desenvolvidas por profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar? Quais os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar?

Nesse sentido, para responder este questionamento foram elaborados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- Compreender as representações sociais e as práticas de profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família sobre a violência intrafamiliar contra o idoso;

Objetivos específicos

- Analisar a estrutura representacional dos profissionais das Unidades de Saúde da Família acerca da violência intrafamiliar contra idosos;
- Descrever as práticas de enfrentamento desenvolvidas por profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar;
- Identificar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DE LITERATURA

Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

(Art. 4º do Estatuto do Idoso)

2.1 – Violência: um problema de Saúde Pública.

Segundo o Relatório da Organização Mundial de Saúde – OMS (2002), a violência constitui o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Para o Ministério da Saúde (MS), “consideram-se como violências, ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais e espirituais a si próprios e aos outros” (BRASIL, 2001a, p. 7).

A ‘violência’ não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer ‘força’ e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material, o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e à busca de domínio e aniquilamento do outro, e que suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por aparatos legais da sociedade ou por usos e costumes naturalizados. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais, circunstâncias –, realidades muito diferentes (MINAYO, 2006, p.13).

A violência pode ser classificada, em três categorias: autoinfligida, interpessoal e coletiva. As violências autoinfligidas incluem os comportamentos suicidas e os autoabusos, que englobam as agressões a si próprio e as automutilações (OMS, 2002).

Com relação às violências interpessoais, são classificadas em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário. A *violência intrafamiliar* acontece entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, incluindo as várias formas de agressão contra a criança, mulher, homem e idoso. Por outro lado, a *violência comunitária* é a que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Dentre as suas várias expressões, destacam-se a violência juvenil, as agressões físicas, os estupros, os ataques sexuais e a violência institucional em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (OMS, 2002).

No que se referem às violências coletivas, estas correspondem aos atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos,

caracterizando a dominação de grupos e do Estado. Incluem-se: crimes cometidos por grupos organizados, atos terroristas, crimes de multidões, guerras, processos de aniquilamento de determinados povos e nações por outros, além de ataques econômicos entre grupos e nações (OMS, 2002).

Nesta perspectiva, Minayo (2006) acrescenta ainda, a violência estrutural, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais. Sendo assim, destaca que é uma violência difícil de ser quantificada, pois aparentemente ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, perpetuando-se nos micro e macroprocessos sociais, repetindo-se e naturalizando-se na cultura, sendo considerada a base para a maioria das violências referidas anteriormente.

Portanto, a violência encontra-se enraizada na cultura, sendo caracterizada pelo exercício de um poder que submete o outro, desconsiderando seu desejo e sua identidade. Constitui uma particularidade do viver social, um tipo de negociação, que por meio do emprego da força ou da agressividade visa encontrar soluções para os conflitos que não se permitem resolver pelo diálogo e pela cooperação (VECINA; MACHADO, 2010).

Sendo assim, não há registros antropológicos de alguma cultura que não possua atos violentos em suas relações interpessoais/intergrupais. Esta é uma construção biopsicossocial e histórico-cultural que, sobretudo, se expressa e ganha força nas disputas de poder e de domínio político, de modo que são direcionados aos grupos minoritários como: mulheres, índios, negros, homossexuais, judeus, crianças, adolescentes e idosos (ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009). No entanto, existem manifestações de violência que são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade (KULLOK, SANTOS, 2009).

As consequências da violência afetam a saúde individual e coletiva e os serviços do setor. As unidades de serviços, antes muito mais orientadas para as enfermidades de origem biomédica, são hoje chamadas para dar respostas às vítimas de lesões e traumas físicos e emocionais, devendo equipar-se para isso. Desse modo,

ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais (BRASIL, 2005).

As mortes por violências, juntamente com as provocadas por acidentes, recebem na Classificação da OMS, o nome genérico de “causas externas”. Assim, as violências e acidentes, ao lado de enfermidades crônicas e degenerativas configuram, na atualidade, um novo perfil no quadro dos problemas de saúde do país, em que se ressalta o peso do estilo de vida, das condições sociais e ambientais e da maior longevidade (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública, no entanto, configura-se em problema para a área, exigindo para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares a este setor (BRASIL, 2005). Deste modo, Minayo e Souza (2003) destacam o quanto a violência tem relação com a saúde, comparando o setor da saúde a um tambor de ressonância das resultantes desse fenômeno, e acrescentando que ele é uma grande encruzilhada para onde convergem todas as lesões e traumas físicos, emocionais e espirituais produzidos na sociedade.

Por sua vez, o fenômeno da violência atinge importante parcela da população de todas as camadas sociais, sendo, na maioria das vezes, subnotificado, cujos dados obtidos até o presente não mostram sua real dimensão. Ainda assim, consiste um problema de grande relevância, que merece atenção e ações de caráter emergencial por configurar-se uma epidemia, ainda que silenciosa (BRASIL, 2008).

Desse modo, a problemática da violência é uma questão complexa que envolve fatores sociais, culturais, econômicos e políticos. Portanto, seu enfrentamento exige ações da família, sociedade, órgãos governamentais e não governamentais. Para tal é preciso dar visibilidade ao problema, "desnaturalizar" a violência e viabilizar políticas públicas eficazes (LEITE, 2005; CASTRO, CARDOSO, VILELA, 2005).

2.2 Violência intrafamiliar contra idosos.

O Estatuto do Idoso considera idoso aquele com idade cronológica igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Brasil está entre os países onde essa parcela da população aumenta rapidamente, sendo que todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira. Assim, de acordo com projeções para o ano de 2025, haverá 46 idosos para cada 100 pessoas menores de 15 anos. Nesse contexto, deixamos de ser o país dos jovens ou o país do futuro, passando a ser um jovem país de cabelos brancos (BRASIL, 2009; VERAS, 2010).

O envelhecimento populacional é, hoje, um fenômeno mundial, resultante das taxas elevadas de crescimento, dada a alta fecundidade prevalecente no passado, comparativamente à atual, e a redução da mortalidade nas idades avançadas. Isso se traduz no aumento do número absoluto e relativo de idosos, no tempo vivido por eles, no envelhecimento de certos segmentos populacionais e no envelhecimento das famílias (IPEA, 2012).

Se por um lado o envelhecimento representa um triunfo da ciência, por outro, uma preocupação e um desafio social, pois o aumento da expectativa de vida resultou na longevidade do ser humano, que veio acompanhada das implicações quando essa se amplia (PINHEIRO, 2011).

Desse modo, reconhece-se que o envelhecimento individual é um processo de perdas físicas, mentais, cognitivas e sociais, o que traz vulnerabilidades. Essas são diferenciadas por sexo, idade, grupo social, raças e regiões geográficas (IPEA, 2012). Assim, com o avançar da idade, os indivíduos ficam expostos, por um tempo maior, a doenças crônico-degenerativas, o que resulta em um número crescente de indivíduos sem autonomia e independência, ocorrendo um aumento na demanda por cuidados (CAMARANO, KANSO, 2010).

Diante disso, a Política Nacional do Idoso – PNI (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), baseadas na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988),

ressaltam que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público, cuidar da pessoa idosa. No entanto, a maior carga de responsabilidade recai sobre a família. Dessa maneira, o adoecimento do idoso transforma a família em cuidadores, sendo este cuidado socialmente construído e, como tal, reflete a cultura familiar e o contexto no qual a família está inserida (ANGELO, 2009 apud RAMOS; MENEZES, 2010).

Entretanto, percebe-se que nas últimas décadas a família vem sofrendo modificações estruturais rápidas como: separações, divórcios, novas uniões, instabilidade financeira, movimentos migratórios nacionais e internacionais em busca de oportunidades de trabalho, participação crescente das mulheres no mercado de trabalho e alteração no número de filhos. Portanto, estas modificações têm gerado uma deterioração da qualidade das relações familiares, contribuindo para um aumento das condições de estresse nos indivíduos e propiciando a manifestação de situações conflituosas (KARSCH, 2003 apud SANTOS et al., 2007; BERZINS, 2008a).

Por conseguinte, constata-se o surgimento de alguns fenômenos cada vez mais comuns, como por exemplo, a violência contra idosos (RODRIGUES et al., 2010). Destarte, boa parte dessa violência ocorre no interior da família e, particularmente, entre as pessoas mais próximas e supostamente queridas (VERAS, 2010).

Nesse sentido, a violência intrafamiliar consiste em toda ação ou omissão que possa prejudicar o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Ela pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro familiar, incluindo as pessoas que apesar de não terem laços consanguíneos, assumem função parental (BRASIL, 2001a). Por sua vez, a violência intrafamiliar contra o idoso acontece como uma quebra de expectativa positiva do idoso em relação àqueles que o cercam, sobretudo os filhos, cônjuges, parentes, cuidadores, a comunidade e a sociedade em geral (LEITE, 2005).

Nesse contexto, os termos *violência*, *maus-tratos* e *abusos* são usados para designar as várias formas de violência intrafamiliar contra idosos, quais sejam: violência física; violência psicológica; abusos financeiros; abuso sexual; abandonos; negligências; autonegligências. Vale ressaltar que estas formas de violência não se

produzem isoladamente, mas fazem parte de uma sequência crescente de episódios (RODRIGUES et al., 2010).

Violência física, abuso físico ou maus-tratos físicos ou agressões físicas - são ações que utilizam a força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou mesmo a morte. As formas mais explícitas de violência física são os socos, tapas, pontapés, empurrões (BRASIL, 2001a; 2006). Constituem a maior parte das queixas das pessoas idosas e costumam acontecer no seio da família, na rua, nas instituições de prestação de serviços, podendo vir acompanhado por outro tipo de violência, como a psicológica (FALEIROS, 2007). A incidência comprovada de abusos físicos no mundo está entre 5% a 10%, dependendo da cultura local (MINAYO, 2008).

Violência psicológica, abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos - correspondem as agressões verbais ou gestuais sistemática, humilhação constante, insultos, infantilização do idoso, privação de informação e isolamento social intencional. Nesse sentido, causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa idosa (BRASIL, 2001a; 2006). Além das supracitadas, também é a falta de diálogo, a intolerância dos jovens e falta de interação com o idoso dentro da própria família. Destaca-se como a violência mais frequente, já que reflete a total falta de compreensão do que é ser idoso e do que é a velhice (PASSARINHO, 2005a).

Faz-se necessário ressaltar, portanto, a importância da **violência psicológica** sob dois aspectos; primeiro, devido ao sofrimento que atribui às suas vítimas, muitas vezes silenciosas; segundo, porque, comprovadamente, impede o bom desenvolvimento físico e mental da vítima, implicando uma destruição ou anulação do outro (PASSARINHO, 2005b).

Estudos médicos mostram que o sofrimento mental provocado por esse tipo de violência pode provocar depressão e até o suicídio. Pobres e dependentes financeira, emocional e fisicamente são os que mais sofrem (MINAYO, 2008). Sendo assim, esse abuso é muito utilizado pelos familiares, sendo geralmente acompanhado por outros tipos de violências, gerando nos idosos sentimentos de frustração (GONDIM, 2011).

Violência econômica ou abuso financeiro - consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos, ocorrendo: retirada da pensão do idoso; uso inadequado do dinheiro da pensão para uso pessoal sem autorização prévia; forçá-lo a assinar uma procuração delegando plenos poderes; forçar a venda de propriedades ou mudança de testamento (BRASIL, 2001a; 2006).

Assim sendo, pesquisa do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM) comprovou que mais de 60% das queixas de idosos à polícia tiveram essa causa. Também se constatou que foram cometidos por familiares em tentativas de conseguir por força procurações para ter acesso a bens patrimoniais; na realização de vendas de seus bens e imóveis sem o consentimento deles; por meio da expulsão do idoso de seu espaço físico e social no qual viveram até então, ou por seu confinamento em algum aposento mínimo em residências que por direito lhe pertence, dentre outras formas de coação (MINAYO, 2008).

Violência sexual ou abuso sexual – refere-se ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterorelacional, utilizando pessoas idosas. Esses abusos visam obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas como aliciamento (BRASIL, 2001a). Esse abuso pode se manifestar juntamente com a violência física ou ameaças (GONDIM, 2011).

O abandono seria uma violência parecida com a negligência, caracterizada pela ausência dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção (BRASIL, 2001a; GONDIM, 2011). É uma das maneiras mais perversas de violência contra a pessoa idosa, apresentando várias facetas. As mais comuns constatadas pelos cuidadores e pelos órgãos públicos que notificam as queixas são: colocá-la num quartinho nos fundos da casa retirando-a do convívio com outros membros da família e das relações familiares; conduzi-la a um abrigo ou a qualquer outra instituição de longa permanência contra a sua vontade; permitir que o idoso sofra fome e passe por outras necessidades básicas (MINAYO, 2008).

Negligência – se refere à falta total de cuidados devidos e necessários aos idosos, que pode acontecer dentro de casa ou de instituições. É a violência mais presente no

país, estando associada a outros abusos que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais (BRASIL, 2001a). De um modo geral, essa agressão deixa o idoso desprotegido em diversos aspectos como na alimentação, no zelo, na saúde, acontecendo em maior dimensão dentre as outras formas de violência intrafamiliar contra a pessoa idosa (MINAYO, 2005).

Autonegligência - é quando o próprio idoso ameaça sua saúde ou segurança recusando ou evitando os cuidados necessários. Pode ser caracterizada pela ideação ou tentativas de suicídio ou por sua efetivação (BRASIL, 2001a). Geralmente, ocorre quando a pessoa idosa está tão insatisfeita com a vida, que deixa de comer direito, de tomar remédio, de cuidar de sua aparência física, de se comunicar, manifestando claramente a vontade de morrer. No Brasil, os processos de autonegligência quase não são notificados (MINAYO, 2008).

Diante do exposto, as consequências extraídas dessas violências, causadas por familiares são incalculáveis e irreparáveis, pois gera na pessoa idosa frustração, medo, depressão, traumas, sentimentos de perda, culpa e de exclusão. O idoso tende a viver com sofrimentos e renega à convivência social (GONDIM, 2011).

Por outro lado, no que diz respeito aos fatores de risco inerentes a violência intrafamiliar contra o idoso pode-se destacar: o ciclo de violência intergeracional – crianças que foram violentadas quando adultos podem propiciar maus tratos aos pais e/ou avós; dependência – alto grau de dependência em todos os sentidos (psicológico, físico, econômico); estresse do cuidador pela dependência do idoso e pela falta de uma rede de suporte familiar mais ampla e o isolamento social – pessoas idosas que vivem sozinhas são menos propensas a serem violentadas, no entanto, podem ser negligenciadas ou autonegligenciadas (ARAÚJO, LOBO FILHO, 2009).

Nesta perspectiva, em estudo realizado no município de Jequié-BA, com o objetivo de identificar fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar, Souza et al. (2004) extraíram fatores ligados ao idoso, ao cuidador e ao ambiente situacional. Sendo assim, os fatores ligados ao idoso foram: idosos mais longevos; idosos mais dependentes de cuidados diretos; idosas mulheres. Quanto aos fatores ligados ao cuidador evidenciaram:

dependência financeira da renda do idoso em cuidado; idade avançada (60 anos e mais); mulher doente ou estressada; cuidador único em cuidado integral. E por fim os fatores ligados ao ambiente situacional: convivência intergeracional; isolamento social; dependências mútuas cuidador/idoso.

A violência que se desenvolve no espaço intrafamiliar é bastante complexa e delicada, sendo extremamente difícil penetrar no silêncio das famílias dos idosos violentados. A insegurança, o medo de represálias oriundos do conflito da consanguinidade, da proximidade, do afeto, do amor, do instinto de proteção em defesa do agressor são alguns exemplos de justificativas para a omissão dos idosos, quando violentados por seus familiares (MENEZES, 1999 apud SANTOS et al., 2007).

Em geral, o idoso vitimizado sente-se permanentemente ameaçado, sendo incapaz de se defender para garantir sua segurança. Além disso, muitos desses indivíduos desconhecem os serviços de assistência e proteção contra violência e não têm quem os ajude na busca de socorro, por isso hesitam em denunciar seus agressores (MENEZES, 1999 apud SANTOS et al., 2007). Dessa realidade surgem outros problemas, como as subnotificações de casos de violência, que se reflete em distorções estatísticas, dificultando a detecção e compreensão de muitas situações fáticas, em prejuízo da adoção de providências adequadas, tanto por parte do poder público, quanto dos próprios familiares eventualmente desconhecedores da violência perpetrada (ROCHA, 2009).

Portanto, ressalta-se que a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa é um problema complexo e social, pois desafia o exercício dos órgãos públicos de combater as agressões desumanas e indignas praticadas contra o mesmo. No entanto, o empecilho que o idoso expõe ao proteger seu agressor familiar retarda a efetivação de seus direitos defendidos pelo Estatuto do Idoso (GONDIM, 2011).

Consequentemente, a violência contra o idoso traz consequências desastrosas não só para a vítima; leva também à destruição das relações familiares, transformando-se em um grande desafio para os serviços de saúde e alto custo para o Estado. Nesse sentido, a violência contra o idoso torna-se ainda mais preocupante quando o acelerado

crescimento dessa população não ocorre em consonância com a criação de medidas que visem garantir a qualidade de vida desses indivíduos (SANTOS et al. 2007).

No Brasil, ainda não se tem ideia da prevalência do problema. No entanto, as características da sociedade brasileira atual, tais como as sérias dificuldades socioeconômicas para um grande segmento populacional, o preconceito contra o envelhecimento e o culto à juventude, fatores reconhecidamente favorecedores da disseminação da violência, fazem crer que o problema seja bastante frequente, tornando de grande relevância no país a temática violência praticada contra os gerontes (APRATTO JÚNIOR, MORAES, 2010).

Diante disso, para a abordagem e redução dos abusos e violências contra as pessoas idosas, é necessário um atuação multisetorial e multidisciplinar e que participe os profissionais da justiça e dos direitos humanos, segurança pública, profissionais da saúde, da assistência social, instituições religiosas, organizações e associações de idosos, poder legislativo, dentre outros atores sociais (ARANEDA, 2007).

Nota-se que a violência contra idosos vem se transformando em um dos principais desafios para a saúde pública (RODRIGUES et al., 2010). Desse modo, o tema da violência está inserido em políticas e leis brasileiras que orientam o atendimento de saúde para idosos, bem como para as vítimas de violência. Essas políticas estabelecem que toda a rede de saúde deve estar sensibilizada e apta a prestar o atendimento adequado às pessoas vítimas de violência (RIBEIRO, SOUZA, VALADARES, 2012).

Para tanto, no Brasil, desde 1994, a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), instituiu a obrigatoriedade da denúncia de “qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso”, e posteriormente o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), no Art. 59, definiu a multa como forma de punição ao profissional de saúde que deixar “de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento”.

2.3 A Estratégia de Saúde da Família frente à violência intrafamiliar contra idosos.

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve início quando o Ministério da Saúde formulou em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a focar a família como unidade de ação programática de saúde, não mais enfocando somente o indivíduo, mas introduzindo a noção de cobertura por família (VIANNA; DAL POZ apud ROSA; LABATE, 2005).

No ano de 1994, surge o PSF como proposta do Ministério da Saúde (MS) para a reversão do modelo assistencial vigente (FRANCO; BUENO; MERHY, 2003). Para o MS, o PSF é uma estratégia que visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social (BRASIL apud ROSA; LABATE, 2005).

Dessa maneira, o PSF pode ser definido como um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que se refere a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (LEVCOVITZ; GARRIDO apud ROSA; LABATE, 2005).

Sendo assim, tem como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. As equipes do PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom

nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL apud ROSA; LABATE, 2005).

Nesse contexto, o PSF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto, o PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando a qualidade de vida da comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Para tanto, a Unidade de Saúde da Família (USF) deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, podendo atuar com uma ou mais equipes, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. A equipe de saúde da família é composta (no mínimo) por um médico da família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Vale lembrar que outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas de acordo com as demandas. É oportuno ressaltar que a operacionalização da equipe de saúde da família deve ser adequada às diferentes realidades locais, sem perder de vistas os seus princípios e diretrizes (AQUINO et al., 2001).

Ressaltando que a violência, nas suas mais diversas manifestações é uma questão de saúde pública, notoriamente reconhecida pela OMS, destaca-se que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ESF, Ambulatórios de especialidades, Serviços de emergência – têm a responsabilidade de atender pessoas vítimas de violência (BERZINS, 2008b).

Desse modo, no contexto da violência intrafamiliar contra idosos, o serviço de saúde é a principal porta de entrada para os casos, cabendo ao profissional de saúde realizar avaliação e abordagem adequadas para caracterização do problema, baseando-se em informações consistentes e conhecimento sobre violência. Essas vítimas devem ser submetidas a exame físico, observando-se aspectos de higiene, vestimentas e lesões

características, como hematomas, lacerações, fraturas e avaliação mental. A história clínica, social e familiar deve ser obtida de forma cuidadosa e individualizada – as vítimas podem apresentar várias reações e sintomas emocionais, comportamentais e somáticos que, mesmo sem serem patognomônicos, com a suspeição, conhecimento e atenção do examinador, podem esclarecer a situação (SOUSA et al., 2010).

Por sua vez, a PNI (BRASIL, 1994) define que a atenção à saúde do idoso tem como porta de entrada a atenção básica/saúde da família. Assim, resgatar o cuidado humano torna-se essencial para os profissionais de saúde da ESF, principalmente quando se trata de cuidado à pessoa idosa que precisa de atenção, carinho e respeito a seus valores culturais, por se encontrar em situação de fragilidade ocasionada pela violência (ROCHA et al., 2011).

Diante disto, Castro e Cardoso (2005) ressaltam a necessidade de identificar as situações com potencial de risco, observando sinais como: abandono ou ausência de cuidador por longos períodos; conflitos recentes na família; problemas na administração de medicamentos; demanda elevada ou retardo na busca pelos serviços de saúde; presença de lesões sem explicações compatíveis; e divergência entre a história contada pelo idoso e o relato dos cuidadores. Do mesmo modo, é muito importante considerar os fatores que envolvem a família, o agressor e a pessoa idosa, pois as violências não ocorrem de forma desvinculada das relações familiares. Por isso, a intervenção deve ser feita considerando os aspectos culturais e sociais do idoso e da família (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2007; BERZINS, 2008a).

Nesse sentido, salienta-se a importância da equipe de saúde da família conhecer a realidade das famílias atendidas, identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns a que elas estão expostas; valorizar a relação com o usuário e com a família, para criar vínculo de confiança; realizar visitas domiciliares; prestar assistência integral à população adstrita e priorizar as ações de proteção e promoção à saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2007).

Os profissionais de saúde em muitas situações são as únicas pessoas que têm contato com as pessoas idosas e muitos deles são os únicos que são autorizados a

entrar nas casas e domicílios dos idosos. Sendo assim, a responsabilidade destes profissionais aumenta muito na prevenção nas diversas situações de violência (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2007). Portanto, as ações de prevenção se tornam a melhor estratégia no enfrentamento da violência no contexto das USF.

Desse modo, segundo Castro e Cardoso (2005), a prevenção denota em prever situações com potencial de riscos, realizando-se basicamente em três dimensões: primária, secundária e terciária. A prevenção primária focaliza a eliminação ou redução dos fatores sociais, culturais e ambientais que favorecem os maus-tratos. Na atenção básica, encontramos espaço propício para uma série de atuações que vão desde a identificação de famílias com potencial de risco, até o aprofundamento da temática nos diversos programas de saúde oferecidos. Neste bojo, entende-se que a prevenção deve instrumentalizar para a elaboração de estratégias de resolução dos conflitos domésticos (CASTRO, CARDOSO, 2005).

A prevenção secundária atua em situações já existentes de caráter leve até moderado, viabilizando suporte e encaminhamento dos casos, impedindo a sua repetição e/ou agravamento. Por último, a prevenção terciária se refere ao acompanhamento integral e tratamento das situações severas realizados por profissionais especializados, em serviços específicos, com o objetivo de evitar as sequelas mais graves (CASTRO, CARDOSO, 2005).

Sendo assim, os mesmos autores enfatizam que na atenção básica, o serviço tem a possibilidade de acompanhar famílias ao longo do tempo, permitindo perpassar todos os estágios do ciclo de vida. Logo, a equipe da ESF se torna uma importante aliada na execução de estratégias de enfrentamento da violência, a nível primário e secundário, por tornar possível um acompanhamento/monitoramento das situações vividas pelos sistemas familiares.

Destaca-se então, que a ESF deve ter lugar de destaque nas propostas que visem à atuação dos serviços de saúde, tanto na detecção precoce do problema como na interrupção de uma situação já instalada (APRATTO JÚNIOR, MORAES, 2010). Advertindo que, de acordo com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade

por Acidentes e Violências - PNRMAV (BRASIL, 2001b), a assistência oferecida às vítimas desses eventos deve ser orientada por protocolos baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, amplamente divulgados para os profissionais, unidades e serviços de saúde.

Portanto, a equipe de saúde da família deve estar capacitada para orientar e dar suporte aos idosos vítimas de violência intrafamiliar, ajudando-os a compreenderem, analisarem e tomarem as decisões pertinentes à problemática. Esse suporte deve agregar a rede de serviços especializados das áreas de saúde, social, de segurança e justiça e da comunidade envolvendo as associações de moradores, os grupos de mulheres, os grupos religiosos, dentre outros.

CAPÍTULO 3

ABORDAGEM TEÓRICA

O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social [...].

(Art. 4º do Estatuto do Idoso)

3 A Teoria das Representações Sociais.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) teve seu início na França, na década de 1950, quando o pesquisador Serge Moscovici buscou entender como a psicanálise, uma ciência nova, era compreendida pela sociedade dessa época. A partir desse estudo, o autor conseguiu compreender como um objeto científico torna-se senso comum. Esse fato foi levado a público em sua obra "A psicanálise, sua imagem e seu público", que lhe concedeu o título de "pai das representações sociais" (MOSCOVICI, 1978).

As representações sociais são definidas por Moscovici (1978, p. 26) como “uma modalidade de conhecimento particular que tem como função a elaboração de comportamentos entre indivíduos”. Nesse sentido, as representações individuais, quando compartilhadas com o grupo de pertença, tornam-se sociais, favorecendo não somente a compreensão de uma realidade nova, como também sua aceitação.

Para Jodelet (2001, p. 22), as representações sociais são “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, que tem objetivo prático e contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Desse modo, elas intervêm em processos variados, tais como: difusão e assimilação dos conhecimentos; desenvolvimento individual e coletivo; definição das identidades pessoais e sociais; expressão de grupos; e as transformações sociais (JODELET, 2001).

Nesse contexto, na esfera social, circulam duas formas de conhecimento: o reificado e o consensual. O primeiro se refere ao conhecimento científico e é tido como um saber “autêntico” que não admite contradição, restrito a uma pequena parcela da comunidade – a científica. Já o segundo diz respeito ao conhecimento popular, sendo denominado saber “ingênuo”, ou como é conhecido universalmente “senso comum”, uma forma de saber presente na maioria da população (MOSCOVICI, 1978).

O senso comum é mencionado por Moscovici (2003) como uma forma de conhecimento produzido espontaneamente pelos membros de um grupo e fundado na

tradição e no consenso. Jodelet (2001) o refere como uma forma de conhecimento que é diferente do científico, porém, é tido como objeto de estudo igualmente legítimo, por ter relevância para a vida social e por favorecer o entendimento dos processos cognitivos e das interações sociais. No entanto, o conhecimento reificado serve como uma forma de matéria-prima para a construção do saber consensual, mas, apesar desta relação, o senso comum não representa na íntegra o conhecimento reificado, sendo uma nova forma de conhecimento que gera atitudes, opiniões e crenças (SÁ, 1998).

Por sua vez, toda representação é de alguém e de alguma coisa, se refere a um objeto e tem um conteúdo, sendo que o alguém que a formula é um sujeito social imerso em condições específicas de seu espaço e tempo (JODELET, 2001). Sendo assim, alguns fatores podem ser levados em consideração na produção das representações, que são: a cultura, a comunicação, a linguagem, e a inserção socioeconômica, institucional, educacional e ideológica.

Dessa maneira, as representações sociais são abordadas como um produto e um processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e de elaboração psicológica e social dessa realidade (JODELET, 2001). De fato, representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual um sujeito se reporta a um objeto (OLIVEIRA, 2011).

Para Vala (2006, p. 461), uma representação é social no sentido em que é coletivamente produzida, ou seja, as representações sociais são um produto das interações e dos fenômenos de comunicação no interior de um grupo social, refletindo a situação desse grupo, os seus projetos, problemas e estratégias e as suas relações com outros grupos. Portanto, a teoria das representações sociais propõe a análise do processo através do qual os indivíduos e a sociedade constroem teorias e produzem sentido sobre objetos sociais, levando a construção de comportamentos (MOSCOVICI, 2010).

A construção das representações sociais parte de dois processos: a objetivação e a ancoragem. Estes processos se articulam com o propósito de assegurar as três funções fundamentais das representações sociais: incorporação do estranho ao novo, interpretação da realidade e orientação dos comportamentos (NÓBREGA, 2001).

Por sua vez, a objetivação tem como função dar materialidade a um objeto abstrato e consiste em reproduzir um conceito em uma imagem. Ou seja, é uma operação imaginante, pela qual se dá uma forma específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando-o concreto, quase tangível, o conceito abstrato, materializando a palavra (SÁ, 1993). Neste sentido, a objetivação consiste em dar corpo aos pensamentos, tornar o impalpável em palpável, ou seja, é o processo que tem como finalidade tornar o abstrato, concreto (NÓBREGA, 2001).

Por outro lado, a ancoragem ocorre simultaneamente à objetivação, sendo definida como as âncoras de sustentação de uma representação. Sendo assim, a premissa do tratamento das informações pelos homens está fundamentada em experiências pré-existentes, portanto, a assimilação de novas representações constitui-se de maneira dinâmica, por permitir a inclusão de novos elementos e simultaneamente alterar as representações antigas, para, conseqüentemente, produzir novas representações (VALA; MONTEIRO, 2006).

O ancoramento propicia, em síntese, uma espécie de conforto ao sujeito, na aceitação do estranho, do diferente. Nesse processo, insere-se a questão da representação dos seres, dos objetos e dos conhecimentos. Ou seja, a ancoragem revela a intervenção social na representação; integra, cognitivamente, o objeto a um sistema de pensamento social pré-existente, seja generalizando-o, seja particularizando-o (MOSCOVICI, 2003). Dessa maneira, a ancoragem permite ao indivíduo integrar o objeto da representação em um sistema de valores que lhe é próprio, denominando e classificando-o em função dos laços que este objeto mantém com sua inserção social (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2011).

Esta compreensão da realidade representada permite convalidar, conforme Abric (2000), as representações sociais com quatro funções específicas: saber, orientação, identitária e justificadora. A função do *saber* permite compreender e explicar a realidade a partir do saber prático do senso comum. A função de *orientação* é a que faz com que uma representação social reflita as regras do comportamento e práticas, definindo o que é lícito, tolerável e inaceitável num dado contexto. Podendo

também, além de refletir, determinar o comportamento de um grupo de pertença acerca de determinada situação ou relação, antecipando a ação (ABRIC, 2000).

Para Abric (2000), a função *identitária*, além de situar o indivíduo dentro de um campo social, definindo a identidade do grupo e permitindo a proteção da especificidade dos grupos, também tem importante papel nos processo de socialização, à medida que identifica o indivíduo em seu grupo de pertença. A função *justificadora* permite explicar decisões e comportamentos de determinado grupo, justificando comportamentos e atitudes adotadas diante de outro grupo.

Nesse contexto, a denominada Grande Teoria, proposta por Moscovici, possui três possíveis correntes teóricas, expressas por: Jodelet com delineamento mais próximo da teoria original; Doise sob uma perspectiva mais sociológica; e Abric com destaque para os aspectos cognitivos e estruturais das representações (SÁ, 1998). Diante disso, neste estudo foi empregada a vertente estrutural proposta por Abric (2000), também conhecida como Teoria do Núcleo Central, e a abordagem processual proposta por Jodelet (1998).

A teoria do núcleo central não pretende substituir a abordagem primeira, mas sim, proporcionar um corpo de proposições que contribua para uma melhor especificação cognitivo-social da grande teoria. Desta forma, identificada a estrutura representacional do objeto de estudo pretendido pode-se conhecer, através do sistema central, que elementos estão cauterizados, utilizando-se do senso comum, como norteadores desta representação. O sistema central permitirá identificar o eixo mor que direciona e organiza condutas, gera sentidos e atitudes quando os indivíduos são confrontados com o objeto representado (SÁ, 1996).

Para Abric (2000), o conteúdo da representação se organiza em dois sistemas: um central e um sistema periférico. O núcleo central desempenha duas funções, a função geradora pela capacidade de criar, transformar e fornecer sentido a uma representação; e a função organizadora com a definição de unificar e estabilizar uma representação ao estabelecer elos entre os elementos significativos. Desse modo, é ao sistema central que cabe determinar a organização da representação e assim gerar a significação dos elementos; pois as representações podem incluir divergências

individuais, ao mesmo tempo em que se encontram organizadas em torno de um nó central coletivamente compartilhado (VALA, 2006).

Entretanto, o sistema periférico, reflexo das características individuais e do contexto cotidiano imediato, possui como características: a flexibilidade, heterogeneidade e admite novas experiências e histórias individuais. Admite três funções: concretização, regulação e de defesa. A função de concretização, identificada pela conexão do núcleo central com a realidade; função de regulação, por permitir a representação se adaptar ao contexto imediato; e funções de defesa do núcleo central, os sinais de mudança de uma representação podem ser encontrados nesse sistema, tolerando elementos novos e até contraditórios, pois se ocorrer mudança no núcleo central gera uma alteração em toda a representação (ABRIC, 2000).

Por outro lado, segundo Jodelet (1998), é relevante se conhecer o processo de assimilação ou não assimilação das informações, por ser importante a apreensão informal sobre determinados objetos que ainda são conflituosos, fazendo-se necessário considerar “os sistemas de noções, valores e modelos de pensamentos e de conduta que os indivíduos aplicam para se apropriar dos objetos de seu ambiente, particularmente aqueles que são novos” (p. 26).

Ainda Nóbrega (2001) destaca que a caracterização das representações sociais como um processo criativo, de elaboração simbólica e cognitiva, serve de orientação para o comportamento das pessoas.

No campo da saúde a TRS vem sendo discutida principalmente em estudos nos quais importe ter acesso ao conhecimento que o grupo utiliza para interpretar os problemas e justificar suas práticas profissionais. Sendo assim, trabalhar com representações sociais significa nos termos adequados à saúde, reconhecer a existência de uma forma específica de saber, denominada conhecimento do senso comum, e suas ligações com a constituição de um saber técnico-profissional específico (OLIVEIRA, 2011).

Nesse contexto, Rodrigues et al. (2010) ressaltam que a compreensão da realidade comum no grupo social a ser estudado configura-se uma via de apreensão de uma realidade social singular que poderá servir de base para a realização de futuras

estratégias de ação que visem à melhoria da implementação de políticas institucionais eficazes para o grupo estudado.

Por isso, compreender a subjetividade social envolvida na violência intrafamiliar contra pessoas idosas, na perspectiva dos profissionais de saúde da ESF que lidam com a problemática, pode apontar pistas importantes para um atendimento mais integral a essa população.

CAPÍTULO 4

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.

(Art. 4º do Estatuto do Idoso)

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa com abordagem multimétodos, descritivo-exploratória, de natureza qualitativa e quantitativa, desenvolvida com o suporte da Teoria das Representações Sociais, a partir de duas vertentes complementares: a perspectiva estrutural ou também chamada de Teoria do Núcleo Central, proposta por Abric (2000), e a processual proposta por Jodelet (1998).

Vale ressaltar que as representações sociais não estão atreladas a delimitações restritas de pesquisa, pois permitem agregar distintos e compatíveis métodos de investigação para se aproximar da apreensão dos universos dos sujeitos.

Diante disso, a pesquisa descritiva objetiva a descrição de características de determinado fenômeno; já a pesquisa exploratória visa esclarecer, criar mais familiaridade em relação ao fato, fenômeno ou processo (SANTOS, 2007).

Nesta perspectiva, Severino (2007) acrescenta que a pesquisa exploratória busca levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando um campo de trabalho que permita mapear as condições de manifestação do objeto, no entanto, a pesquisa descritiva admite, além de registrar e analisar os fenômenos estudados, suas causas através da interpretação por métodos qualitativos.

A pesquisa qualitativa aproxima o pesquisador da realidade dos atores sociais para compreender o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes relacionados ao processo das relações humanas que não podem ser quantificados (MINAYO, 2010). Por outro lado, a abordagem quantitativa utiliza experimentos, lida com números, usa modelos estatísticos para explicar os dados (TURATO, 2005).

O procedimento quantitativo utilizado neste estudo restringiu-se ao tratamento estatístico realizado com os dados obtidos através da técnica de evocações livres de palavras. Entretanto, os seus resultados foram analisados qualitativamente assim como os discursos que emergiram da entrevista semiestruturada.

4.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Jequié, situado na região sudoeste do Estado da Bahia, distando 364 km da capital, Salvador, entre a zona da mata e a caatinga, tendo por isto um clima quente e úmido. Possui uma área

total de 3.227km², com uma população de 151.895 habitantes, segundo o recenseamento de 2010 (IBGE, 2010).

No período de coleta de dados do estudo, que ocorreu entre os meses de maio e julho de 2012, existiam implantadas 27 equipes de saúde da família distribuídas em 18 USF, sendo duas na zona rural e as demais na zona urbana.

Os critérios de inclusão utilizados para definir as USF que fizeram parte da pesquisa foram: equipe mínima completa, segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde; equipes com o tempo mínimo seis meses de implantação; equipes com os profissionais com no mínimo seis meses de atuação na unidade; equipes da zona urbana. Dessa forma, não utilizamos as duas unidades da zona rural, participando apenas 25 equipes de saúde da família do nosso estudo, distribuídas em 16 USF.

4.3 Participantes da pesquisa

Tendo em vista que as representações sociais são formas de conhecimento elaboradas coletivamente por um grupo social, os sujeitos deste estudo foram profissionais de saúde que atuam nas USF, compreendidos por: enfermeiro, médico, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD), auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Utilizamos como critério de seleção dos profissionais aqueles que possuíam no mínimo seis meses de atuação profissional na USF, e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

Por se tratar de um estudo multimétodos, para cada uma das técnicas de coleta de dados utilizou-se um número diferente de representantes da ESF. Para a técnica de evocações livres de palavras, coletamos os dados de 81 profissionais de saúde das equipes de saúde da família, os quais se adequaram aos critérios de inclusão da pesquisa. Dentre estes, escolhemos de maneira aleatória os profissionais para participarem da entrevista semiestruturada. Desta forma, na entrevista semiestruturada contou-se com a participação de 22 profissionais. Contudo, é importante destacar que, para todos os informantes, o primeiro instrumento a ser coletado foi à técnica de evocações, no intuito de evitar que esta fosse influenciada pela entrevista.

Tabela 01 – Caracterização dos profissionais de saúde atuantes nas USF, que participaram da pesquisa. Jequié, 2012.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA		
SEXO	Nº	%
M	9	11,1
F	72	88,9
FAIXA ETÁRIA	Nº	%
20 - 29 anos	12	14,8
30 – 39 anos	33	40,7
40 – 49 anos	25	30,8
> 50 anos	10	12,3
ESCOLARIDADE	Nº	%
Nível Fundamental	1	1,2
Nível Médio	40	49,4
Nível Superior	40	49,4
CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº	%
ACS	22	27,1
ACD	4	4,9
Auxiliar/Técnica de enfermagem	22	27,1
Enfermeiro (a)	21	25,9
Médico (a)	7	8,6
Odontólogo (a)	5	6,1
TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO	Nº	%
9 meses - 4 anos	35	43,2
5 – 8 anos	34	41,9
8 – 16 anos	11	13,5

Na tabela 01 podemos evidenciar que há uma prevalência do sexo feminino entre os participantes do estudo, correspondendo a 88,9% (72) da amostra. Quanto à faixa etária, 40,7% (33) dos profissionais de saúde da ESF tem idade entre 30 e 39 anos, 30,8% (25) apresentam idade entre 40 e 49 anos, 14,8% (12) entre 20 e 29 anos e 12,3% (10) apresentam idade acima de 50 anos, sendo importante salientar que um dos entrevistados não informou sua idade por questões de privacidade.

Quanto à escolaridade, a porcentagem de profissionais de nível médio e superior foi igual. Os dois representaram 40,9% (40). O nível fundamental teve apenas 1,2% (1).

A representatividade de cada categoria profissional dos informantes do estudo apresentou-se da seguinte forma: 27,1% (22) de ACS; 27,1% (22) de Auxiliares/Técnicos de enfermagem; 25,9% (21) de Enfermeiros (as); 8,6% (7) de Médicos (as); 6,1% (5) de Odontólogos (as) e por fim, 4,9% (4) de ACD.

Outra variável que está sendo apresentada nessa tabela é o tempo de atuação na Unidade de Saúde da Família que representa, onde 43,2% (35) atuam de nove (9) meses a quatro (4) anos; 41,9% (34) atuam de cinco (5) a oito (8) anos e 13,5% (11) atuam de oito (8) a dezesseis (16) anos. Sendo possível notar que a maioria dos profissionais tem menos de cinco (5) anos atuando na ESF da qual faz parte.

4.4 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Este estudo foi desenvolvido respaldando-se na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), regulamentadora das pesquisas com seres humanos, considerando a observância da beneficência, não maleficência, ausência de riscos e prejuízos, com garantia do anonimato aos sujeitos do estudo.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) e somente após o parecer favorável nº 13355/2012 (ANEXO A) é que se deu início à coleta dos dados.

Após aprovação do CEP/UESB foi encaminhado ofício à Secretaria Municipal de Saúde para que fosse emitida uma autorização para a coleta de dados nas USF.

Após a autorização da Direção do Departamento de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, a coleta foi iniciada.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e à metodologia proposta, bem como o direito de acesso aos dados colhidos, se desejassem. Ao aceitarem participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), do qual receberam uma cópia, enquanto outra foi arquivada pelos pesquisadores. Com a finalidade de manter o anonimato, a identificação dos sujeitos ocorreu no decorrer da pesquisa utilizando-se a letra “I” de Informante, acompanhada do número da entrevista, como exemplo: I1, I2, I3.

4.5 Instrumentos de coleta dos dados

O período de coleta de dados ocorreu de maio a julho de 2012, na qual se optou por utilizar dois instrumentos: a técnica de evocação livre de palavras (APÊNDICE B) e a entrevista semiestruturada (APÊNDICE C).

A evocação livre de palavras é considerada a técnica para coleta dos elementos constitutivos (centrais e periféricos) do conteúdo das representações. Tal técnica possibilita colocar em evidência a saliência e a importância hierárquica dos elementos da representação (SÁ, 1996). Também permite destacar o universo semântico do objeto estudado, assim como a sua dimensão imagética de forma mais rápida e objetiva (OLIVEIRA et al., 2005).

Ainda, Nóbrega e Coutinho (2003) acrescentam que a evocação livre de palavras é uma técnica que supõe que a estrutura psicológica do indivíduo torna-se palpável através das manifestações de condutas, reações, evocações, escolhas e criação, constituindo-se em possibilidade reveladora à personalidade. Permite aos pesquisadores identificar as dimensões latentes nas representações, através da configuração dos elementos que constituem a trama ou rede associativa dos conteúdos evocados, em relação ao estímulo indutor utilizado.

Assim sendo, metodologicamente, a técnica de evocação livre tem por objetivo apreender a percepção da realidade de um grupo social a partir de uma composição semântica preexistente. Esta composição é, geralmente, muito concreta e imagética, organizada ao redor de alguns elementos simbólicos simples, que substitui ou orienta a informação objetiva ou a percepção real do objeto de estudo (BARDIN, 1977 apud OLIVEIRA et al., 2005).

Desse modo, a aplicação da técnica consistiu em solicitar aos sujeitos que evocassem cinco palavras ou expressões quando ouvisse o termo indutor *violência intrafamiliar contra idosos*, sendo as mesmas imediatamente registradas pelo informante ou pelo pesquisador em impresso próprio e classificadas pelos sujeitos da mais para a menos importante.

Por outro lado, a entrevista semiestruturada representa um instrumento de coleta dos dados que permite direcionar questões pré-elaboradas para a apreensão de determinado conteúdo, especialmente utilizado nas investigações de enfermagem. Por ser semiestruturada permite o acréscimo ou direcionamento de outras questões não presentes no roteiro para atingir o objetivo do estudo. Segundo Triviños (2009), a entrevista semiestruturada permite a descrição, explicação e compreensão global de um fenômeno pesquisado, possibilitando gerar uma interface de comunicação entre o pesquisador e o informante do estudo acerca de um tema específico.

Diante disso, observamos que nesse tipo de entrevista o entrevistador adquire uma flexibilidade nas suas perguntas, obtendo dos entrevistados informações muitas vezes mais ricas do que o esperado. Sendo assim, as entrevistas semiestruturadas, realizadas após a aplicação da técnica de evocações, foram guiadas por um roteiro. O roteiro da entrevista foi composto por duas partes: a primeira referente à caracterização dos sujeitos do estudo, através do seu perfil sociodemográfico e educacional; e a segunda era composta com questões abertas. Por fim, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

4.6 Procedimentos para análise dos dados

Deste estudo emergiram dois tipos de dados: as informações provenientes da técnica de evocações livres de palavras e as transcrições das entrevistas. Para tanto, foi

preciso elaborar um procedimento de análise com base no referencial teórico e metodológico utilizado com propósito de responder os objetivos do estudo.

As palavras provenientes da técnica de evocações de palavras foram digitadas e agrupadas em ordem alfabética, gerando um dicionário que norteou a categorização das evocações, agrupando palavras com significado semelhante. O produto das evocações foi organizado previamente, constituindo um corpus para análise.

O material foi, então, tratado pelo software EVOC (versão 2003), que possibilita efetuar a organização dos termos produzidos em função da hierarquia subjacente à frequência e à ordem média de evocação (OME) e favorece a construção do quadro de quatro casas. O programa calcula e informa para o conjunto do corpus, a frequência simples de cada palavra evocada, as ordens médias de evocação/importância de cada palavra e a média das ordens médias de evocação/importância ou rang (OLIVEIRA et al., 2005).

A utilização do programa gerou relatórios que possibilitaram a construção do quadro de quatro casas criado por Vergès (VERGÈS, 1994). Essa técnica, ao combinar dois atributos relacionados às palavras ou às expressões evocadas, que são a frequência e a ordem em que foram evocadas, possibilita a distribuição dos termos produzidos segundo a importância atribuída pelos sujeitos (OLIVEIRA et al., 2005).

O quadro de quatro casas corresponde a quatro quadrantes com diferentes conjuntos de termos. No quadrante superior esquerdo ficam situados os termos verdadeiramente significativos para os sujeitos e que constituem, provavelmente, o núcleo central da representação estudada. O quadrante superior direito denomina-se primeira periferia; no inferior esquerdo, localizam-se os elementos de contraste; e as palavras localizadas no quadrante inferior direito constituem a segunda periferia da representação (VERGÈS, 1994; SÁ, 1996; OLIVEIRA et al., 2005).

Os termos presentes no núcleo central possuem maior frequência de evocações e menor rang que, como já referido, se refere à média das ordens médias de importância neste trabalho. Entre os elementos da segunda periferia ocorre o inverso, com palavras evocadas menos frequentemente e com maior rang. Os elementos de contraste apresentam uma frequência de evocação inferior à frequência média das

palavras e um rang inferior ao rang médio, e os elementos da primeira periferia possuem uma frequência maior que a frequência média e um rang também maior (OLIVEIRA et al., 2005).

Os dados provenientes das entrevistas foram analisados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática. Segundo Bardin (2010, p. 37) a análise de conteúdo é entendida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter através dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção destas mensagens”.

A análise das entrevistas seguiu as seguintes fases: 1ª fase ou pré-análise: realização de leitura flutuante permitindo uma familiarização com o conteúdo, tornando-o mais claro, além de iniciar-se a construção do corpus, composto por representar os documentos necessários para a análise; 2ª fase de exploração do material: conclusão da preparação do material para análise, constituição do corpus, utilizando os meios eletrônicos e bibliográficos; 3ª fase de tratamento e análise: os resultados obtidos nas etapas anteriores permitiram a descrição dos achados da pesquisa, expresso quantitativamente e qualitativamente, com a categorização e interpretação dos dados (BARDIN, 2010).

CAPÍTULO 5

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

(Art. 4º do Estatuto do Idoso)

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa no formato de dois artigos científicos elaborados segundo as normas dos periódicos selecionados para submetê-los.

Os temas abordados nos artigos contemplam os objetivos propostos no estudo, possibilitando conhecer as representações sociais e as práticas dos profissionais de saúde das USF no enfrentamento da violência intrafamiliar contra idosos.

Sendo assim, o primeiro artigo, *Estrutura representacional de profissionais da estratégia de saúde da família sobre violência intrafamiliar contra idosos*, responde ao seguinte objetivo específico: Analisar a estrutura representacional dos profissionais das Unidades de Saúde da Família acerca da violência intrafamiliar contra idosos.

O segundo artigo, intitulado *Enfrentamento da violência intrafamiliar contra idosos pelos profissionais de saúde* responde aos seguintes objetivos específicos: Descrever as práticas de enfrentamento desenvolvidas por profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar; Identificar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar.

5.1 MANUSCRITO 01: ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS.

O manuscrito será submetido à Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

**ESTRUTURA REPRESENTACIONAL DE PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE VIOLÊNCIA
INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS.**

**THE REPRESENTATIONAL STRUCTURE OF HEALTH PROFESSIONALS
ABOUT INTRAFAMILIAR VIOLENCE AGAINST SENIORS.**

Elisama Nascimento Rocha
Alba Benemérita Alves Vilela

RESUMO: O estudo objetiva analisar a estrutura representacional de profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra idosos. Pesquisa descritiva, exploratória, de natureza quali-quantitativa, desenvolvida entre maio e julho de 2012, com suporte na perspectiva estrutural da Teoria das Representações Sociais. Participaram 81 profissionais atuantes em 16 Unidades de Saúde da Família (USF), de Jequié-BA. Utilizou-se a evocação livre de palavras e a entrevista semiestruturada na coleta dos dados. As evocações foram processadas pelo software EVOC 2003 e as entrevistas submeteram-se à Análise de Conteúdo Temática. A estrutura representacional mostrou-se caracteristicamente negativa, sustentada por dimensões que retratam o enfrentamento dos profissionais diante das práticas de violência intrafamiliar contra idosos, identificadas no cotidiano de trabalho das USF. O conhecimento desta representação possibilita um direcionamento aos profissionais e gestores na elaboração de estratégias de promoção e prevenção no contexto familiar e social.

Palavras-chaves: Violência; Família; Idoso; Profissionais de saúde.

ABSTRACT: This study objects to analyze the representational structure of health professionals about intrafamiliar violence against seniors. It was a quali-quantitative research of the exploratory and descriptive kinds, accomplished from may to july 2012, supported by the Theory of Social Representations. The participants of the study were 81 professionals from 16 Family Health Care Units, in Jequié- BA. The data collection technique consisted of free evocation of words and semi-structured interview. For evocation analysis were used EVOC 2003 and the interviews were analyzed by the thematic content technique. The representational structure were characteristically negative, supported by the dimensions that shows the challenges of the professionals in front of intrafamiliar violence against seniors, identified at the Family Health Care Units. The representation knowledge gives a direction to the professionals and managers about the development of strategies of promotion and prevention in familial and social context.

Keywords: Violence; Family; Seniors; Health Professionals.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é, hoje, um fenômeno mundial. Nesta perspectiva, na realidade brasileira, em 1940 a população idosa representava 4,1% da população total, e passou a representar 12,1% em 2011. Sendo assim, o contingente, em valores absolutos, aumentou de 1,7 milhão para cerca de 23,5 milhões no mesmo período. Desse modo, observa-se uma tendência demográfica em curso desde os anos 1970: mudanças expressivas na estrutura etária da população, no sentido de seu envelhecimento. Isso se traduz, em parte, no envelhecimento das famílias, acarretando mudanças¹.

Nesse contexto, 1,9 milhão de idosos brasileiros moram na casa de filhos, genros ou outros parentes. Em sua maioria são idosos dependentes, que buscam a ajuda de familiares para lidar com suas dificuldades nas atividades do cotidiano e/ou de renda. Dessa maneira, representam possíveis vítimas de violência familiar e potenciais demandantes de uma política de cuidados¹.

A violência intrafamiliar contra idosos engloba qualquer tipo de relação de abuso praticado no contexto privado da família contra esse grupo. Esta pode ser de natureza física, psicológica, financeira, sexual ou material, repercutindo na qualidade de vida do idoso². Por sua vez, representa um grande desafio para a sociedade em geral, e particularmente para o setor saúde, visto que, provoca, além de óbitos, traumas físicos e emocionais, o que cria uma demanda cada vez maior por serviços de saúde³.

Diante disso, a Unidade de Saúde da Família (USF), porta de entrada do sistema local de saúde, e composta por uma equipe multiprofissional, tem a responsabilidade de assumir o acompanhamento permanente e sistemático de um número determinado de famílias que residem em um território delimitado, permitindo assim, o conhecimento das condições de vida dessa população⁴.

Assim, os profissionais de saúde que compõem as equipes das USF encontram-se em uma posição estratégica para detectar precocemente situações potencialmente geradoras de violência intrafamiliar e as possíveis vítimas. Desta forma, percebe-se que as crenças, informações e comunicações dos profissionais de saúde que lidam com

estas situações estão embutidos de representações que repercutem na prática profissional.

Portanto, neste estudo, definiu-se como objetivo analisar a estrutura representacional dos profissionais das unidades de saúde da família acerca da violência intrafamiliar contra idosos.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem multimétodos, descritiva, exploratória, de natureza qualitativa e quantitativa, desenvolvida com o suporte da Teoria das Representações Sociais, a partir de uma teoria complementar, a perspectiva estrutural ou também chamada de Teoria do Núcleo Central, proposta por Abric⁵.

A representação é constituída por um conjunto de crenças, informações, opiniões e atitudes de um grupo com características semelhantes, a propósito de um dado objeto social. Esse conjunto de elementos se organiza, estrutura e se constitui em um sistema sociocognitivo de tipo específico⁵.

A Teoria do Núcleo Central propõe a organização das representações sociais ao redor de seu núcleo central, sendo este o elemento que subsidia seu sentido fundamental e inflexível. Assim, como característica ontológica de um núcleo central de determinada representação, ressalta-se a natureza do objeto representado, o tipo de relações que o grupo mantém com este objeto e o sistema de valores e padrões sociais que constituem o ambiente de vida, em sua dimensão objetiva e subjetiva, do indivíduo e do grupo⁶.

O estudo foi realizado em dezesseis USF do município de Jequié-BA, as quais foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios: equipe mínima completa, segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde; equipes com o tempo mínimo de seis meses de implantação; equipes com os profissionais com no mínimo seis meses de atuação na unidade; equipes da zona urbana.

Tendo em vista que as representações sociais são formas de conhecimento elaboradas coletivamente por um grupo social, os sujeitos deste estudo foram 81 profissionais de saúde atuantes nas USF, compreendidos entre: 27,1% (22) Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 27,1% (22) Auxiliares/Técnicas de enfermagem; 25,9% (21) Enfermeiros (as); 8,6% (7) Médicos (as); 6,1% (5) Odontólogos (as) e 4,9% (4) Atendentes de Consultório Dentário (ACD).

O estudo obedeceu aos princípios éticos preconizados pela Resolução nº 196/96. Obteve-se: aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob protocolo nº 13355/2012; autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié para a execução da coleta de dados; e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte de cada sujeito participante. O período de coleta de dados ocorreu de maio a julho de 2012, em que se optou por utilizar dois instrumentos: a técnica da evocação livre de palavras e a entrevista semiestruturada.

A evocação livre de palavras é considerada a técnica para coleta dos elementos constitutivos (centrais e periféricos) do conteúdo das representações. Tal técnica possibilita colocar em evidência a saliência e a importância hierárquica dos elementos da representação⁷. Também permite destacar o universo semântico do objeto estudado, assim como a sua dimensão imagética de forma mais rápida e objetiva⁸. A aplicação da técnica consistiu em solicitar aos sujeitos que evocassem cinco palavras ou expressões quando ouvisse o termo indutor *violência intrafamiliar contra idosos*, sendo as mesmas imediatamente registradas e classificadas pelos sujeitos da mais para a menos importante.

A entrevista semiestruturada permite a descrição, explicação e compreensão global de um fenômeno pesquisado, possibilitando gerar uma interface de comunicação entre o pesquisador e o informante do estudo acerca de um tema específico⁹. Diante disso, coletamos as evocações dos 81 sujeitos. Dentre estes, apenas 22 profissionais, selecionados aleatoriamente, responderam a entrevista semiestruturada. Destaca-se que, a técnica de evocações foi aplicada primeira, no intuito de evitar que esta fosse influenciada pela entrevista.

Os vocábulos provenientes da técnica de evocações de palavras foram digitados e agrupados em ordem alfabética, gerando um dicionário que norteou a categorização das evocações, agrupando palavras com significado semelhante. O produto das evocações foi organizado previamente, constituindo um corpus para análise. O material foi, então, tratado pelo software EVOC (versão 2003), que possibilita efetuar a organização dos termos produzidos em função da hierarquia subjacente à frequência e à ordem média de evocação (OME) e favorece a construção do quadro de quatro casas. O programa calcula e informa para o conjunto do corpus, a frequência simples de cada palavra evocada, as ordens médias de evocação de cada palavra e a média das ordens médias de evocação ou rang⁸.

A utilização do programa gerou relatórios que possibilitaram a construção do quadro de quatro casas, criado por Vergès em 1994¹⁰. Essa técnica, ao combinar dois atributos relacionados às palavras ou às expressões evocadas, que são a frequência e a ordem em que foram evocadas, possibilita a distribuição dos termos produzidos segundo a importância atribuída pelos sujeitos⁸.

O quadro de quatro casas corresponde a quatro quadrantes com quatro conjuntos de termos. No quadrante superior esquerdo ficam situados os termos verdadeiramente significativos para os sujeitos e que constituem, provavelmente, o núcleo central da representação estudada. O quadrante superior direito denomina-se como primeira periferia; no quadrante inferior esquerdo, localizam-se os elementos de contraste; e as palavras localizadas no quadrante inferior direito constituem a segunda periferia da representação^{6-7,11}.

Os dados provenientes das entrevistas foram analisados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática, segundo Bardin¹². É importante ressaltar que, o procedimento quantitativo utilizado neste estudo restringiu-se ao tratamento estatístico realizado com os dados obtidos através da técnica de evocações livres de palavras. Entretanto, os seus resultados foram analisados qualitativamente assim como os discursos que emergiram da entrevista semiestruturada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do corpus formado pelas evocações de 81 informantes revelou que, em resposta ao termo indutor *violência intrafamiliar contra idosos*, foram evocadas 394 palavras, sendo 115 diferentes. O rang, ou seja, a média das ordens médias de importância foi de 3, enquanto a frequência média ficou em 11 e a mínima, 5.

O cruzamento da frequência média das palavras evocadas com a média das suas ordens médias de importância permitiu distribuir as evocações no quadro de quatro casas, apresentado no Quadro 1, que possibilita observar o conteúdo da representação social, bem como a estrutura e a hierarquia de seus elementos.

A organização de uma representação social centra-se em seu núcleo. Diante disso, observa-se no quadrante superior esquerdo do Quadro 1 o possível núcleo central da representação da violência intrafamiliar contra idosos para os profissionais das USF. Neste quadrante, evidenciam-se as seguintes palavras: **desamor**, **desrespeito** e **maus-tratos**. Estas se assemelham por serem as mais evocadas e hierarquizadas nos primeiros lugares, apresentando frequência superior a 11, além das médias de evocações estarem inferiores a 3, sendo as mais prontamente evocadas.

É importante destacar que o núcleo central é determinado pela natureza do objeto representado, pelas relações que o grupo mantém com este objeto e pelo sistema de valores e normas que norteiam o meio ambiente ideológico do momento e do grupo. São seus elementos que estabilizam e fornecem sentido às representações estabelecidas pelos indivíduos⁵.

Diante disso, os possíveis elementos constituintes do núcleo central indicam as seguintes dimensões: afetiva (desamor), atitudinal (desrespeito) e comportamental (maus-tratos). Essas dimensões se desdobram nos demais quadrantes, evidenciando uma organização semântica dos distintos elementos que constituem a representação social do objeto em estudo.

Na primeira periferia (quadrante superior direito) encontram-se os termos **agressão**, **desarmonia** e **desumano**, refletindo as dimensões comportamental (agressão), atitudinal (desumano) e afetiva (desarmonia). Já os elementos da segunda

periferia (quadrante inferior direito) sugerem a presença de uma dimensão imagética (droga-financeiro-solidão), atitudinal (descaso-descuido-incompreensão-ingratidão-irresponsabilidade) e comportamental (injustiça-maldade) da violência intrafamiliar contra idosos. Sendo assim, o sistema periférico permite a integração das experiências e das histórias individuais dos atores sociais, apresentando-se sensível ao contexto social imediato, mas também se mostra flexível, permitindo adaptação à realidade¹³.

QUADRO 1: Quadro de quatro casas das evocações dos profissionais das Unidades de Saúde da Família ao termo indutor violência intrafamiliar contra idosos. Jequié-BA, 2012.

ELEMENTOS CENTRAIS			ELEMENTOS PRIMEIRA PERIFERIA		
Frequência média ≥ 11 / Rang ≤ 3			Frequência média ≥ 11 / Rang ≥ 3		
	Freq	Rang		Freq	Rang
Desamor	38	1,68	Desarmonia	16	3,87
Maus-tratos	23	2,30	Desumano	15	3,26
Desrespeito	22	2,81	Agressão	11	3,45
ELEMENTOS DE CONTRASTE			ELEMENTOS SEGUNDA PERIFERIA		
Frequência média ≤ 11 / Rang ≤ 3			Frequência média ≤ 11 / Rang ≥ 3		
Cuidado	06	1,66	Descaso	10	3,10
Falta de atenção	06	2,16	Descuido	10	3,20
Falta de Deus	05	2,60	Maldade	10	3,30
Violência	05	2,80	Financeiro	09	3,44
			Injustiça	09	3,55
			Irresponsabilidade	06	3,50
			Droga	05	3,20
			Incompreensão	05	3,20
			Ingratidão	05	3,20
			Solidão	05	3,60

Entre os elementos de contraste (quadrante inferior esquerdo) foram evocadas as seguintes palavras: **cuidado**, **falta de atenção**, **falta de Deus** e **violência**. Essas palavras foram muito prontamente evocadas, portanto, em função das frequências abaixo da média, não estão inseridas no âmbito do núcleo central. Observam-se, nesse espaço da estrutura da representação, três dimensões: atitudinal (falta de atenção), afetiva (falta de Deus) e comportamental (violência).

Nesse contexto, ao analisar os resultados mencionados, pode-se afirmar que os sujeitos apresentam uma estrutura representacional negativa da violência intrafamiliar

contra idosos associada a quatro dimensões: afetiva, atitudinal, comportamental e imagética.

Na **dimensão afetiva**, a palavra *desamor* apresentou a maior frequência (38) das evocações, sendo a segunda mais prontamente evocada de todo o conjunto (1,68), manifestando-se como o componente mais importante do núcleo central, revelando que os sujeitos assentaram as raízes desta representação neste elemento. Essa dimensão apresenta-se desdobrada na segunda periferia por meio da palavra *desarmonia*, e nos elementos de contraste por meio do léxico *falta de Deus*.

Desse modo, esta dimensão encontra-se ancorada em elementos que refletem os conflitos existentes nas relações familiares, os quais podem gerar situações de violência. Ao mesmo tempo, observa-se a influência da religiosidade na ancoragem desta representação, quando os profissionais reportam a ausência divina permeando as manifestações da violência intrafamiliar contra idosos.

De qualquer maneira, é válido destacar que a ocorrência de violência familiar contra um idoso, de qualquer tipo que esta seja, deve-se pensar que por trás disso há um conflito familiar antigo. Portanto, se há violência é porque há conflito; pode até haver amor, porém é um amor conflituoso¹⁴.

Por outro lado, a **dimensão atitudinal** aparece objetivada em expressões como *desrespeito, descuido, irresponsabilidade, incompreensão, ingratidão, falta de atenção, desumano e descaso*. Esta dimensão retrata as atitudes negativas de familiares para com os idosos, que se traduzem em manifestações de violação dos direitos assegurados por lei, abuso psicológico e pouca ou nenhuma responsabilidade no suprimento das necessidades dessa população. Essas manifestações são corroboradas nos depoimentos dos profissionais.

[...] desrespeito com o idoso [...], de achar que não tinha direito de se responsabilizar por ele, [...] de achar que não tinha que ter o cuidado com ele, [...] ele já tem noventa e poucos anos de idade, já está com uma deficiência bastante alta. (I01, Enfermeiro).

[...] Falta de paciência com o idoso, xingamentos, [...] (I76, Enfermeira).

O léxico *desumano* apresenta-se interligado com os termos *injustiça* e *maldade*, que aparecem na segunda periferia da representação, expressando atitudes que estão embutidas no fenômeno da violência, os quais acarretam uma desvalorização social da pessoa idosa, iniciada no contexto familiar. Tal contexto foi elucidado nos relatos dos informantes.

[...] porque deixa de ser um ser humano, tratado como ser humano, pra ser um ser humano tratado como lixo, porque até um animal tem liberdade de ir e vir, eles deixam solto e o idoso acamado não ... ele não tem como sair dali, ele é refém de sua própria família, [...] (161, ACS).

A **dimensão comportamental** admite elementos relacionados a terminologias utilizadas para se referir à violência intrafamiliar, como *maus-tratos*, que aparece no núcleo central com a segunda maior frequência de toda análise (23), e o elemento de contraste *violência*, que faz parte do termo indutor da representação em estudo. Por outro lado, o termo *maus-tratos* também está relacionado às diversas demonstrações de negligência contra idosos que os profissionais da ESF identificam no cotidiano de muitas famílias. Do mesmo modo, essas manifestações são evidenciadas nas falas dos sujeitos.

[...] falta de alimentação ao idoso na hora correta, [...] deixa o idoso muito tempo sem tomar banho, com a fralda, deixa o idoso com fome, dá medicação na hora errada, esse tipo de coisa [...] Na questão da higiene porque eles não querem cuidar, deixa o quarto sujo, escuro, fedendo [...] (161, ACS).

Ainda nesta dimensão, o elemento *agressão*, que aparece na primeira periferia juntamente com a palavra *desumano*, é um termo que remete a um tipo específico de violência intrafamiliar contra idosos, a violência física. Observa-se nas falas dos informantes, a manifestação da agressão física contra idosos praticadas por familiares, no contexto das USF, evidenciando o contato dos profissionais com essas situações.

[...] filho que espancou uma mãe [...] ele bateu e a paciente chegou aqui com problema e aí chamou a polícia, a polícia veio, e aí ele fingiu que era outra pessoa, sendo ele que tinha agredido a mãe [...] (170, Enfermeira).

Com relação à **dimensão imagética**, presente apenas no quadrante inferior direito, pode-se dizer que, as palavras *droga*, *financeiro* e *solidão* na periferia da representação, ilustram fatores contribuintes para a ocorrência da violência intrafamiliar contra os idosos, os quais estão presentes no cotidiano dos profissionais. Exigem destes, além de uma atenção especial para com essa população, o desenvolvimento de estratégias de prevenção no contexto familiar e social da comunidade sob sua responsabilidade. Dessa forma, destaca-se que as representações atuam como guia para as práticas, bem como para as ações e as relações sociais¹³.

Nesse contexto, os termos *descaso* e *solidão* refletem a responsabilidade da família no abandono dos idosos, expondo-os a situações ameaçadoras de sua proteção e segurança. Esta realidade foi referida nos discursos dos sujeitos.

[...] deixando o idoso sozinho, já chegou ao ponto até da casa pegar fogo e os vizinhos ter que arrombar a porta pra tirar o idoso [...] (I50, ACS).

Desse modo, é importante ressaltar que a construção da violência contra os idosos é determinada por multifatores, que conduzem tanto a vítima quanto o agressor a um ambiente hostil, onde se desenvolve a violência. Nesse sentido, destaca-se na dimensão imagética, a presença do léxico *droga*, o qual retrata um problema social cada vez mais presente no contexto das USF, que é o uso de álcool e outras drogas. Os informantes relataram a identificação desse problema como fator predisponente a ocorrência da violência intrafamiliar contra idosos.

[...] filho usar o dinheiro do idoso para beber, encher a casa de pessoas para beber e até usar outras coisas, e o velhinho lá sujo, todo maltratado, [...] (I50, ACS).

Portanto, enfatiza-se que a utilização indevida do álcool e drogas se torna um agente potencializador para a ocorrência destes eventos no seio da família¹⁵.

Ainda nesta dimensão, a palavra *financeiro* reflete um dos fortes motivos da violência intrafamiliar contra idosos, que são às questões de ordem financeira. Nesse sentido, os depoimentos retrataram manifestações de violência financeira contra idosos no contexto familiar:

[...] explora, tem ele em casa mais como fonte de renda. [...] não utiliza desta renda para tratamento do próprio idoso, até mesmo falta medicação (I16, ACS).

[...] muitas vezes o idoso que é o provedor, não só dos filhos, como netos e às vezes bisnetos [...] (I71, Enfermeira).

Dessa forma, observa-se que a dependência relatada pelos entrevistados pode contribuir para acirrar conflitos e gerar comportamentos violentos, pois o idoso é o responsável financeiro, no entanto está sob a custódia e responsabilidade da família¹⁵. Nota-se a exploração financeira acompanhada por manifestações de negligência.

É interessante destacar a presença do léxico *cuidado* como elemento de contraste, que apesar de possuir baixa frequência (apenas 6), foi a palavra mais prontamente evocada, apresentando o menor rang de toda a análise (1,66). Destaca-se também que, em uma representação caracteristicamente negativa, a presença deste elemento positivo pode estar determinada pelo relacionamento interpessoal entre o profissional e o idoso, potencial vítima da violência intrafamiliar, representando o cuidado em saúde praticado por estes profissionais em seus cotidianos assistenciais, além do reconhecimento das necessidades dos idosos.

Nesse sentido, ressalta-se que a equipe da ESF, ao adentrar o domicílio do idoso/família, deve promover o cuidado com ações direcionadas para as suas necessidades de saúde, atendendo as suas especificidades.

CONCLUSÕES

A representação social do grupo estudado sobre a violência intrafamiliar contra idosos apresenta-se caracteristicamente negativa, sustentada pelas dimensões: afetiva, atitudinal, comportamental e imagética, retratando assim, a construção simbólica destes profissionais no cotidiano de trabalho das USF, diante deste fenômeno de múltiplas facetas.

As representações deixam evidente um cenário de diferentes manifestações de violência contra idosos, praticadas por familiares, tais como as agressões físicas e psicológicas, negligência, exploração financeira e o abandono. Nesse sentido, o

conhecimento desta representação possibilita melhor direcionamento aos profissionais e gestores, na elaboração de estratégias de promoção e prevenção no contexto familiar e social das USF.

Sendo assim, os resultados do estudo não se limitam às equipes que participaram da pesquisa, mas podem servir para os profissionais das mais diversas áreas que estão comprometidos com o enfrentamento desta problemática.

Por fim, observa-se que este grupo social apresenta uma realidade social que não é muito diferente de outras, enfatizando assim, a necessidade de se repensar ações mais efetivas diante da violência intrafamiliar contra a pessoa idosa, não somente na perspectiva político-econômico-social, mas englobando a dimensão da saúde coletiva e de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Tendências demográficas mostradas pela PNAD 2011. Rio de Janeiro: Comunicados do IPEA; 2012.
2. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.
3. Moraes CL; Apratto Junior PC; Reichenheim ME. 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. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (10): 2289-300.
4. Aquino R et al. Manual para treinamento introdutório das equipes da saúde da família. Série cadernos técnicos, 2. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família; 2001.
5. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia (GO): AB Editora; 2000. p. 27-38.
6. Gomes AMT; Oliveira DC. A estrutura representacional de enfermeiros acerca da enfermagem: novos momentos e antigos desafios. *Rev enferm UERJ*. 2007; 15(2): 168-75.
7. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes; 1996.
8. Oliveira DC; Marques SC; Gomes AMT; Teixeira MCTV. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Paredes AS.

Perspectivas Teórico-Metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005. p. 573- 603.

9. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

10. Vergès P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli C. Structures et transformations des représentations sociales. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994. p. 233-254

11. Reis AT; Oliveira DC; Gomes AMT. Representações sociais sobre saúde entre adolescentes de escolas públicas do município do Rio de Janeiro. Rev enferm UERJ. 2009; 17(4): 473-78.

12. Bardin L. Análise de Conteúdo. 5ª Ed. Edições 70. Lisboa, 2010.

13. Oliveira DC, Gomes AMT, Pontes APM, Salgado LPP. Atitudes, sentimentos e imagens na representação social da sexualidade entre adolescentes. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13 (4): 817-23.

14. Goldfarb DC. Pensando nas origens da violência. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(6): 2669-76.

15. Santos ACPO; Silva CA; Carvalho LS; Menezes MR. A construção da violência contra idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2007; 10(1): 129-140.

5.2 MANUSCRITO 02: ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O manuscrito será submetido à Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

**ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA
IDOSOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**CONFRONTING INTRAFAMILY VIOLENCE
AGAINST ELDERLY BY HEALTH PROFESSIONALS**

Elisama Nascimento Rocha¹

Alba Benemérita Alves Vilela²

¹ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Endereço: III Travessa Everaldo Santos, 46, São José, CEP: 45204-200. elisamapq@hotmail.com.

² Professora do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. alba_vilela@hotmail.com

RESUMO: Pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa, que tem como objetivos: Descrever as práticas e identificar os desafios de profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família (USF) na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar. Realizada em 16 USF, contou com a participação de 22 sujeitos. Realizou-se entrevista semiestruturada e os dados foram analisados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática. Os resultados revelaram que as estratégias utilizadas pelos profissionais são a visita domiciliar, o diálogo e encaminhamentos a instâncias competentes. As dificuldades apontadas foram resistência dos sujeitos envolvidos; medo de se expor e de represálias por parte de familiares e da comunidade, bem como as dificuldades de acesso a instâncias competentes. Assim, evidenciamos a urgente necessidade de implantação no município de um trabalho em rede intersetorial de suporte e atenção ao idoso.

Palavras-chaves: Violência na família; Idoso; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT: Descriptive, exploratory research, of qualitative nature, which aims to: Describe the practices and identify the challenges of health professionals from the Family Health Units (USF) in the care of elderly in situations of intrafamily violence. Held on 16 USF with the participation of 22 subjects. Was performed semi-structured interviews and data were analyzed according to the Bardin's Thematic Content Analysis Technical. The results showed that the strategies used by professionals include are home visits, dialogue and referrals to relevant authorities. The difficulties pointed out were resistance of the involved individuals; fear of exposure and reprisal by family and community, as well as access difficult to competent authorities. Thus, we noted the urgent need of deployment on the municipality of a intersectorial networking of support and care for the elderly.

Keywords: Family violence; Elderly Family Health Program.

INTRODUÇÃO

A violência é caracterizada pelo uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade resultando ou tendo alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) agrupou a violência em três grandes categorias, a saber: violência dirigida a si mesmo, a autoinfligida; violência interpessoal, que se classifica em dois âmbitos: o *intrafamiliar* e o *comunitário*; e violência coletiva (OMS, 2002).

Delimitando a violência intrafamiliar, esta engloba as relações de abuso praticadas no contexto privado da família contra qualquer um dos seus membros. Os abusos podem ser físicos, psicológicos e sexuais; assim como a abandono, negligências, abusos financeiros e autonegligência (Rocha, 2009).

Nesse contexto, o idoso se torna uma vítima fácil da violência intrafamiliar, por muitas vezes, depender de seus familiares em diversos aspectos, seja nos cuidados da saúde, nas relações sociais, na dependência financeira ou até mesmo pela simples convivência familiar (Gondim, 2011). Diante disso, a violência cometida contra os idosos tem tomado proporções significativas na sociedade contemporânea e tem se tornado mais visível devido ao aumento do número destes na população, mas também, pelas conquistas de direitos em leis e políticas nacionais e internacionais (Ribeiro, Souza, Valadares, 2012).

No Brasil, os direitos dos idosos são garantidos pela Constituição Federal de 1988, pela Política Nacional do Idoso de 1994, pelo Estatuto do Idoso, de 2003 e, no setor saúde, pela Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999, atualizada em 2006 (Souza et al., 2008). Entretanto, embora os idosos estejam amparados legalmente, a violência que os atinge representa a negação dos direitos de cidadania conquistados por eles (Rodrigues et al., 2010).

Por sua vez, os idosos em situação de violência intrafamiliar são atendidos em diversas instituições como Polícia Militar, Polícia Civil, Delegacias Especializadas, Hospitais, Unidades de Saúde, Programas de Assistência Social, entre outras, as quais buscam obter respostas para o conjunto de suas necessidades, seja no âmbito da saúde ou social.

Nesse contexto, a Unidade de Saúde da Família (USF) tem importante papel no reconhecimento da violência intrafamiliar contra o idoso, pois oportuniza a equipe maior aproximação para com as questões que envolvem a violência, responde como porta de entrada do sistema e constitui-se em referência para o primeiro contato do usuário (Shimbo, Labronici, Mantovani, 2011).

Portanto, a equipe de saúde da família deve estar capacitada para orientar e dar suporte às pessoas vítimas de violência, ajudando-as a compreenderem, analisarem e

tomarem as decisões pertinentes à problemática. Sendo assim, este estudo tem como objetivos: Descrever as práticas de enfrentamento desenvolvidas por profissionais de saúde das USF na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar e Identificar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde das USF na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar.

Trata-se de uma pesquisa relevante, que retrata a realidade do enfrentamento da violência intrafamiliar contra o idoso no contexto das USF, permitindo aos profissionais envolvidos refletirem sobre suas práticas neste processo, possibilitando desta forma, o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para atender os idosos vitimizados.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa, realizada em 16 Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Jequié-BA. Os critérios de inclusão utilizados para definir as USF foram: equipe mínima completa, segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde; equipes com o tempo mínimo seis meses de implantação; equipes com os profissionais com no mínimo seis meses de atuação na unidade; equipes da zona urbana.

Os sujeitos foram 22 profissionais de saúde que atuam nas USF, compreendidos por: 8 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 13 Enfermeiros (as), 1 Técnica de enfermagem. Evidenciamos uma prevalência do sexo feminino entre os participantes do estudo, correspondendo a 90,9% (20) da amostra. Quanto à faixa etária, 54,5% (12) tem entre 30 e 39 anos. Com relação à escolaridade, a porcentagem de profissionais de nível superior foi a mais elevada, representando 72,7% (16). Nota-se que, a maiorias dos profissionais tem menos de cinco (05) anos atuando na USF, representando 40,9% (9) da amostra.

O estudo seguiu os princípios éticos, obedecendo à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob protocolo

nº 13355/2012, realizou-se a coleta dos dados no período de maio a julho de 2012, utilizando como instrumento a entrevista semiestruturada.

O roteiro da entrevista foi composto por duas partes: a primeira referente à caracterização dos sujeitos, e a segunda contendo questões abertas. Por fim, as entrevistas foram gravadas e transcritas. Os dados provenientes das entrevistas foram analisados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo Temática de Bardin (2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram divididos em duas categorias, as quais retratam as práticas dos profissionais no enfrentamento da violência intrafamiliar contra idosos, bem como os desafios encontrados na busca pela resolutividade do problema.

Estratégias e compromissos frente à violência intrafamiliar contra idosos

Os casos suspeitos ou confirmados de idosos em situação de violência intrafamiliar, identificados pelos profissionais de saúde das USF, exigiram destes a elaboração de estratégias de enfrentamento. Nesse contexto, as unidades de análise referentes à resolutividade do problema na área de abrangência das USF, envolvem os seguintes atores sociais: a equipe de saúde, o idoso, a família, a comunidade e as instâncias competentes.

A visita domiciliar como ferramenta de investigação.

A visita domiciliar se destacou como importante instrumento no processo de trabalho dos informantes diante da violência intrafamiliar contra o idoso, por permitir a inserção do profissional no contexto do problema, ressaltando a preocupação em resolvê-lo. Diante disso, os profissionais relataram intensificar as visitas domiciliares

no âmbito das USF onde desenvolvem suas atividades para uma melhor averiguação dos casos suspeitos.

Em relação à suspeita, a gente intensifica a visita domiciliar do ACS ou enfermeiro mesmo, e assim, um olhar mais atento a essas questões, tanto em casos de consultas na unidade, se ele for hipertenso ou diabético ou mesmo se ele não tiver nenhuma doença crônica, a gente procura intensificar as visitas e ficar atento [...] (I18, Enfermeira).

[...] visita domiciliar. A gente tem que resguardar muito porque aqui é uma área muito perigosa, a gente não sabe com quem a gente tá se envolvendo né. A gente tem que saber com quem mora, quem foi, quem fez, pra gente dá as orientações [...] (I27, Técnica de Enfermagem).

Nesse sentido, Sakata et al. (2007) ressaltam que, além de representar significativo meio de inserção e oportunidade de conhecimento das condições reais de vida da população, a visita domiciliar possibilita criar e fortalecer o vínculo profissional/comunidade, bem como, compreender aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. Sendo assim, o profissional de saúde pode atuar, de forma efetiva, na promoção da saúde, prevenção e intervenção do problema (Torres, Roque, Nunes, 2011).

Conseqüentemente, evidenciamos nos relatos a preocupação dos informantes em conhecer o contexto de vida dos idosos, de maneira que as estratégias de intervenção sejam desenvolvidas especificamente, considerando a realidade social de cada um. Ademais, observamos que a visita domiciliar permite, muitas vezes, a suspeição de situações que passariam despercebidas pelos serviços.

Portanto, dada à magnitude do problema, os profissionais expressam a necessidade de uma atuação conjunta de toda a equipe da ESF, com vistas a prevenir e combater a violência contra o idoso. Para isso, também destacam a importância de um atendimento vigilante ao idoso, nas consultas realizadas dentro da própria unidade de saúde.

Dessa forma, ressaltamos que é fundamental um olhar aguçado e sistematizado do profissional de saúde, que permita levantar a suspeita ou confirmar a violência em idosos, cujas conseqüências frequentemente se confundem com sinais e sintomas

relacionados a diversas patologias prevalentes nessa faixa etária (Apratto Júnior, Moraes, 2010).

Diálogo: possibilitar à família a perspectiva de mudança de comportamento.

Os discursos retratam que os profissionais de saúde das USF procuram estabelecer um diálogo com os familiares dos idosos, com o objetivo de fornecer orientações referentes à segurança, higiene e saúde dos idosos, sensibilizando-os quanto à importância desses cuidados para a qualidade de vida dos idosos.

[...] a nossa atitude é procurar a família pra conversar, pra não deixar esse idoso só. O risco que esse idoso corre em estar sozinho, que ele pode cair, que ele pode se sentir mal. Então a gente procura conscientizar a família pra ter alguém que acompanhe este idoso (I07, ACS).

[...] orientar a família, tentar argumentar com aquela família, pra que ela mude o jeito de ver e olhar o idoso, ver que àquele idoso um dia já cuidou dele e faz parte da família dele e merece respeito, por uma questão de humanidade, independente se ser parente ou não, mas principalmente por ser parente [...] (I61, ACS).

Observamos nas falas uma inquietação dos profissionais em desenvolver ações que estimulem uma boa integração do idoso no seio familiar, tentando criar estratégias para o fortalecimento e o resgate dos laços afetivos, por acreditarem na família como melhor opção para o desenvolvimento do cuidado ao idoso. Diante disso, ressaltamos que qualquer que seja a estrutura familiar, há a necessidade de se estimular os vínculos afetivos entre seus membros e os idosos (Passarinho, 2005a).

Para Cardoso (2005), ao desenvolver estratégias de prevenção diante das situações de violência, deve-se ter por norteadora a afetividade nas relações entre o profissional e o cliente. Por isso, é importante destacar que o diálogo entre os informantes e os familiares deve ser permeado por um vínculo de confiança, conquistado aos poucos na relação entre ambos.

[...] a gente não pode assim, interferir diretamente porque é complicado, muitas vezes se for uma casa mesmo que tenha traficante. Então a gente mora dentro

da área, então a gente não pode interferir diretamente. [...] a gente só pode orientar, [...], mas a gente não pode forçar a família a fazer o que ela tem que fazer, quem tem que decidir o que vai fazer ou não é a própria família, muitas vezes ela não quer fazer (I16, ACS).

Evidenciamos que segundo os informantes, o diálogo é uma estratégia que interfere, mesmo que indiretamente, no contexto familiar dos idosos, por isso enfatizam a necessidade de agirem cautelosamente em suas orientações, de maneira que a família não interprete negativamente suas ações, deixando-os expostos ou prejudicados diante da comunidade onde desenvolvem suas atividades diariamente.

Encaminhar a órgãos competentes: esperança de interromper o ciclo de violência.

Em decorrência da ineficácia das intervenções da equipe da ESF ou ante a gravidade da situação, os relatos retratam a necessidade de buscar apoio em órgãos externos. Desse modo, os discursos revelaram que as denúncias ou os encaminhamentos dos casos identificados pelos profissionais foram realizados, principalmente, nas seguintes instâncias do município: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), Complexo Policial e “Abrigo de velhos”.

[...] a gente encaminha para o CRAS ou encaminha, a depender da agressão, para o complexo, mas a gente não pode tomar decisões, e se tomar tem que manter sigilo porque essa área é muito perigosa. O posto não pode tomar nenhuma decisão precipitada (I27, Técnica de Enfermagem).

[...] Um dia a enfermeira foi no abrigo conseguir uma vaga para colocar ele, procurar assistência social. [...] Aí chegou um ponto em que os vizinhos começou a falar, falar, então o ACS começou a investigar com a enfermeira, chegou ao ponto de chamar até a polícia, assistente social, pra puder tirar a velhinha de dentro da casa. [...] (I50, ACS).

Diante disso, destacamos que os integrantes da equipe da ESF têm a responsabilidade ética e legal de identificar e relatar a suspeita de violência às

instâncias competentes, o que auxilia a ação desses serviços na proteção ao idoso (Shimbo, Labronici, Mantovani, 2011).

No entanto, percebemos nos depoimentos o temor dos profissionais frente à necessidade de encaminhamentos para órgãos de apoio, pois se sentem receosos quanto à possibilidade de prejudicar suas relações com a comunidade e, mais diretamente, com a família do idoso agredido. Mas, mesmo reconhecendo que a denúncia deixa a equipe em situação delicada diante da comunidade, os profissionais entendem a importância de realizá-la, no intuito de combater as práticas de violência intrafamiliar contra idosos.

Contudo, observamos que as estratégias desenvolvidas pelos informantes para o enfrentamento da violência contra o idoso, não são diferentes das encontradas em outros estudos. Por sua vez, Shimbo, Labronici e Mantovani (2011), em pesquisa desenvolvida com equipes de saúde da ESF, verificaram as seguintes estratégias utilizadas na identificação da violência intrafamiliar contra o idoso: visita domiciliar, denúncias do fenômeno, avaliação na unidade; e observação do contexto social.

Cabe ressaltar que após o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), os profissionais de saúde, ante a suspeição ou confirmação de maus-tratos contra idosos, têm a obrigação de comunicar as autoridades competentes (Art. 19), com consequências judiciais e administrativas em caso de o profissional de saúde responsável por estabelecimento de saúde deixar de comunicar à autoridade competente os casos de crime contra idosos de que tiver conhecimento (Art. 57).

Atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar: Desafios

Identificar a violência intrafamiliar contra idosos não é uma tarefa fácil para a equipe de saúde da ESF, porém, mais complexos ainda são os desafios que surgem no enfrentamento do problema, seja diante dos casos suspeitos ou confirmados. Nesse contexto, os depoimentos referem algumas dificuldades percebidas pelos profissionais frente à precisão de elaborarem estratégias de intervenção nessas ocasiões.

Resistência dos sujeitos envolvidos: vítima, família e comunidade.

O enfrentamento do complexo fenômeno da violência intrafamiliar contra idosos envolve vários sujeitos, entre estes, a vítima, a família e a comunidade na qual esta família se encontra inserida. Dessa maneira, as unidades de análise que se seguem mencionam a resistência desses sujeitos como uma das dificuldades apontadas pelos informantes.

[...] porque quando você percebe que o idoso é agredido, automaticamente o idoso se isola da unidade. Primeiro, porque se ele se permitiu ser agredido, ele tá com medo do agressor. É muito complicado porque você não pode estar adentrando naquela residência. Você não pode estar elaborando estratégias com aquele idoso que ele não te permite, e ele realmente se isola, ele se exclui, [...] (I21, Enfermeira).

[...] Então ele não se abre, a própria vítima. Às vezes tem medo de perder o benefício, ser mandada para um asilo [...] (I71, Enfermeira).

Evidenciamos nas falas acima, a resistência do idoso em receber a ajuda profissional no reconhecimento da violência. Todavia, tal atitude é influenciada por alguns medos: do agressor, de perder o benefício financeiro do governo e, por fim, de ser retirado do seio familiar, sendo encaminhado para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Os profissionais também elucidaram que, na maioria das vezes, o idoso omite estar sendo vitimizado pela violência intrafamiliar e, quando não se encontra acamado, costuma se afastar da unidade de saúde.

Em relação a essa situação, Passarinho (2005b) ressalta que as primeiras reações dos idosos diante da violência envolvem sentimentos de medo, impossibilidade, vergonha, culpa pelo fracasso das relações familiares e em enfrentar o mundo que o cerca, levando-os a solidão e ao isolamento crescentes. Ocorre também, a omissão do acontecimento, onde o idoso não se reconhece enquanto vítima de violência ou a família não identifica suas atitudes como agressivas, resultando na aceitação da violência como parte natural das relações familiares (Leite, 2005).

Na maioria dos casos há, por parte do idoso, certo temor em declarar ou denunciar que foi vítima de violência, em função das represálias posteriores por parte dos agressores, principalmente nos casos da violência intrafamiliar. Além disso, há os temerosos de que, com a queixa, os familiares busquem a sua institucionalização. Em outras palavras, o abandono familiar pesa mais que os maus-tratos (Leite, 2005).

A resistência por parte dos familiares do idoso na denúncia do agressor emergiu nos depoimentos, justificada por este ser um membro da família. Por outro lado, também constatamos que a família, às vezes, percebe a atuação dos profissionais de forma negativa, resistindo às orientações referentes ao cuidado direcionado ao idoso.

A dificuldade é que quando a gente fica sabendo, às vezes a própria família omite. [...] porque por achar que a gente pode denunciar, aí um irmão não que denunciar outro, então a questão é a omissão da própria família (I70, Enfermeira).

[...] Então a gente encontra a barreira da família, porque a família, não todas, mas algumas ela vê a gente como alguém que vai interferir, alguém que tá colocando o dedo aonde não deveria, [...] família não ter amor pelo seu idoso, [...] (I07, ACS).

Os relatos revelaram que a falta de apoio da comunidade é um fator que dificulta o trabalho dos profissionais no enfrentamento da violência intrafamiliar contra idosos.

Resistência da comunidade, pois quando a gente marca uma reunião, marca um evento para explicar esses acontecimentos, no cuidado que têm que ter, aí a gente vê a resistência, eles não vêm, não comparecem [...] (I13, ACS).

[...] as pessoas próximas, como vizinhos, tem medo de denunciar os maus tratos (I76, Enfermeira).

Assim, observamos como predominante o temor da comunidade em denunciar os casos, deixando essa responsabilidade a cargo dos profissionais de saúde da ESF.

Medo de se expor e de represálias por parte de familiares e da comunidade.

Os profissionais da ESF são responsáveis por uma área de abrangência, onde desenvolvem diariamente suas atividades, sendo conhecidos por toda a comunidade. Geralmente, estas USF estão localizadas em áreas periféricas, que enfrentam vários problemas sociais, entre estes, o tráfico e uso de drogas, além de outros tipos de violência. Por isso, os profissionais expressaram algumas dificuldades referentes a esses problemas.

[...] E nós não pode assim tomar frente, porque se ele vê que nós tá se metendo demais eles não querem mais a visita do agente comunitário [...] se tomar alguma providência tem que ser debaixo do pano pra que ninguém ali naquela comunidade saiba que foi o ACS, porque os vizinhos sabem, os vizinhos vê, porque são os principais que chegam e falam, mas eles não tomam uma atitude [...] (I50, ACS).

[...] Primeiro, a área é perigosa, a gente aqui já foi ameaçada de morte, já ameaçaram colocar bomba debaixo do nosso carro. Assim, a gente tá próximo ao presídio, então a gente tem que ter muito cuidado com o que a gente vai falar, entendeu. [...] porque as consequências podem vir para mim enquanto profissional [...] como já aconteceu vários casos aqui, de pacientes jogar pedra e essa pedra cair na barriga da enfermeira [...] é uma situação muito complicada pra gente poder tá fazendo uma denúncia ou [...] fazer um aconselhamento. Vai que esse filho ou esse neto ou essa pessoa que seja o agressor se volte contra a gente, fale pra algum amigo que seja da boca de fumo, que seja um traficante, entendeu, seja alguém ligado ao tráfico ou a droga [...] (I21, Enfermeira).

Sendo assim, ao atuarem no atendimento dos usuários idosos e suas famílias em situação de violência, os profissionais alegam sentirem-se expostos, com medo de represálias por parte das famílias, pois parte dos idosos possui familiares marginais e traficantes. Também referem à ocorrência de atos violentos e de ameaças por parte de usuários de droga da comunidade.

Desse modo, evidenciamos que essas situações, além de gerar sentimentos de medo, insegurança e impotência, também limitam o trabalho dos profissionais da ESF diante de qualquer atitude que confronte com os atos de violência.

Nesse sentido, observamos a vulnerabilidade da equipe de saúde, reforçando a necessidade de um trabalho intersetorial, onde se articulem ações entre as unidades de saúde, segurança pública, centros comunitários, entidades religiosas, entre outros.

Obstáculos relacionados a instâncias que lidam com situações de violência intrafamiliar.

No município de Jequié não existem instâncias que lidam especificamente com idosos em situação de violência intrafamiliar, no entanto existem órgãos que oferecem serviços de segurança, proteção, saúde e defesa dos direitos humanos a essa população. Diante disso, os informantes apontaram a falta deste serviço específico como uma barreira, pois ficam desorientados, sem saber a quem diretamente recorrer quando se deparam com idosos sendo violentados.

Aqui em Jequié eu acho que não existe um serviço específico que cuide do idoso, que possa ligar, denunciar, se existe eu não tenho conhecimento. (...) não tem um lugar assim pra denunciar, só a polícia, tem tido efeito. Vai o ACS, se não resolve vai a enfermeira, vai o médico, aí na visita conversa e tem funcionado (I07, ACS).

Na realidade a gente não sabe nem a quem procurar porque a gente fica um pouco solto, [...] Na verdade, a gente fica sem saber a quem recorrer porque a gente não vê providências a respeito desse tipo de violência (I62, Enfermeira).

Outro desafio retratado pelos informantes foi a dificuldade de contactar as instâncias responsáveis existentes no município, inferindo que estes órgãos apresentam uma demanda elevada de casos ou até mesmo trabalham com quantidade insuficiente de profissionais, dificultando assim, o acesso. Essa situação foi evidenciada nos seguintes relatos:

A dificuldade de estar entrando em contato com esse pessoal, porque às vezes são vários casos, então pra você conseguir chegar no seu, na sua unidade, dá trabalho, porque tem outras unidades que passa por isso, então pra resolver eu acho um pouco lento o processo (I35, Enfermeira).

A dificuldade é que muitas vezes não conseguimos esse contato. Acredito que não seja culpa do profissional. Acredito que deva ser poucos profissionais para uma demanda tão grande. [...] (I53, Enfermeira).

Por sua vez, observamos nos depoimentos que, quando os profissionais das USF conseguem o contato com as instâncias competentes, se deparam com outro obstáculo, que é a falta de retorno dos casos encaminhados, deixando-os frustrados.

[...] porque você não tem àquele retorno. Porque você faz a denúncia e você não sabe se já foram lá fazer a fiscalização, porque a gente aqui como unidade de saúde a gente não tem esse poder legal, de poder estar intervindo, de poder estar fazendo algum passo a mais a não ser só a denúncia. [...] se sente de mãos atadas. [...] desempolgado de fazer denúncias porque a gente não vê respostas. A resposta quando vê, é demorada, podendo até esse idoso ter ido a óbito pela demora [...] (I28, Enfermeira).

Por fim, os relatos elucidaram a falta de sigilo por parte de uma instância responsável, após denúncia realizada por um profissional da USF, expondo-os diante da comunidade e dos familiares agressores.

[...] a questão do sigilo que não houve, então infelizmente a gente tenta colaborar de alguma forma, mas no caso em que nós denunciemos não houve sigilo por parte do órgão que foi denunciado [...] (I18, Enfermeira).

Todavia, percebemos que os serviços que atendem idosos em situação de violência no município trabalham isoladamente, revelando a necessidade da construção do fluxo entre eles e de uma rede de atenção e proteção que atue de forma integrada. Portanto, entendemos que essa integração é essencial no atendimento às vítimas de violência, fato que também é reforçado nas diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Brasil, 2001b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer as práticas dos profissionais de saúde da ESF no atendimento ao idoso vitimizado pela violência intrafamiliar, colocando em evidência os desafios enfrentados.

Dessa maneira, observamos que nas estratégias utilizadas pelos profissionais, a visita domiciliar emergiu como uma ferramenta de investigação dos casos suspeitos. Outra ferramenta que os profissionais lançam mão é o diálogo, como uma possibilidade de apoiar e instrumentalizar as famílias no cuidado ao idoso. E por fim, quando não obtêm resultados em suas ações, buscam auxílio externo, por meio de encaminhamentos a instâncias competentes.

Nesse contexto, evidenciamos que como no município não existe um órgão específico de atendimento ao idoso em situação de violência intrafamiliar, os informantes solicitam com mais frequência as instâncias que oferecem serviços de assistência social, como o CRAS e o CREAS. Desse modo, só recorrem ao Complexo Policial nos casos mais graves.

Por outro lado, na busca pela resolutividade do problema, se deparam com algumas dificuldades, a saber: resistência dos sujeitos envolvidos: vítima, família e comunidade; medo de se expor e de represálias por parte de familiares e da comunidade; bem como os obstáculos referentes a instâncias competentes.

Entretanto, observamos que nas USF não há um plano específico ou um protocolo de atendimento e encaminhamento para os casos identificados. Logo, as estratégias adotadas pelos profissionais são isoladas, longe de ser uma intervenção integral e interdisciplinar instituída. Ainda, constatamos uma desarticulação entre as USF e os serviços que atendem o idoso em situação de violência intrafamiliar, pois nos casos encaminhados não houve contrareferência.

Sendo assim, os resultados encontrados apontam a urgente necessidade de implantação no município de um trabalho em rede intersetorial de suporte e atenção ao idoso, com serviços articulados, envolvendo o Ministério Público, assistência social, educação, segurança, saúde, entre outros.

Além disso, ressaltamos que no enfrentamento da violência intrafamiliar contra idosos é preciso investir na prevenção, por meio de estratégias que sensibilizem a sociedade, a família e o próprio idoso, com a finalidade de promover um envelhecimento de acordo o preconizado pelas políticas públicas, sem violência e com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

APRATTO JÚNIOR, P.C.; MORAES, C. L.de. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 6, p. 2983-2995, 2010.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Sobre **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde. Brasília, 1996.

_____. Lei nº 10741, de 1º de Outubro de 2003. **Estatuto do idoso**. Série E. Legislação de Saúde. 1. ed. Brasília, 2003.

_____. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Diário Oficial da União, 2001b.

CARDOSO, T. C. F. Conceituando a Negligência. In: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005. 115 p.

GONDIM, L. V. C. Violência intrafamiliar contra o idoso: uma preocupação social e jurídica. **Revista Acadêmica da Escola Superior do Ministério Público do Estado do Ceará**. ano 3, n. 2. 2011.

LEITE, M. L. C. de B. Serviço de Atenção Integral à Saúde do Idoso da Regional de Saúde do Guará. . In: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005. 115 p.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PASSARINHO, M. O Envelhecimento e seus Destinos. In: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005a.

_____. Violência Psicológica. In: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005b.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. de; VALADARES, F. C. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 5, p. 1167-1177, 2012.

ROCHA, C. **Comportamento dos idosos diante da violência sofrida na família e na sociedade**. Brasília: Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, 2009.

RODRIGUES, T. P. et al. Sentidos associados à violência para idosos e profissionais. **Esc. Anna Nery (impr.)**. v. 14, n. 4, p. 772-778, out-dez. 2010.

SAKATA, K.N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enferm**. v. 6, p. 659-64. 2007.

SHIMBO, A. Y.; LABRONICI, L. M.; MANTOVANI, M. de F. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**. v. 15, n. 3, p. 506-510, jul/set. 2011.

SOUZA, E. R. de et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n.4, p. 1153-1163, 2008.

TORRES, HC; ROQUE, C; NUNES, C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 89-93, jan/mar. 2011.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

(Art.º 37 do Estatuto do Idoso)

A realização deste estudo permitiu a análise do fenômeno da violência em uma de suas nuances, a violência intrafamiliar contra idosos, sob o olhar de profissionais de saúde das USF, na perspectiva do enfrentamento do problema. Assim, com a análise do material empírico, conseguimos responder aos objetivos formulados para a compreensão do objeto de estudo.

Constatamos na análise dos dados que as representações sociais do grupo estudado sobre a violência intrafamiliar contra idosos é caracteristicamente negativa, sustentada pelas dimensões: afetiva, atitudinal, comportamental e imagética, retratando assim, outra faceta da dinâmica familiar e da inserção do idoso na sociedade, além de refletir o enfrentamento dos profissionais no cotidiano de trabalho das USF diante desse tipo de violência.

Estas representações deixam evidente o cenário de diferentes manifestações de violência contra idosos, praticadas por familiares, tais como as agressões físicas e psicológicas, negligência, exploração financeira e o abandono. Nesta perspectiva evidenciamos que os profissionais não referem dificuldade na identificação dos casos. Possivelmente essa facilidade deve-se ao fato desses profissionais conviverem diariamente em seu cotidiano de trabalho com essas situações de violência intrafamiliar.

No tocante às intervenções destes profissionais diante da suspeita ou confirmação da violência intrafamiliar contra idosos, foi identificado que são adotadas algumas estratégias: investigação aprofundada dos casos por meio da visita domiciliar e nas consultas de enfermagem; estabelecem um diálogo com a vítima e os familiares, com o intuito de apoiar e instrumentalizar as famílias no cuidado ao idoso; e por fim, quando não obtêm resultados em suas ações, buscam auxílio externo, por meio de encaminhamentos a instâncias competentes.

Nesse contexto, observamos que como no município não existe um órgão específico de atendimento ao idoso em situação de violência intrafamiliar, os informantes solicitam com mais frequência às instâncias que oferecem serviços de assistência social, como o CRAS e o CREAS, recorrendo ao Complexo Policial nos casos mais graves.

Por outro lado, na busca pela resolutividade do problema, se deparam com algumas dificuldades, a saber: resistência dos sujeitos envolvidos (vítima, família e comunidade); medo de se expor e de represálias por parte de familiares e da comunidade; e obstáculos referentes a instâncias competentes.

Diante disso, constatamos que os profissionais encontram muitas dificuldades no enfrentamento dessa problemática, desenvolvendo na maioria das vezes, uma atuação solitária, pois não encontram apoio e respostas de órgãos competentes em relação aos casos encaminhados. Logo, sentem-se impotentes perante a sociedade na tentativa de solucionar o problema.

Nesse sentido, observamos que nas USF não há um plano específico ou um protocolo de atendimento e encaminhamento para os casos identificados. Logo, as estratégias adotadas pelos profissionais estão longe de caracteriza-se como uma intervenção integral e interdisciplinar instituída. Ainda, constatamos uma desarticulação entre as USF e os serviços que atendem o idoso em situação de violência intrafamiliar, pois nos casos encaminhados não houve contrarreferência.

Evidenciamos que este estudo apresenta uma realidade social que não é muito diferente de outras, enfatizando assim, a necessidade de pensar ações mais efetivas diante da violência intrafamiliar contra a pessoa idosa, não somente na perspectiva político-econômico-social, mas englobando a dimensão psicossocial.

Desse modo, o conhecimento das representações sociais evidenciadas neste estudo possibilita direcionamento aos profissionais e gestores, da esfera local, estadual ou nacional, na elaboração de estratégias de promoção e prevenção no contexto familiar e social das USF. No entanto, os resultados do estudo não se limitam às equipes que participaram da pesquisa, mas podem servir para os profissionais das mais diversas áreas que estão comprometidos com o enfrentamento desta problemática. Contribuindo também, no desenvolvimento de políticas públicas que valorizem a intersetorialidade no enfrentamento da violência intrafamiliar contra idosos, envolvendo profissionais dos diferentes campos de atuação na tentativa de solucionar ou ao menos amenizar o problema. Políticas estas que incluam suporte às vítimas, familiares e aos profissionais envolvidos.

Diante do exposto, ressaltamos que o enfrentamento efetivo só pode ser feito se a sociedade reunir múltiplos esforços, congregando setores e criando redes de atenção, principalmente em âmbito local. Além disso, enfatizamos que no enfrentamento é preciso investir na prevenção com a finalidade de promover um envelhecimento de acordo o preconizado pelas políticas públicas direcionadas aos idosos, sem violência e com qualidade de vida. Sendo assim, os resultados encontrados apontam a urgente necessidade de implantação no município de um trabalho em rede intersetorial de suporte e atenção ao idoso, com serviços articulados, envolvendo o Ministério Público, assistência social, educação, segurança, saúde, entre outros.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C.(Org). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.

APRATTO JÚNIOR, P.C.; MORAES, C. L.de. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 6, p. 2983-2995, 2010.

AQUINO, R. et al. **Manual para treinamento introdutório das equipes da saúde da família**. Série cadernos técnicos, 2. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2001.

ARANEDA, N. G. Violência contra pessoas idosas: uma realidade oculta. In: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. 68 p.

ARAÚJO, L. F. de; LOBO FILHO, J. G. Análise Psicossocial da Violência contra Idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. V. 22, n. 1, p. 153-160, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BERZINS, M. A. V. S. Violência contra a pessoa idosa: o que fazer? In: BORN, T. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008a. 330 p

_____. Direitos humanos e políticas públicas. In: BORN, T. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008b. 330 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Violência: uma epidemia silenciosa**. Seminários Regionais. Brasília: Conass, 2008.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8842, de 04 de Janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde. Brasília, 1996.

_____. Lei nº 10741, de 1º de Outubro de 2003. **Estatuto do idoso**. Série E. Legislação de Saúde. 1. ed. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. **Cadernos de atenção básica n.8**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 96 p.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 737 de 16 de maio de 2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Diário Oficial da União, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Informe de situação e tendências: demografia e saúde**. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: MS, 2009.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CARDOSO, T. C. F. Conceituando a Negligência. In: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005. 115 p.

CASTRO, A. L. C.; CARDOSO, C. M. C.; VILELA, L. F. Notificação – Um Passo Obrigatório. In: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005. 115 p.

CASTRO, Ana Lúcia Corrêa e; CARDOSO Clara Maria Cosme. Prevenção da Violência: Estratégias e Compromisso. In: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005. 115 p.

FALEIROS, V. P. **Violência contra a pessoa idosa ocorrências vítimas e agressores**. Brasília: Universa, 2007.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de Trabalho em Saúde: O caso de Betim MG. In: MERHY, E. E., et al. **O trabalho**

em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

GOLDFARB, D. C. Pensando nas origens da violência. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 6, p. 2669-2676, 2010.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. de. A estrutura representacional de enfermeiros acerca da enfermagem: novos momentos e antigos desafios. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 168-75, abr/jun. 2007.

GONDIM, L. V. C. Violência intrafamiliar contra o idoso: uma preocupação social e jurídica. **Revista Acadêmica da Escola Superior do Ministério Público do Estado do Ceará**. ano 3, n. 2. 2011.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em : <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em outubro de 2012.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Tendências demográficas mostradas pela PNAD 2011**. Rio de Janeiro: Comunicados do IPEA. n.157, 2012.

JODELET D. Representações do contágio e a AIDS. In: JODELET, D; MADEIRA, M. (orgs). **AIDS e representações sociais: à busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998, p. 17-45.

JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

KULLOK, A. T.; SANTOS, I. C. B. dos. As representações sociais de funcionários de uma Instituição de Longa Permanência sobre violência no interior de Minas Gerais. **Interface - Comunicação Saúde Educação** v.13, n.28, p.201-12, jan./mar. 2009.

LEITE, M. L. C. de B. Serviço de Atenção Integral à Saúde do Idoso da Regional de Saúde do Guará. . In: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005. 115 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

_____. Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa. É possível prevenir e superar. In: BORN, T. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. 330 p.

_____. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. Violência um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p.

MINAYO, M.C.S.; DE SOUZA, E. R. (org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MORAES, C. L. de; APRATTO JUNIOR, P. C.; REICHENHEIM, M. E. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n.10, p. 2289-2300, 2008.

MOSCOVICI, S. **Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 403p.

NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, M. P. L. et al. **Representações sociais: Abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora da Universidade Federal da Paraíba, 2003.

NÓBREGA, S.M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. **Representações Sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001.

OLIVEIRA, D.C. A Teoria das Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A.M.O; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. (Org.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011.

OLIVEIRA, D. C. de et al. Atitudes, sentimentos e imagens na representação social da sexualidade entre adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 13, n. 4, p. 817-23, out-dez. 2009.

OLIVEIRA, D.C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Paredes AS. **Perspectivas Teórico- Metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 2005. p. 573- 603.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PASSARINHO, M. O Envelhecimento e seus Destinos. In: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005a.

_____. Violência Psicológica. In: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Enfrentando a violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005b.

PINHEIRO, G. M. L. **Processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da Estratégia de Saúde da Família**. 2011. 169 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

RAMOS, J. L. C; MENEZES, M. do R. de. Ritual do Cuidar de Idosos com Demência de Alzheimer. **Revista Portal de Divulgação**, n.2, Set. 2010.

REIS, A. T.; OLIVEIRA, D. C. de; GOMES, A. M. T. Representações sociais sobre saúde entre adolescentes de escolas públicas do município do Rio de Janeiro. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, out/dez. 2009.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. de; VALADARES, F. C. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 5, p. 1167-1177, 2012.

ROCHA, C. **Comportamento dos idosos diante da violência sofrida na família e na sociedade**. Brasília: Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, 2009.

ROCHA, F. C. V. et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 186-91, abr/jun, 2011.

RODRIGUES, T. P. et al. Sentidos associados à violência para idosos e profissionais. **Esc. Anna Nery (impr.)**. v. 14, n. 4, p. 772-778, out-dez. 2010.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13, n.6, p. 1027-34, nov/dez. 2005.

SÁ, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

_____. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

- SAKATA, K.N. et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enferm.** v. 6, p. 659-64. 2007.
- SANTOS, A. C. P. de O. et al.. A construção da violência contra idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.10 n.1, 2007.
- SANTOS, A. R. **Metodologia Científica:** a construção do conhecimento. 7. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Violência doméstica contra a pessoa idosa:** orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. São Paulo: SMS, 2007. 68 p.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- SHIMBO, A. Y.; LABRONICI, L. M.; MANTOVANI, M. de F. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery.** v. 15, n. 3, p. 506-510, jul/set. 2011.
- SOUSA, D. J. et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 321-328, 2010.
- SOUZA, A. S. et al. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. **Textos Envelhecimento.** Rio de Janeiro, v.7, n.2, 2004.
- SOUZA, E. R. de et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.13, n.4, p. 1153-1163, 2008.
- TORRES, H.C.; ROQUE, C.; NUNES, C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Rev. enferm. UERJ,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 89-93, jan/mar. 2011.
- TRINDADE, Z.A.; SANTOS, M.F.S.; ALMEIDA, A.M.O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In: ALMEIDA, A.M.O; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. (Org.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos.** Brasília: Technopolitik, 2011.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde. **Rev Saúde Pública.** v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.
- VALA, J. Representações Sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia Social.** 7. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian, 2006.

VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia Social**. 7. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian, 2006.

VECINA, T. C. C.; MACHADO, A. da L. Desafios e possibilidades para o enfrentamento da violência: fortalecendo vínculos e construindo redes. In: RIBEIRO, E. L; TANAKA, O. Y. (Org). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

VERAS, R. **Vida** plena sem violência na maturidade: a busca contemporânea. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 6, p. 2669-2676, 2010.

VERGÈS, P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli C. **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994. p. 233-254

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**

Prezado (a) senhor (a),

Eu, Elisama Nascimento Rocha, pós-graduanda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em Jequié – BA, Brasil, estou realizando a pesquisa "Violência intrafamiliar contra o idoso: representações sociais e práticas de profissionais de saúde". Estou convidando o (a) senhor (a) para participar da minha pesquisa. Trata-se de uma pesquisa relevante, pois surge como uma forma de retratar a realidade do enfrentamento da violência intrafamiliar contra o idoso no município de Jequié-BA. A pesquisa tem como objetivos: Compreender as representações sociais de profissionais de saúde das USF sobre a violência intrafamiliar contra o idoso; averiguar as práticas desenvolvidas por profissionais de saúde das USF na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar; identificar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde das USF na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar; analisar como os profissionais de saúde das USF percebem os serviços de atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar no município de Jequié - BA. Ao concordar com a participação na pesquisa, o (a) senhor (a) deverá estar à disposição para responder a questionamentos, por meio de uma entrevista, a qual será gravada para facilitar a dinâmica do processo. Durante a entrevista, existe o risco de alguma pergunta lhe causar desconforto ou incômodo, ficando (a) senhor (a) à vontade para não responder tal pergunta. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de remuneração, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades. Os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros de cada pessoa, e somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada. Este estudo contribuirá para embasamento da prática profissional nas situações específicas de violência intrafamiliar contra os idosos. Se houver algum prejuízo decorrente deste estudo, será providenciado tratamento sem nenhum ônus pelos responsáveis da pesquisa. A qualquer momento da pesquisa o (a) senhor (a) terá a garantia de esclarecimentos adicionais sobre o estudo. Para maiores informações, pode entrar em contato com a pós-graduanda Elisama Nascimento Rocha; Fone: (73) 88029866; email: elisamapq@hotmail.com; Rua Coronel Erotildes Soares, n.41, Bairro Pompílio Sampaio, Jequié-BA. Ou com a docente DSc. Alba Benemérita Alves Vilela, pelo email: Alba_vilela@hotmail.com.

Se o (a) senhor (a) aceita participar livremente deste estudo, por favor assine comigo este termo de consentimento em duas vias. Agradeço sua atenção!

Assinatura da Participante _____

Assinatura do Pesquisador _____

Jequié - BA, Data: ____/____/_____.

APÊNDICE B: TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

ROTEIRO PARA TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

**TÍTULO DA PESQUISA: VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

1. Escreva 5 palavras que vem em sua mente quando você ouve o enunciado “violência intrafamiliar contra idosos”. Em seguida enumere as palavras por ordem de importância.

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

e) _____

APÊNDICE C: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**TÍTULO DA PESQUISA: VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

1. Identificação do(a) entrevistado(a):

- Sexo _____
- Idade _____
- Grau de escolaridade _____
- Função que desenvolve _____
- Unidade de Saúde da Família que representa _____
- Tempo de atuação na instituição _____

2. Questões:

1. Quais foram as manifestações de violência intrafamiliar contra idosos que você já se deparou no seu trabalho cotidiano?
2. Quais são as ações adotadas por você mediante a suspeita ou confirmação de violência intrafamiliar contra a pessoa idosa?
3. Que dificuldades você encontra para desenvolver estratégias de intervenção nas situações de violência intrafamiliar contra a pessoa idosa?

ANEXO

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UESB

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

UESB/BA

PROJETO DE PESQUISA

Título: Violência Intrafamiliar contra o Idoso: representações sociais e práticas de profissionais de saúde

Pesquisador: Elisama Nascimento Rocha

Versão: 1

Instituição: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

CAAE: 01960912.6.0000.0055

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 13355

Data da Relatoria: 18/04/2012

Apresentação do Projeto:

A violência contra os idosos representa, hoje, um desafio para a sociedade em geral, e particularmente para o setor saúde. Provoca, além de óbitos, traumas físicos e emocionais, o que cria uma demanda cada vez maior por serviços e programas de saúde. Os profissionais que compõem a equipe de saúde da família encontram-se em uma posição estratégica para detectar riscos e as possíveis vítimas de violência intrafamiliar. A Teoria das Representações Sociais nesta pesquisa é importante para apreensão das representações, atitudes e condutas dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família (USF) no enfrentamento da violência intrafamiliar contra o idoso. Estudo descritivo, de natureza qualitativa, que terá como cenário USF do município de Jequié-BA e como sujeitos 150 profissionais de saúde das referidas unidades. A coleta de dados acontecerá após aprovação pelo CEP/UESB, por meio de entrevista semiestruturada e a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Os dados provenientes das entrevistas serão analisados de acordo à Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin e as evocações coletadas pelo TALP serão processadas pelo programa computacional Ensemble de Programmes Permettant Analyse (EVOC) e analisadas por meio da análise estrutural das representações sociais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Compreender as representações sociais de profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família sobre a violência intrafamiliar contra o idoso.

Objetivos específicos

Averiguar as práticas desenvolvidas por profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar.

Identificar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família na atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar.

Analisar como os profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família percebem os serviços de atenção aos idosos em situação de violência intrafamiliar no município de Jequié - BA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

contemplados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem escrito e bem embasado teoricamente. Tem importância não só científica como também social, pois, como esclarecem os pesquisadores, surge como uma forma de retratar a realidade do enfrentamento da violência intrafamiliar contra o idoso no município de Jequié-BA, além de sensibilizar os profissionais das instituições competentes, levando-os a refletirem sobre suas práticas neste processo, possibilitando desta forma, o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para atender os idosos vitimados por este tipo de violência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos contemplados

Recomendações:

Sem necessidade de recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta todos os itens necessários a sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer do relator aprovado pelo colegiado.

JEQUIE, 19 de Abril de 2012

Assinado por:

Ana Angélica Leal Barbosa