

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ADRIANO YOSHIO SHIMBO

**O RECONHECIMENTO PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA
VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS**

**CURITIBA
2008**

ADRIANO YOSHIO SHIMBO

**O RECONHECIMENTO PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA
VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências e da Saúde, Universidade Federal do Paraná (UFPR), como parte das exigências para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Liliana Maria Labronici

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Mantovani

**CURITIBA
2008**

Shimbo, Adriano Yoshio

O reconhecimento pela equipe da estratégia saúde da família da violência intrafamiliar contra idosos / Adriano Yoshio Shimbo – Curitiba, 2008.

80 f. ; il.

Inclui referências bibliográficas.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Liliansa Maria Labronici

1. Violência. 2. Maus-tratos ao Idoso. 3. Prática profissional. I. Título.

NLM WT

TERMO DE APROVAÇÃO
ADRIANO YOSHIO SHIMBO

**O RECONHECIMENTO PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA
VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA IDOSOS**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós- Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: _____

Prof.^a Dr.^a Liliana Maria Labronici
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Prof.^a Dr.^a Lucia Hisako Takase Gonçalves
Membro Titular: Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a Dr.^a Verônica de Azevedo Mazza
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 09 de dezembro de 2008

Aos meus pais João e Pedra.

Aos meus irmãos André e Andréa.

Por todo o amor, por quem sou e por tudo o que alcancei.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, bênção e proteção.

A professora Dr.^a Maria Liliana Labronici, pela orientação, apoio, incentivos, confiança e principalmente pela amizade.

A professora Dr.^a Maria de Fátima Mantovani, pela confiança, acolhida e incentivo no término deste trabalho.

As professoras Dr.^a Lucia Hisako Takase Gonçalves Takase e Dr.^a Verônica de Azevedo Mazza por participarem da banca de avaliação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná por contribuir com o meu desenvolvimento científico e humano.

As equipes da Estratégia Saúde da Família por participarem da realização deste trabalho.

Aos amigos Juliana, Thiago, Tatiane, Altair e Letícia pela amizade, companheirismo e pela colaboração na realização deste.

Aos colegas de pós-graduação Fernanda, Rute, Janine e Juliane, pela amizade, companheirismo e colaboração recebida durante o curso.

**Meu interesse está no futuro
porque é lá que vou passar o resto
da minha vida**

(Charles Kettering)

RESUMO

SHIMBO, A. Y. ; LABRONICI, L. M.; MANTOVANI, M. F. **O reconhecimento pela equipe da estratégia saúde da família da violência intrafamiliar contra idosos.** 2008. 80f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, 2008.

A violência intrafamiliar é umas das situações a que os idosos estão expostos com o avançar da idade. Conhecer este fenômeno, suas causas, seus fatores de riscos, as formas de rastreamento e os tipos de violência tornam-se um desafio para os profissionais da Atenção Básica de Saúde. Esta dissertação é uma pesquisa exploratória, que teve como objetivo identificar as formas de reconhecimentos da violência intrafamiliar contra idosos, referidos pelos integrantes da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. A pesquisa foi realizada de abril a junho de 2008 por meio da amostragem por etapa ou estágio duplo. Os dados foram coletados mediante entrevista com um roteiro estruturado com 96 sujeitos, sendo: 9 enfermeiros, 9 odontólogos, 9 técnicos em higiene dental, 27 auxiliares e 33 agentes comunitários de saúde. Constatou-se nesta pesquisa que 91% (87) dos integrantes da ESF percebem a violência intrafamiliar contra os idosos na cidade de Curitiba, principalmente casos de abandono/negligência, de acordo com 25% (75) das respostas dos entrevistados. Apesar de identificarem esses tipos de maus tratos causados pela família, 74% (71) deles não referem utilizar instrumento de identificação de violência específico para esta faixa etária, sendo a visita domiciliar o meio mais comum para tal reconhecimento em 52% (83). Os fatores de risco mais comuns relacionados aos maus-tratos referem-se à família totalizando 33% (229) das respostas. Entre as principais dificuldades de identificação deste fenômeno destaca-se o fato de que o idoso não fala a respeito da violência 16% (81), em segundo lugar a doença mental 15% (79), e em terceiro a dificuldade de comunicação 14% (75). Outra questão importante constada é o uso de apenas uma rede social de apoio para resolver o problema da violência, e a Fundação de Ação Social foi a mais citada pelos participantes com 62% (88). Portanto, os dados encontrados nesta pesquisa, nos levam a uma reflexão, que nos faz repensar no atendimento oferecido à população idosa, na capacitação dos profissionais, e em um mecanismo de rastreamento que permita prevenir esse fenômeno na sociedade.

Descritores: Violência. Maus-tratos ao Idoso. Saúde da Família. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

SHIMBO, A. Y. ; LABRONICI, L. M.; MANTOVANI, M. F. **The recognition of domestic elder abuse by the team of family health strategy**, 2008. 80p. Dissertation (Master's Degree) – Nursing Postgraduation Program at Federal University of Parana, 2008.

Domestic abuse is one of the situations that elders are exposed to as they are aging. Learning about this phenomenon, its causes, its risk factors, detection ways and the kinds of abuse have become a challenge for professionals in primary health care. This dissertation is an exploratory research study which objectifies to identify ways of recognizing domestic elder abuse referred to by the team of Family Health Strategy (FHS) from the Municipal Health Secretary of Curitiba/Paraná State - Brazil. The research study was held from April to June/2008 by means of a two-stage sampling or double sampling. Data were collected through interviews using an oriented structured instrument with 96 subjects: 9 nurses, 9 dentists, 9 dental hygienists, 27 assistants and 33 community health agents. It was verified in this study that 91% (87) members of the FHS team can detect domestic elder abuse in the city of Curitiba, mainly cases of abandonment/ neglect, according to 25% (75) of the interviewed. In spite of detecting this kind of family mistreatment, 74% (71) of them did not refer to use any specific abuse detection instruments for this age group; the commonest way of identification is home visit - 52% (83). The commonest risk factors of elder mistreatment are family-related accounting for 33% (229) of the answers. Among the main difficulties in identifying this phenomenon, it is pointed out the fact that elders do not mention the abuse – 16% (81), secondly, mental illness – 15% (79) and thirdly, the difficulty in communication – 14% (75). Another important issue to be mentioned is that a single social support network has been used to solve the problem, and Social Action Foundation (Fundação de Ação Social) was the most mentioned by the participants – 62% (88). Therefore, the data found in this study are thought-provoking; they make us think over elderly population's care delivery, professional qualification and a detection mechanism which enables the prevention from this social phenomenon.

Descriptors: Abuse. Elder mistreatment. Family Health; Family Health Program.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA SEGUNDO GÊNERO E IDADE. 2008.40

LISTA DE FIGURA

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA.....34

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - TEMPO DE FORMADO DOS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA . 2008.....	41
TABELA 2 - TEMPO DE TRABALHO NA USF SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.....	42
TABELA 3 - CAPACITAÇÃO NA ÁREA SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.....	43
TABELA 4 - O RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO PELA EQUIPE DE ESF NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.....	47
TABELA 5 - USO DO INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.....	48
TABELA 6 - AS FORMAS DE IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.....	51
TABELA 7- DIFICULDADES EM IDENTIFICAR A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.....	53
TABELA 8- TIPOS DE VIOLÊNCIA PERCEBIDA PELOS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.....	56
TABELA 9 – FATORES DE RISCO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF. CURITIBA. 2008.	57
TABELA 10 - TIPO DE DENÚNCIA DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF. CURITIBA. 2008	60

TABELA 11 – SERVIÇOS DE PROTEÇÃO DOS IDOSOS VÍTIMAS VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008..... 61

TABELA 12 - AS FORMAS DE RESOLUÇÃO DO PROBLEMA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO SEGUNDO OS INTEGRANTES DA ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008..... 64

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DE USF E O NÚMERO DE IDOSOS POR DISTRITOS SANITÁRIOS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008..... 36

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA SELECIONADOS PARA PESQUISA POR USF. 2008.. 37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
3 METODOLOGIA.....	32
3.1 Abordagem de pesquisa	32
3.2 Local da pesquisa.....	32
3.3 População e amostra	34
3.4 Coleta de dados.....	38
3.5 Análise dos dados	38
3.6 Aspectos éticos.....	39
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.1 Caracterização dos integrantes das equipes de ESF	40
4.2 Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pelos integrantes da equipe de ESF	47
4.2.1 Dificuldade em identificar a violência	53
4.2.2 Tipo de Violência.....	56
4.2.4 Tipos de Denúncias.....	60
4.2.5 Rede de proteção social.....	61
5 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	65
REFERÊNCIAS.....	15
APÊNDICES.....	74
ANEXOS	79

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno comum tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos, apesar de que nesses há maiores possibilidades de se viver mais tempo.

Desde os anos 1960, a maioria dos idosos, em números absolutos, vive em países do terceiro mundo, e as projeções estatísticas demonstram que esta é a faixa etária que mais crescerá (BRASIL, 2002).

No Brasil, o aumento quantitativo da população corresponde a 17,6 milhões de idosos, e estima-se que o país alcançará em 2020 o 6º lugar, no ranking mundial, com o maior número de indivíduos nesta faixa etária. (BRASIL, 2006 a).

É importante salientar que muitas são as dificuldades enfrentadas pela idade avançada, que afetam não só os aspectos físicos decorrentes da fragilidade e vulnerabilidade própria do estado fisiológico, mas também novos agravos vivenciados pelos idosos na sociedade contemporânea, em potencial, a crescente violência social contra eles. (GAIOLI, 2004).

A partir da década de 1980 e com uma freqüência maior nos últimos anos, uma nova manifestação de violência na sociedade passou a ser denunciada, porém, de difícil identificação e por conseqüência, praticamente oculta da opinião pública: a violência intrafamiliar contra os idosos em suas próprias casas e fora dela. (QUEIROZ, 2000).

Historicamente, a violência sempre esteve presente mediante uma multiplicidade de formas e em diferentes ambientes e, independente de classe social, afeta as mais variadas faixas etárias. No entanto, somente a partir da segunda metade do século XX, a civilização tomou consciência desse problema como fenômeno social. (QUEIROZ, 2000).

Um dos fatores que tem gerado os maus-tratos contra a pessoa idosa são as mudanças no perfil das famílias brasileiras, que com o passar dos anos, vivenciam as transformações de seus valores e tradições. Outra questão que tem influenciado essa situação é a feminização do mercado de trabalho formal e informal e o aumento da mortalidade masculina (cada vez mais jovem), o que afetou o balanço entre necessidades e a disponibilidade de auxílio real existente entre os membros familiares, fazendo com que pessoas idosas assumam os cuidados das

residências, e, dessa forma, passem a ser culpabilizados por todas as crises do seu lar (BRASIL, 2006 a).

A desarmonia entre os componentes da família pode contribuir para o adoecimento dos seus diferentes membros, em especial o idoso, que aos poucos perde seu papel dentro do próprio lar, levando a uma relação disfuncional, na qual há ausência de comprometimento de seus familiares em oferecer-lhe um ambiente saudável, isolando-o de seu meio social e tornando-o vítima de maus tratos. (BRASIL, 2006 a).

A manifestação de violência contra os idosos também pode estar associada à fragilidade social e física, trazidas pelas interferências externas próprias do contexto de vida das pessoas que estão vivenciando o envelhecimento. Desse modo, ela se apresenta em vários contextos, nas relações institucionais e grupais ou interpessoais, alimentadas por interconexão ainda pouco conhecida pelos mecanismos de saúde. (SCHRAIBER, OLIVEIRA, COUTO, 2006).

O fenômeno violência constitui-se em conceito

referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais. (BRASIL, 2001a, p.3).

Para a Organização Mundial da Saúde (1998), a violência é considerada doença de causa externa segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em resposta aos resultados das agressões e dos acidentes, traumas e lesões que se configuram num conjunto de agravos à saúde e pode ou não levar ao óbito por situações acidentais e/ou intencionais.

No Brasil, o número de óbitos de idosos decorrentes de causas externas foi de 19.383 em 2005, dos quais 2.995 foram na região Sul, terceira região brasileira segundo o índice de óbitos de idosos nessas circunstâncias. No Paraná, este número foi de 1.234 casos identificados, correspondendo a 15% desse agravo no Estado, e um índice de hospitalização de 18% (IPARDES*, 2006).

* Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

No município de Curitiba, os óbitos por causas externas em idosos correspondiam a 287 casos em uma população de 133.619 habitantes, sendo que as que acarretaram maior número de internações nessa faixa etária foram: quedas, 12,00%; intoxicações, 2,06%; acidente de transporte, 1,85%; agressões, 0,07% e demais causas 83,20% (DATASUS, 2006). Este alto índice de causas não especificada no sistema não permite uma compreensão mais ampla da realidade.

Fontes oficiais de informações sobre maus-tratos/violência em idosos no Brasil, dentre as quais estão a Secretaria de Segurança Pública e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, indicam que esse fenômeno tem crescido especialmente nas áreas urbanas das metrópoles, no entanto, um número significativo de formas de violência não chega oficialmente ao conhecimento institucional, configurando, dessa forma, subnotificação que, conseqüentemente, prejudica a fidedignidade das informações a respeito da situação (GAIOLI, 2004).

A escassez de informação quanto aos agredidos e agressores é uma temática delicada, de difícil estudo, principalmente porque os idosos, de um modo geral, não denunciam abusos e agressões sofridas em função do constrangimento e do medo de repressão por parte de seus cuidadores que são, freqüentemente, os próprios agressores (MINAYO, 2003). Na maioria dos casos, os próprios idosos contribuem para que a violência não venha à tona, pois, em geral, sentem-se culpados em denunciar o ofensor, no caso de filhos e outros entes queridos em seu próprio lar (GAIOLI, 2004). Assim, explicitar a violência intrafamiliar contra o idoso presente no ambiente domiciliar ou fora dele, suscita da atenção básica de saúde uma organização que permita identificar e propor ações que abarquem a resolução dessa problemática (MINAYO, 2003).

Há que se destacar que as informações sobre morbidade por causas violentas em idosos ainda são pouco consistentes no Brasil, fato observado também na literatura internacional que ressalta a dificuldade em notificar esse agravo em todo o mundo.

Estima-se que a manifestação de violência mais comum contra os idosos é a que ocorre no âmbito intrafamiliar, porém, não há estudos mais aprofundados existentes no país que permitam explicitar e generalizar a proporção em que se incide na sociedade, por se tratar de uma investigação ainda incipiente (MINAYO, 2003). Como conseqüência, há a necessidade de novos investimentos na assistência à saúde das pessoas idosas, que permitam identificar e resolver essa

situação que aumenta com a demanda de idosos, fato que ganha maior destaque, principalmente quando falamos de atendimento gerontológico, pois o sistema de saúde ainda não está organizado para responder às necessidades específicas desta faixa etária (QUEIROZ, 2000).

Uma das alternativas que temos na atenção básica de saúde é a Estratégia Saúde da Família (ESF) que propõe uma mudança no modelo assistencial, com foco na família no seu contexto domiciliar. Dessa forma, esse modelo pode facilitar a identificação da violência contra os idosos e seu enfrentamento no lócus intrafamiliar, uma vez que este é considerado o local privilegiado para a sua expressão (SANTOS et al., 2007). Neste sentido, a incorporação do atendimento à família aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço domiciliar e comunidades nas quais as práticas estão enraizadas (SILVESTRE; COSTA, 2003).

Neste sentido vale ressaltar que o objetivo da ESF é:

acolher integralmente as necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais, interferindo nos padrões de produção de saúde e doença e conseqüentemente, melhorando os indicadores de saúde. É um modelo de atenção de caráter substitutivo que, demanda novas práticas, resultando na reorganização do processo de trabalho, o que permite uma nova lógica de estruturação da Atenção Básica. (BRASIL, 2004, p.4).

Nesse contexto, os integrantes da ESF desempenham papel significativo no combate à violência intrafamiliar, que representa uma das causas de afastamento do idoso no processo produtivo das famílias, e seu isolamento social por sua incapacidade física ou mental, e, conseqüentemente, a perda da sua autonomia e funcionalidade dentro seu próprio lar. (GAIOLI, 2004).

A Unidade de Saúde da Família oportuniza à equipe uma maior aproximação às questões que envolvem a violência, pois respondem como porta de entrada do sistema, constituindo-se como referência para o primeiro contato do usuário, espaço no qual cerca de 85% dos problemas mais comuns de saúde da comunidade podem ser solucionados. (BRASIL, 2004).

As equipes da ESF orientam a participação comunitária e o controle social para o alcance dos princípios do SUS, criam condições e estimulam a participação dos usuários nos processos educativos, assim como no planejamento e na avaliação

da assistência ao idoso (OLIVEIRA; MARCON, 2007). Desta forma, as equipes possuem condição para identificação de possíveis vítimas de violência intrafamiliar, em especial o idoso, já que, podem ter acesso à estrutura, à dinâmica e à organização das famílias, assim como a identificação de riscos, intervenção preventiva e confirmação de um diagnóstico (LOPES; PAIXÃO, 2007).

Os integrantes da equipe da ESF têm a responsabilidade ética e legal de identificar e relatar a suspeita de maus-tratos às autoridades competentes, permitindo, assim, a investigação e ação dos serviços de proteção ao idoso onde estiver inserido (ELSNER, PAVAN; GUEDES, 2007; SALIBA, 2007); têm a oportunidade da ação como a primeira forma de ajuda, de adentrar no domicílio, incluir-se no contexto, refletir, detectar os agredidos e agressores, sua origem, os agravos decorrentes e intervir nas famílias de riscos, por meio de atividades em grupo ou em visitas domiciliares (LOPES; PAIXÃO, 2007).

A questão de maus-tratos no espaço privado historicamente sempre existiu, entretanto, assumiu ao longo dos séculos diferentes conotações, chegando aos dias de hoje a ocorrer com-maior freqüência. Assim, é necessário buscar as razões pelas quais muitos indivíduos desenvolvem relações familiares em que existem situações de maus-tratos (GAIOLI, 2004).

É importante destacar que a violência contra o idoso permeia a vida de forma oculta e silenciosa e os profissionais de saúde podem quebrar este silêncio, de modo a auxiliar na minimização dos danos gerados em cada família e interromper a continuidade desse ciclo. Portanto, os serviços de saúde são uma das principais portas de reconhecimento das vítimas de violência intrafamiliar contra o idoso. (LOPES; PAIXÃO, 2007).

Diante do exposto esta pesquisa tem como questão norteadora: **como os integrantes da equipe ESF reconhecem a violência intrafamiliar contra os idosos no município de Curitiba?**

Objetivo:

Identificar as formas de reconhecimentos da violência intrafamiliar contra idosos referidos pelos integrantes da equipe ESF.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural de perdas ou redução da capacidade funcional do ser humano que ocorre com o passar dos anos (BRASIL, 2006a). Esta fase da vida, também chamada de terceira idade ou idosa, é alcançada, segundo a Organização Mundial da Saúde, quando o indivíduo atinge os 60 anos nos países em desenvolvimento. Já nos países desenvolvidos, quando atinge os 65 anos. (IBGE, 2000).

Entre as etapas em que essa transição demográfica se fez, podemos considerar 4 fases: em um primeiro momento a alta fecundidade e mortalidade, nas quais o índice elevado de nascidos era compensado com uma taxa de mortalidade também alta, em segundo uma redução da mortalidade em meados da década de 1940 e 1950, com a predominância de jovens. Na terceira fase tivemos uma redução de fecundidade e mortalidade ao mesmo tempo, aumentando o número de jovens adultos em nosso meio, e, finalmente na quarta fase, a situação se intensifica e a população de idosos começou a aumentar de maneira contínua em todo o Brasil. (BRASIL, 2002).

No Paraná em 2000, de um total de 9.563.458 habitantes, 809.431 apresentavam 60 anos ou mais de idade, o que significa 8,5% da população paranaense. Em Curitiba, de um total de 1.587.315 habitantes, 133.619 são maiores de 60 anos, o que representa 8,4% do total de habitantes (IBGE, 2000). No que se refere ao índice de envelhecimento, o número de idosos para cada 100 indivíduos jovens por ano é de aproximadamente 42 idosos, dado que aumentando com passar dos anos (DATASUS, 2006).

Esse processo de envelhecimento populacional é percebido nas áreas urbanas, em decorrência do movimento migratório resultante do processo de industrialização (VERAS et al., 2002). O despreparo da sociedade para o conviver com a terceira idade vem acarretando questões políticas e sociais para o atendimento e a inclusão dessas pessoas, que, por sua vez, se deparam com um ambiente de desassistência do poder público, além de insuficiência ou inexistência de um suporte financeiro para a sua sobrevivência. (PORTO; KOLLER, 2006).

Há que se lembrar que o prolongamento da vida é estimulado, porém, pouco se valoriza o ser que envelhece. Entre os problemas de saúde que os idosos

estão expostos na sociedade, podemos encontrar a violência, classificada pelos órgãos de saúde como doença de causa externa que se manifesta de diferentes formas, em âmbito familiar e institucional, e é uma de suas maneiras mais cruéis de agressão à saúde dos idosos, principalmente por sua incapacidade física e social. (SILVA, 2008).

A violência, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002), constitui-se no uso intencional da força ou poder, real em ameaça, contra si próprio, contra a outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte ou dano psicológico.

Segundo a Rede Internacional para Prevenção dos Maus Tratos contra a Pessoa Idosa, a violência que acomete esse grupo etário constitui “o ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano físico ou aflição, e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança” (BRASIL, 2006a, p.43), se expressando por meio do abuso de poder e controle da condição humana, no ambiente intrafamiliar ou institucional, em decorrência da fragilidade econômica, social, política e patológica deste indivíduo. (GROSSI; SOUZA, 2003).

A violência contra o idoso freqüentemente é denominada de maus tratos e abusos (SILVA et al, 2008). No Brasil, os dados oficiais do Sistema Único de Saúde a respeito desse fenômeno são merecedores de novas pesquisas, isto é, as informações que o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) tem a seu respeito permitem apenas identificar a mortalidade e morbidade da população de forma superficial de acordo com a faixa etária, e classificá-la como causa externa, dificultando a sua interpretação e delimitação real, onde se insere e os motivos que as geram.

Há que se destacar que nos últimos anos houve preocupação em estruturar os sistemas de informação integrados de saúde, de forma a monitorar as manifestações destes eventos, possibilitando maior consistência nos dados registrados e conhecimento a respeito do crescimento das mortes por causa externa, principalmente no que se refere à determinação dos fatores de risco associado a cada um deles. (BRASIL, 2001a).

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

(primeira causa específica de internação), resultantes na maioria das vezes de negligências e omissões da própria família. (MINAYO, 2003).

Em âmbito social, a violência contra o idoso não ocupa tanto destaque como a provocada em crianças e mulheres, mas age de forma silenciosa dentro das relações humanas de uma comunidade. Existem poucos estudos a respeito dessa temática, principalmente a que envolve a família. Apesar de existir políticas que foram construídas para o combate da violência, ainda há muito que investir sobre a situação de agressão à pessoa com maior idade.

É importante ressaltar que as políticas públicas trouxeram novas perspectivas de vida e possibilidades de um envelhecimento, e privilegiaram a proteção do idoso em nível familiar e institucional, nos espaços públicos ou privados (ELSNER; PAVAN; GUEDES, 2007), garantida pela Lei Federal nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994.

A Lei nº 8.842 dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e em seu capítulo IV, artigo 10º, expressa a preocupação com a violência quando menciona promover e defender os direitos da pessoa idosa, zelar pela aplicação de normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões em seus direitos.

Salientam-se também eventos que, em nossa história, marcaram a luta por um envelhecimento digno tais como: o Congresso Pan-Americano de Geriatria e Gerontologia em São Paulo em 1995, no qual houve a criação da Comissão Latino-Americana para a Prevenção de abusos, negligência e maus tratos em idosos. Nessa mesma década surgiu a Rede Internacional para a Prevenção da Violência contra Idosos em 1997, no XVII Congresso Internacional de Gerontologia na Austrália (ESPÍNDOLA; BLAY, 2007).

Em 1º de Outubro de 2003 é sancionada a Lei nº 10.741 que trata do Estatuto do Idoso, outra política que vem reforçar as ações em prol das pessoas com 60 anos ou mais, dispondo sobre os direitos que visam garantir o bem-estar e a qualidade de vida desse segmento populacional no país. (PEREIRA; COTT; PRIORE, 2005).

O Estatuto do Idoso em seu artigo 9º estabelece a obrigatoriedade do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. Já no artigo 10º, cita o dever de todos zelarem pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento,

aterrorizante, vexatório ou constrangedor, e, no artigo 19º em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso. (BRASIL, 2003).

Embora exista a preocupação em defender os direitos das pessoas idosas no que diz respeito à violência, existe a dificuldade da denúncia, principalmente para o encaminhamento das ações legais, devido à precariedade de recursos existentes para as providências cabíveis (QUEIROZ, 2000). Isso acaba deteriorando violentamente suas condições de vida no país, gerando desigualdade e discriminação em seu processo de envelhecimento. (BARBOSA; DUARTE, 2001).

Outro aspecto que merece ser enfatizado é de que a carência de serviço de apoio aos idosos agredidos faz com que a insegurança tome conta de sua vida, já que quando denunciam a situação de agressão, ao retornar aos seus lares são maltratados novamente e isto gera medo e apreensão. (GAIOLI, 2004).

Entre as formas em que a violência contra o idoso manifesta-se no meio social podemos citar: a intrafamiliar, doméstica e a institucional, e elas podem fomentar inúmeras discussões conceituais, uma vez que o tema está em processo de construção e incita novas pesquisas.

A violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física e psicológica, ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, e inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue (BRASIL, 2001a). Já o termo doméstico incluiria pessoas que convivem no ambiente familiar como empregadas, agregados e visitantes esporádicos, porém, são situações de maus tratos que ocorrem dentro do lar ou no domicílio do idoso. (SILVA, 2008).

A violência institucional, por outro lado, é aquela causada por ação ou omissão, e pode incluir o destrato dos profissionais com o idoso dentro de uma instituição, desde a má qualidade dos serviços prestados até a dimensão mais ampla da falta de acesso à saúde. (BRASIL, 2001a).

Nesta pesquisa, foi abordada a questão da violência intrafamiliar por se tratar de uma temática ainda incipiente e subnotificada pelos serviços de saúde, além de constituir um problema de difícil identificação.

As manifestações de violência contra os idosos em seu ambiente intrafamiliar se desenvolvem de forma silenciosa e mascarada, agindo no interior das famílias de maneira oculta e contínua. É comum os filhos, abandonarem seus pais e parentes próximos em asilos ou outras instituições que prestam atendimento, e essa situação se constitui uma das graves e chocantes maneiras de se demonstrar a violência (RITT, 2007). Desta forma,

os casos de negligência e de maus-tratos em asilos, não somente por parte da família, que abandona o idoso lá, mas também por parte daqueles que deveriam cuidar dele, como profissionais de saúde, assistentes, cuidadores, configurando uma das manifestações da violência doméstica e familiar. (RITT, 2007, p.44).

Diante disso, os diferentes sentimentos que envolvem a relação de tal violência contra o idoso em seu contexto são o medo, a vergonha e até mesmo a culpa pelo fracasso em não conseguir construir no decorrer de sua história de vida uma unidade familiar saudável. Isso faz com que o idoso seja condizente com a omissão do acontecimento, e até mesmo a aceitação desta condição como parte natural das relações entre a família, deixando marcas em sua vida. (RITT, 2007).

Nos Estados Unidos onde se tem estudado mais detalhadamente sobre a violência intrafamiliar, observa-se que as pessoas idosas são freqüentemente mortas, agredidas fisicamente, feridas e lesionadas em seus domicílios por outro membro da família do que em qualquer outro ambiente, ou por qualquer outro indivíduo (GELLES, 1997, apud PAIXÃO; REICHENHEIM, 2006). Desta forma, há que se avançar na compreensão deste fenômeno social que instiga a ciência e constitui umas das causas de morte do idoso no país, além de produzir estresse, fobias e traumas que matam silenciosamente, e prejudicam o seu bem estar, a integridade física, psicológica e sua liberdade. (BRASIL, 2006 a).

A violência segundo o Ministério da Saúde é classificada da seguinte forma:

A – Violência física: que consiste no uso da força física para compelir o/a idoso a fazer o que não deseja, para ferir-lhe, provocar-lhe dores, incapacidades ou a morte[...].

B – Violência sexual: é caracterizada como ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional que visa obter excitação ou satisfação sexual do agressor/agressora [...].

C – Violência psicológica: é toda ação ou omissão (agressões verbais ou gestuais) que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa idosa [...].

D – Violência econômica ou financeira ou patrimonial: é a forma de violência que se expressa na exploração indevida ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros ou patrimoniais. Esse tipo de abuso ocorre, principalmente, no âmbito familiar, podendo também acontecer em instituições de longa permanência [...].

E – Violência institucional: é aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão [...].

F – Abandono/negligência: é caracterizado pela falta de atenção para atender às necessidades humanas da pessoa idosa [...].

G – Auto-negligência: é a violência da pessoa idosa contra si mesma (conduta) ameaçando sua própria saúde ou segurança. Normalmente manifesta-se com a recusa ou o fracasso de prover a si próprio um cuidado adequado, mesmo tendo condições físicas para fazê-lo [...]. (BRASIL, 2006a, p.45 e 46).

Entre os fatores de risco que podem levar à situação de violência no idoso encontramos a fragilidade, que, segundo Caldas (2004), é um importante parâmetro na área do envelhecimento, já que, permite determinar quando e em que situações um idoso necessita de assistência.

A fragilidade é um fenômeno clínico e social que consiste na perda da capacidade do corpo em reagir às agressões de seu meio, pode ser evitada e tem grande potencial para a reversibilidade por meio de intervenções de saúde. Estima-se que de 10% a 25% das pessoas acima dos 65 anos, e 46% acima dos 85 que vivem na comunidade sejam frágeis conferindo-lhes alto risco para desfechos clínicos adversos e situações de violência. (BRASIL, 2006a).

As formas como a violência age em nosso meio fazem com que haja a necessidade dos profissionais entenderem em quais momentos e como ela ocorre principalmente em seu meio intrafamiliar, quem são os agressores e o perfil dos agredidos, e quais são os fatores de risco que facilitam a sua manifestação.

Os fatores de risco apontam para a possibilidade do idoso vir a sofrer algum agravamento, consistem no risco que estão freqüentemente expostos em seu meio, e representam sinais de alerta de violência. Para as ciências da saúde são representados como indicadores de certas características que potencializam a probabilidade de um indivíduo adoecer. Assim, o conceito de fragilidade é usado

para indicar as predisposições ao acometimento de eventos que aumentam os índices de morbi-mortalidade de determinado grupo (VERAS, 2002), e “podem ser considerados elementos de qualquer origem que possam comprometer ou colocar em risco a integridade física e/ou emocional de um indivíduo” (BRASIL, 2001a, p.28). Neste sentido, a revelação destes fatores permite melhor compreender o fenômeno violência, possibilita maiores subsídios na implementação de medidas de vigilância à saúde, além de auxiliar na manutenção de uma convivência familiar pacífica entre os idosos e seus familiares, e favorecer a mobilização de medidas socioculturais que visem à melhoria da qualidade de vida de toda a unidade familiar. (SOUZA et al., 2004).

O conhecimento dos fatores de risco, principalmente no ambiente intrafamiliar antecipa e facilita a detecção de possíveis agressões contra os indivíduos na terceira idade, porém, segundo Souza et al. (2004) há necessidade de uma avaliação não só da pessoa idosa, mas também dos familiares que convivem com ela.

Deve-se também levar em consideração alguns fatores de risco como: a presença concomitante de doenças crônicas em idosos, cujas manifestações podem mimetizar atos violentos ou diminuir a sua suspeita clínica. (PAIXÃO e REICHENHEIM, 2006). Outra situação é a feminização do envelhecimento que possibilita maiores chances das mulheres sofrerem atos de violência, por serem historicamente rotuladas como sexo frágil, e consideradas foco fácil para sofrerem abusos (SOUZA et al., 2004).

Uma pesquisa realizada por Passinato, Camarano e Machado (2004) junto a dois serviços vinculados ao governo do Estado do Rio de Janeiro, a Voz do Cidadão do Senado Federal e o Ligue Idoso Ouvidoria, mostrou que as mulheres são as principais vítimas de maus-tratos nas denúncias recebidas e responsáveis por 68% do total; os homens são vítimas em 25% das denúncias, e em 7% não foi mencionado o sexo da vítima. A idade média das vítimas é de 78 anos para ambos os sexos, e houve a predominância de entes da própria família como principais agressores.

A prevenção desse agravo se projeta em vários ângulos, pois o aparecimento do risco de violência intrafamiliar também está relacionado ao comportamento humano, ou seja, aos aspectos culturais de cada sociedade que trata a violência de acordo com seus valores e crenças (ESPINDOLA; BLAY, 2007).

O risco de violência também pode se manifestar com os escassos recursos econômicos/sociais, baixos rendimentos das famílias, isolamento social das pessoas, baixo nível educacional, debilidade funcional do idoso, abuso de substâncias pelo prestador de cuidados ou pelo idoso na família, alterações psicológicas, personalidade patológica, história anterior de violência, frustração ou exaustão do prestador de cuidados ao idoso e limitação cognitiva de ambos. Estes fatores podem ser considerados para algumas realidades, porém, não devem ser levados como verdade absoluta ou generalizados para todo território brasileiro, porquanto são resultados de pesquisas de uma pequena parcela populacional. (SOUZA et al., 2004).

No que diz respeito à violência intrafamiliar pode-se afirmar que se constitui um problema ainda mais relevante, uma vez que ocorrem no espaço privado ocultando dos profissionais de saúde os maus-tratos. Deste modo, lidar com a violência e a saúde familiar é um assunto complexo, motivo pelo qual há necessidade de desenvolver estratégias na intenção de combater esse problema. (SOUZA et al., 2004).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000b) mostrou que, na sociedade brasileira, cada vez mais o idoso é responsável pelo seu domicílio, verificando que 62,4% desta população em 2000 contribuíam significativamente com a fonte de renda das famílias, ocupando um papel de destaque no modelo de organização de seus lares, apresentando, dessa forma, maiores chances de serem vítimas de violência intrafamiliar.

Em Curitiba, de acordo com IPPUC (2002), os idosos apresentam como principal forma de ocupação o trabalho domiciliar, correspondendo a 38,75% da população do município. Em sua grande maioria, 35,21% vivem com os filhos e 6,2% com parentes dentro do seu próprio lar.

A independência e a auto-suficiência do idoso nem sempre é possível dentro do ambiente familiar, uma vez que por questões de saúde ou da própria situação financeira, se vê obrigado a recorrer aos seus familiares em busca de abrigo, familiares que passam a ser seus cuidadores e a se responsabilizar por suas ações. Neste sentido, é crucial que as famílias desenvolvam a capacidade de compreensão das fragilidades causadas por condições patológicas, sociais ou mesmo pelo envelhecimento biológico, de modo a evitar problemas de

relacionamento, e, conseqüentemente de violência intrafamiliar. (PORTO; KOLLER, 2006).

É interessante lembrar que cada família tem suas crenças, suas histórias que podem ser reconhecidas ou transmitidas de geração em geração. Dessa forma, o seu comportamento familiar articula-se conforme as condições sociais e os modelos culturais vigentes de cada época, muitas vezes, com delimitações de funções e hierarquias de poder que podem ajudar ou atrapalhar o relacionamento intrafamiliar e o equilíbrio do ambiente. (LOPES; PAIXÃO, 2007).

De acordo com Porto e Koller (2006, p.112) a família é

a fonte primária das experiências iniciais do ser humano e é nele que se aprende o respeito por si próprio e pelos outros. Um dos temas mais difíceis da psicologia da velhice é a análise das razões que motivam condutas diversas de familiares, com relação ao membro de mais idade e vice-versa.

O rastreamento de sinais de violência contra os idosos é freqüentemente negligenciado nos serviços de saúde, quer pela dificuldade em identificá-los, quer pela ausência de suporte formal para auxiliar tanto a(s) vítima(s) quanto os profissionais (BRASIL, 2006 a). Desta forma, a investigação sobre esse fenômeno em nosso país merece maior aprofundamento, porque ainda não possuímos um instrumento de origem brasileira de identificação, que demonstre a magnitude do problema em nossa realidade. (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2006).

O instrumento apresentado pelo Ministério da Saúde do Brasil denominado Avaliação da Presença de Violência e Maus Tratos contra a Pessoa Idosa, é de origem Porto-riquenha, e está direcionado às investigações para o atendimento da violência física e psicológica. Este instrumento por sua vez, é utilizado para notificação das agressões sofridas, serve para auxiliar as vítimas na defesa de seus direitos, além de contribuir para o registro epidemiológico desses agravos externos à saúde. (BRASIL, 2006 a).

A carência deste tipo de instrumento dificulta cada vez mais uma abordagem ampla que vá além da investigação de sinais e sintomas. Dessa forma, a utilização de instrumentos mais globais no atendimento geriátrico na atenção primária, por parte dos profissionais da saúde possibilita uma mensuração detalhada de informações que podem propiciar o rastreamento do risco ou a presença de

violência (PAIXÃO et al., 2007). Nesse sentido, o profissional de saúde deve se instrumentalizar de modo a direcionar seu olhar para além dos indivíduos, compreendendo a funcionalidade familiar como um componente essencial do planejamento assistencial para o alcance do sucesso terapêutico. (BRASIL, 2006 a).

A utilização desse tipo de instrumento de identificação específico de violência contra o idoso nos serviços de saúde, ainda não faz parte da realidade brasileira. Estudos a esse respeito caminham de forma lenta, e os que são encontrados em bases de dados são de língua inglesa, motivo pela qual necessitam de adaptações transculturais para que sejam usadas no Brasil (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2006).

As pesquisas realizadas a respeito dos instrumentos de identificação de violência contra o idoso têm se mostrado uma das alternativas para que os dados sobre esse fenômeno sejam rastreados, e as medidas de intervenção tomadas de forma objetiva em seus vários ambientes. (PAIXÃO et al., 2007).

A desvalorização das pessoas idosas e a falta de prioridades de políticas econômicas no atendimento à violência dificultam a construção de um novo instrumento de identificação que atinja as diferentes manifestações de violência, seja nos lares, hospitais e instituições asilares (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2006), e contribua para o registro efetivo deste fenômeno na realidade brasileira.

Os dados sobre a violência contra o idoso são escassos no Brasil, contudo, para se realizar um estudo mais sistemático sobre problema, os fatores de risco e os cuidados às vítimas, é necessária uma documentação sistemática e acurada desses eventos (PAIXÃO, 2006). Desta maneira, contribuir para o rastreamento desse fenômeno em seu ambiente familiar (TRAD; BASTOS, 1998) e atuar na assistência integral às várias faixas etárias nas Unidades Saúde da Família (USF), no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários ainda é um sistema a ser consolidado. (BRASIL, 2007).

O Programa Saúde da Família, atualmente conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), contribui significativamente para a formação de um novo modelo assistencial, que permite rever a situação de maus-tratos contra os idosos no ambiente intrafamiliar. Nele, a equipe multiprofissional deve ser pró-ativa no reconhecimento de agravos à saúde e o acompanhamento da violência passa a se processar de forma contínua e integral por meio do cadastramento dos usuários e

suas famílias, para que, desta maneira, seja possível interferir nos padrões de vida e nos indicadores de saúde. (BRASIL, 2006 b).

É interessante ressaltar que o PSF foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, mas sua consolidação somente ocorreu a partir de 1998 e, atualmente, o termo utilizado é Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta não possui caráter programático e sim características estratégicas de mudança do modelo de atenção à saúde da população, organizando suas ações que visam ter como foco do trabalho a família, assim como o caráter preventivo sobre a comunidade. Dessa forma, constitui uma prática menos reducionista sobre a saúde, avançando para além da simples intervenção médica, que busca a integração com a comunidade, numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família. (BRASIL, 2003).

A equipe de ESF é composta de forma multiprofissional, constituída por “enfermeiros, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, médicos, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental e agente comunitário de saúde, entre outros” (BRASIL, 2007, p.19). Esses são responsáveis pela cobertura de uma determinada área geográfica e populacional. Dessa maneira, incluem dentro de seu planejamento estratégico de saúde, ações voltadas para o recém-nascido, crianças, adolescentes, adultos e idosos dentro de sua área de abrangência, por meio da assistência multiprofissional às famílias.

É importante salientar também que a ESF deve promover e estimular a cultura da paz e a promoção da saúde, incentivar hábitos e comportamentos saudáveis, como também criar estratégias junto com redes sociais de apoio que busquem ambientes seguros para esses idosos (BRASIL, 2006a).

A ESF prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, no qual a equipe se instrumentaliza para se aproximar e conhecer a realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos, de modo a fornecer o atendimento às diferentes necessidades de saúde das pessoas, seja individual, familiar e da comunidade como um todo (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). Para as autoras, o atendimento domiciliar visa garantir uma modalidade que vá além da ausência de enfermidades, incluindo práticas que abarquem políticas econômicas, sociais e de saúde e, portanto, influencia o processo as dimensões saúde-doença dos indivíduos, envolvendo ações preventivas e assistenciais que englobem o atendimento das famílias

Diante deste contexto, a violência se configura como um problema relevante para a sociedade brasileira, um desafio à saúde pública, na qual o seu enfrentamento demanda esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais, de diversificados segmentos sociais e da população em geral (BRASIL, 2001a). Desta forma,

o fenômeno da violência contra o idoso não está conectado apenas à violência a esse grupo, em particular, mas à violência sobre a sociedade como um todo, através da pobreza, racismo e práticas discriminatórias que afetam não apenas as pessoas idosas, mas todos os grupos oprimidos que se encontram inseridos marginalmente na sociedade. Conseqüentemente, uma resposta apropriada à violência contra idosos inclui a luta por uma mais ampla justiça social na perspectiva da cidadania e dos Direitos Humanos. (GROSSI; SOUZA, 2003, p.13).

Em um futuro próximo, várias gerações viverão simultaneamente, pois cada vez mais teremos a presença de crianças, adultos e idosos vivendo em um mesmo lar. Assim, é necessária a mudança de paradigma para que a pessoa idosa, que está passando por um período muito especial em sua vida, seja respeitada e valorizada por toda a sociedade, e, principalmente, pelas gerações mais jovens. (RITT, 2007).

3 METODOLOGIA

3.1 Abordagem de pesquisa

Para a busca de respostas à questão de pesquisa estabelecida, optou-se por uma abordagem quantitativa exploratória. A escolha por este tipo de investigação deve-se ao fato de que esta permite ampliar o conhecimento em relação ao objeto, possibilitando trazer indicadores e tendências com segurança e fazer inferências sobre o fenômeno estudado.

A pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de dados, com ênfase na objetividade e sua análise se dá normalmente por meio de procedimento estatístico. (RICHARDSON, 2008). Neste método, a repetição das informações é importante para a segurança quanto à inferência, uma vez que busca a precisão matemática e a descrição numérica dos dados, além de permitir maior generalização de resultados e comparações entre populações diferentes. (TOBAR; YALOUR, 2001).

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde que estão inseridas na ESF do município de Curitiba, as quais se distribuem em 9 Distritos Sanitários (DS), a saber: Pinheirinho, Bairro Novo, Boqueirão, Cajuru, Portão, CIC, Santa Felicidade, Matriz e Boa Vista, conforme o Quadro 1.

O município de Curitiba, capital do estado do Paraná, foi fundado em 29 de março de 1863. Segundo o IBGE, em 2007, possuía uma população de 1.797.408 habitantes, sua área geográfica é de 435,495 Km² (IBGE, 2007), e está subdividido em 75 bairros (Fig. 1), dos quais, os que se encontram localizados próximos da área central possuem a maior renda por chefe de família e alta densidade populacional. Entretanto, alguns dos bairros localizados na periferia da cidade também apresentam alta densidade populacional, mas, renda mediana-baixa. Considerando

essa característica da cidade, a política de desenvolvimento prioriza seus investimentos em equipamentos sociais nos bairros de menor renda e alta densidade populacional, a fim de melhorar a qualidade de vida de seus moradores. (CURITIBA, Prefeitura Municipal, 2003).

Em relação aos indicadores de 2007, Curitiba apresentou uma densidade demográfica de 4.127,28 hab/Km², e um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,856 colocando a cidade na 16^ª posição em relação às outras cidades brasileiras (ONU, 2007). Com relação às estatísticas apresentadas no IDH de 2003, a cidade possuía grau de urbanização de 100%. No ano de 2000, na área social, a cidade possuía 42.620 famílias em situação de pobreza¹, totalizando 155.080 pessoas nesta situação. (IDH, 2003).

Na área da saúde as ações são organizadas por distritos sanitários e estes subdivididos em Unidades de Saúde que desenvolvem diferentes ações em epidemiologia, planejamento, informação em saúde. Este sistema é composto por nove regionais que abrigam 123 equipamentos de saúde, dos quais 47 são Unidades Básicas de Saúde, 50 Unidades Básicas com Estratégia Saúde da Família, 11 Unidades de Saúde Complexas, 7 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), 8 Centros Municipais de Urgências Médicas (CMUM), um hospital com maternidade e um Laboratório de Análises Clínicas. Para viabilizar a ESF, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) disponibiliza 131 equipes e 1.149 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). (CURITIBA, Prefeitura Municipal, 2007).

Além da estrutura física e dos recursos humanos disponibilizados pela prefeitura, esta rede ainda conta com instituições hospitalares e clínicas conveniadas para suporte ao atendimento.

A distribuição espacial da rede municipal de saúde assim como as divisões das regionais podem ser observadas na Figura nº. 1.

¹ Situação de pobreza é a população calculada em função da renda familiar per capita de até ½ salário mínimo.

BAIRROS

- 01 - Centro
- 02 - São Francisco
- 03 - Centro Cívico
- 04 - Alto da Glória
- 05 - Alto da Rua XV
- 06 - Cristo Rei
- 07 - Jardim Botânico
- 08 - Reboças
- 09 - Água Verde
- 10 - Batel
- 11 - Bigorriho
- 12 - Mercês
- 13 - Bom Retiro
- 14 - Ahú
- 15 - Juvevê
- 16 - Cabral
- 17 - Hugo Lange
- 18 - Jardim Social
- 19 - Tarumã
- 20 - Capão da Imbuia
- 21 - Cajuru
- 22 - Jardim das Américas
- 23 - Guabirota
- 24 - Prado Velho
- 25 - Parolim
- 26 - Guaíra
- 27 - Portão
- 28 - Vila Isabel
- 29 - Seminário
- 30 - Campina do Siqueira
- 31 - Vista Alegre
- 32 - Pilarzinho
- 33 - São Lourenço
- 34 - Boa Vista
- 35 - Bacacheri
- 36 - Bairro Alto
- 37 - Uberaba
- 38 - Hauer
- 39 - Fanny
- 40 - Lindóia
- 41 - Novo Mundo
- 42 - Fazendinha
- 43 - Santa Quitéria
- 44 - Campo Comprido*
- 45 - Mossunguê
- 46 - Santo Inácio
- 47 - Cascatinha
- 48 - São João
- 49 - Taboão
- 50 - Arbranches
- 51 - Cachoeira
- 52 - Barreirinha
- 53 - Santa Cândida
- 54 - Tingui
- 55 - Atuba
- 56 - Boqueirão
- 57 - Xaxim
- 58 - Capão Raso
- 59 - Orleans
- 60 - São Braz
- 61 - Butiatuvinha
- 62 - Lamenha Pequena
- 63 - Santa Felicidade
- 64 - Alto Boqueirão
- 65 - Sítio Cercado
- 66 - Pinheirinho
- 67 - São Miguel
- 68 - Augusta
- 69 - Riviera
- 70 - Caximba
- 71 - Campo de Santana
- 72 - Ganquinho
- 73 - Umbará
- 74 - Tatuquara
- 75 - Cidade Industrial*

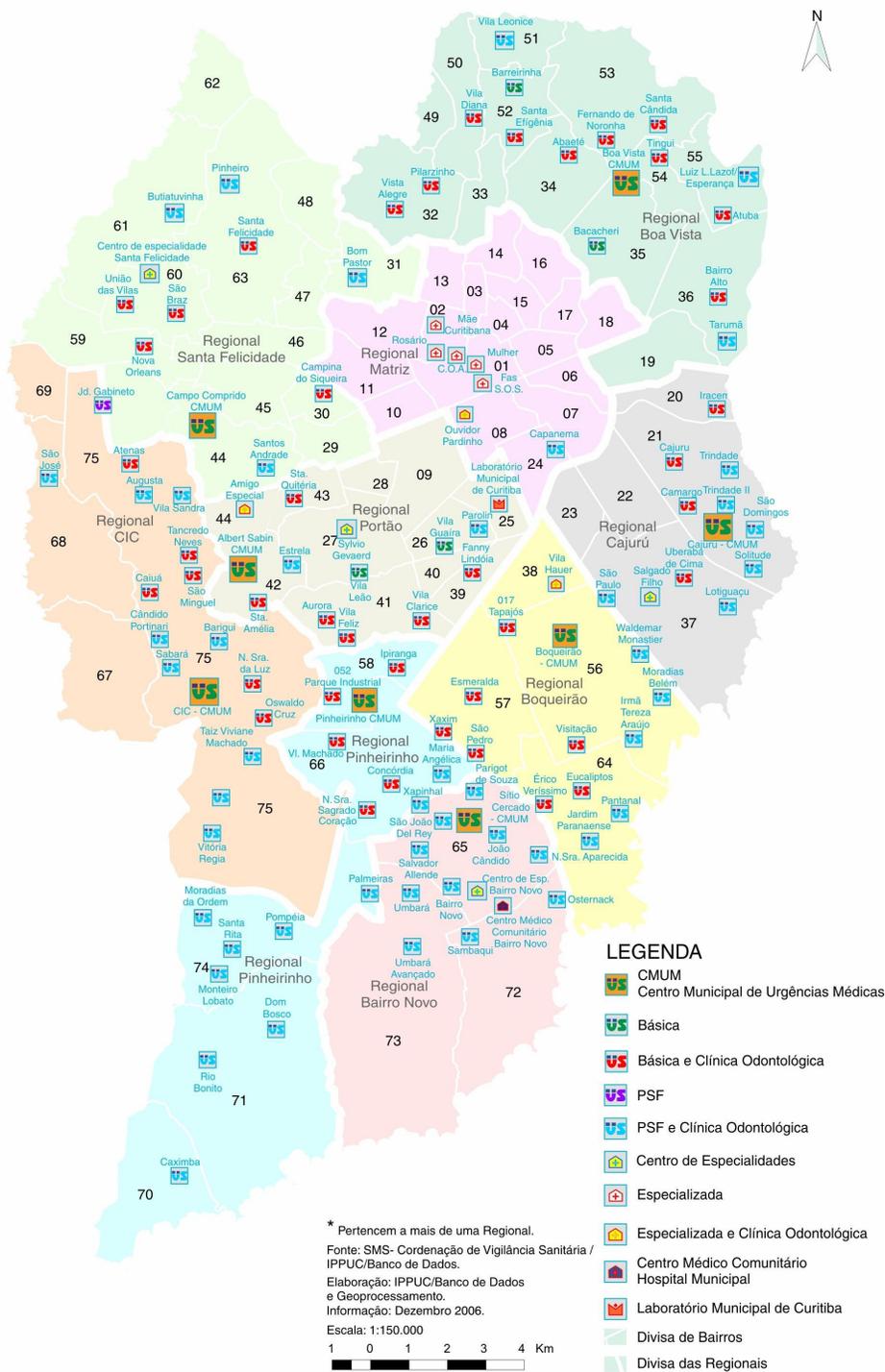


FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA
 Fonte: IPPUC (2008)

3.3 População e amostra

A população constituiu-se de integrantes das equipes de USF do município de Curitiba, e adotou-se o processo de amostragem em etapas ou de estágio duplo. No primeiro estágio, foram selecionadas, por sorteio entre o conglomerado de distritos e suas respectivas USFs, as nove que fizeram parte do estudo.

No segundo estágio, de posse das 9 USFs selecionadas, que são unidades amostrais primárias, procedeu-se à estratificação, pois pretendeu-se obter uma amostra com maior representatividade (DYNIEWICZ, 2007; STEIN; LOESCH, 2008; RICHARDSON, 2008, p. 163), considerando a proporcionalidade de distribuição numérica observada entre os integrantes da equipe em cada uma das USFs selecionadas.

O plano amostral seguiu os seguintes passos.

- 1º. Levantamento do número de idosos por Distrito Sanitário (DS).
- 2º. Identificação dos percentuais de idosos dos DS com o total da população idosa de Curitiba.
- 3º. Utilização deste percentual para o cálculo da quantidade de unidades amostrais primárias, conforme Quadro 1.
- 4º. Inserção da USF quando o Distrito tinha apenas uma. Assim, o resultado da primeira etapa com o cálculo e o sorteio das unidades amostrais possibilitou selecionar 9 USF.
- 5º. Identificação do número de integrantes da equipe de ESF (357).
- 6º. Sorteio de 25% de médicos, enfermeiros, odontólogos, ACS, auxiliar de enfermagem e Técnico em Higiene Dental (THD) de cada USF, totalizando 27% dos integrantes das unidades amostrais sorteadas anteriormente. Isso assegura de acordo com Richardson (2008), a presença de profissionais que representam proporcionalmente todos os estratos do universo, permitindo efetuar certas comparações.

Há que se ressaltar que quando em uma categoria a porcentagem não contemplava um sujeito, este foi incluído na amostra, totalizando 96 integrantes, sendo 9 enfermeiros, 9 médicos, 9 odontólogos, 9 THD, 27 Auxiliares de Enfermagem e 33 ACS, distribuídos conforme Quadro 2.

DISTRITOS SANITÁRIOS	QUANTIDADE DE USFs	IDOSOS (Nº)	IDOSOS (%)	USF SORTEADA
Pinheirinho	9	4475	3	1
Bairro Novo	11	5420	4	1
Boqueirão	5	16218	12	1
Cajuru	5	15392	12	1
Portão	2	23598	18	1
CIC	9	8263	6	1
Santa Felicidade	5	9826	7	1
Matriz	1	30138	23	1
Boa Vista	3	20289	15	1
TOTAL	50	133619	100	9

QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DE USF E O NÚMERO DE IDOSOS POR DISTRITOS SANITÁRIOS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.

Fonte: (IPPUC, 2000).

UNIDADES AMOSTRAIS	PROFISSIONAIS DA USF	Nº DE PROFISSIONAIS DA USF	Nº DE PROFISSIONAIS DA USF SORTEADOS
USF1	Enfermeiros	05	1
	Auxiliares de enfermagem	12	3
	Médicos	05	1
	Odontólogos	03	1
	Técnico em higiene dental	02	1
USF2	Agentes comunitários	19	5
	Enfermeiros	04	1
	Auxiliares de enfermagem	15	4
	Médicos	05	1
	Odontólogos	02	1
USF3	Técnico em higiene dental	03	1
	Agentes comunitários	18	5
	Enfermeiros	03	1
	Auxiliares de enfermagem	08	2
	Médicos	03	1
USF4	Odontólogos	03	1
	Técnico em higiene dental	02	1
	Agentes comunitários	12	3
	Enfermeiros	04	1
	Auxiliares de enfermagem	13	3
USF5	Médicos	04	1
	Odontólogos	03	1
	Técnico em higiene dental	03	1
	Agentes comunitários	17	4
	Enfermeiros	02	1
USF6	Auxiliares de enfermagem	13	3
	Médicos	05	1
	Odontólogos	02	1
	Técnico em higiene dental	02	1
	Agentes comunitários	13	3
USF7	Enfermeiros	03	1
	Auxiliares de enfermagem	09	2
	Médicos	03	1
	Odontólogos	03	1
	Técnico em higiene dental	03	1
USF8	Agentes comunitários	11	3
	Enfermeiros	03	1
	Auxiliares de enfermagem	12	3
	Médicos	03	1
	Odontólogos	03	1
USF9	Técnico em higiene dental	02	1
	Agentes comunitários	11	3
	Enfermeiros	05	1
	Auxiliares de enfermagem	15	4
	Médicos	05	1
TOTAL	Odontólogos	03	1
	Técnico em higiene dental	02	1
	Agentes comunitários	17	4
		357	96

QUADRO 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA SELECIONADOS PARA PESQUISA POR USF. 2008.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Como critério de exclusão considerou-se:

- a) integrantes da equipe que tinham tempo inferior a 6 meses de trabalho na instituição,
- b) integrantes da equipe que estavam em licença no período da coleta de dados.

3.4 Coleta de dados

Ocorreu no período de maio a junho de 2008, quando se aplicou à amostra selecionada um roteiro estruturado (ver Apêndice A) por meio da técnica de entrevista, que foi elaborado pelo autor e previamente testado no campo. Seu aperfeiçoamento contou com sugestões advindas da testagem prévia.

O roteiro estruturado era composto de 2 partes: a primeira de dados sócio-demográficos do sujeito, sua formação e capacitação profissional; e a segunda constituída por questões acerca da violência intrafamiliar contra idosos.

O procedimento prévio à coleta de dados se deu por contatos com as autoridades de cada USF, com a finalidade de informar e solicitar colaboração nesta pesquisa, e ao mesmo tempo, agendar dia e hora para apresentação do trabalho a toda a equipe da Unidade. No dia do encontro, após a apresentação do projeto, esclarecimento de todas as dúvidas e aceito o convite, os integrantes de cada categoria foram sorteados.

As entrevistas foram agendadas e realizadas com cada sujeito sorteado, de acordo com sua disponibilidade de tempo e ocorreram individualmente em uma sala disponibilizada na Unidade de Saúde, que possibilitou oferecer um ambiente tranqüilo e sem interferências externas.

3.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em uma planilha de Excel® e a análise ocorreu mediante a utilização do programa epi-info 6.04, um software de domínio

público voltado para a saúde. Este programa possibilita cruzar as informações obtidas em forma de tabelas, no intuito de facilitar a apresentação e discussão dos dados (PANSE SILVEIRA, 2000) que foram organizados por meio de gráficos, tabelas e quadros com frequência absoluta e percentual.

3.6 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná-(CAAE nº0015.0.091.000-08). Em seguida foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Curitiba, que emitiu o parecer de viabilidade.

Os sujeitos foram esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios, e a inclusão de cada um ocorreu após a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Apêndice B).

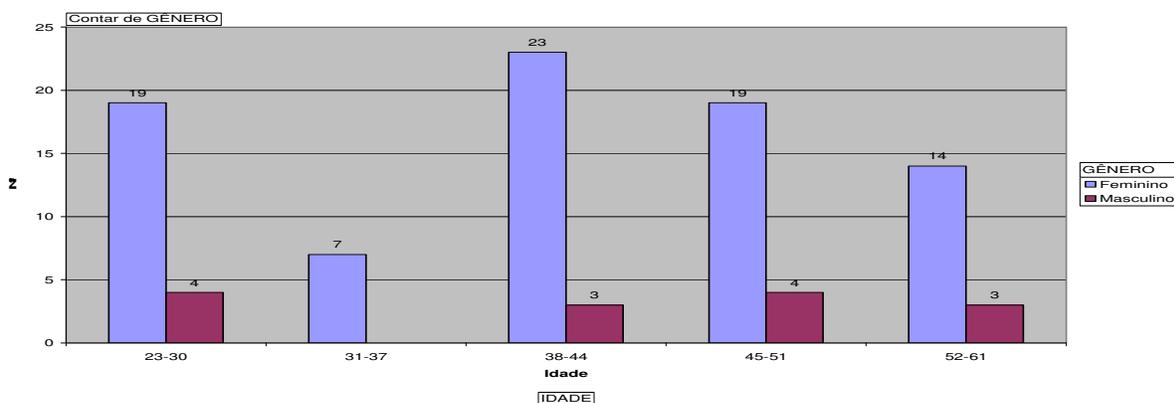
No que diz respeito ao anonimato, as entrevistas foram identificadas com a letra E, seguida do algarismo arábico em ordem crescente. Exemplificando E1 correspondeu ao primeiro profissional entrevistado, E2 ao segundo, e, assim, sucessivamente até E96.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo os resultados da pesquisa estão apresentados em: caracterização dos integrantes da equipe de ESF e reconhecimento da violência intrafamiliar contra o idoso.

4.1 Caracterização dos integrantes das equipes de ESF

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA SEGUNDO GÊNERO E IDADE. 2008.



Fonte: o autor, 2008.

A faixa etária predominante dos participantes desta investigação está entre 38 e 51 anos, correspondendo a 53% (49) de toda a amostra conforme o gráfico 1. Referente ao gênero, o feminino predominou sobre o masculino representando 85% (82) dos sujeitos, sendo que o maior número de mulheres se concentrou na categoria ACS 32% (31), e homens na de auxiliares de enfermagem 6% (6).

A feminização dos trabalhadores da saúde é um fator importante de ser mencionado, porquanto o crescimento da mulher no mercado de trabalho e sua valorização como mão de obra, permite maior visibilidade nos órgãos públicos de saúde.

No Paraná em 2000, a população em idade ativa correspondia a 7.753.440 pessoas, das quais, 3.940.317 eram do sexo feminino e 3.813.123 masculino. Em Curitiba de um total de 1.328.398 habitantes, 699.706 são do sexo feminino e do

masculino 628.692, o que nos leva a pensar que, em números, as mulheres possuíam maiores chances de emprego que os homens (IPARDES, 2006).

A ocupação do gênero feminino no mercado de trabalho é um fenômeno que vem crescendo com o decorrer dos anos, principalmente no campo da saúde como se pode observar em nosso estudo no município de Curitiba como também nos registros do Estado do Paraná.

De acordo com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, no Paraná em 2005, houve mais mulheres nos cargos de funcionários públicos estatutários que homens. De um total de 3.03069 funcionários, 1.74629 são mulheres e 1.28440 homens, e a faixa etária que predominava entre as mulheres foi de 30 a 39 anos (IPARDES, 2006). Ao comparar as informações obtidas nesta pesquisa, percebe-se que o grupo feminino se faz predominante em faixa etária de mais idade no Serviço Público de Saúde de Curitiba em geral.

Na categoria de empregados que prestam serviço na educação, saúde e serviço social, foram encontrados um número maior de mulheres do que homens, correspondendo a 3.341,58 do sexo feminino, e 936,82 masculino, totalizando 4.278,40 funcionários atuando nessa área no Paraná. As mulheres do estado do Paraná também apresentaram maior tempo de aprimoramento dos estudos, no ano de 2005, com 15 anos ou mais de estudo (IPARDES, 2006) e esse fato vai ao encontro desta pesquisa.

TABELA 1 - TEMPO DE FORMADO DOS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA . 2008.

TEMPO	<1 ANO	1-7 ANOS	8-15 ANOS	16-23 ANOS	24-32 ANOS	TOTAL
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
PROFISSÃO						
ACS	32	2	-	-	-	34
Aux.Enf.	-	4	9	9	7	29
THD	1	-	3	6	-	10
Enfermeiro	-	2	2	4	1	9
Médico	-	2	2	2	3	9
Odontólogo	-	-	-	7	2	9
TOTAL	33	10	16	28	13	100

Fonte: o autor, 2008.

Os níveis de escolaridade dos sujeitos da pesquisa variam de acordo com a categoria profissional, sendo a amostra composta por 63% (60) de nível médio, 9% (9) técnicos e 28% (27) superior. Na tabela 01 nota-se que os integrantes da ESF possuem um tempo de formado que varia entre 16 a 23 anos com 28% (29) dos sujeitos, o que corresponde às categorias com maior vivência da prática. Porém, os ACS assumem a primeira posição com menor tempo de capacitação, nesse caso, apresentando 32% (31) da amostra com <1 ano.

TABELA 2 - TEMPO DE TRABALHO NA USF SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.

TEMPO	1-5 ANOS	6-10 ANOS	11-15 ANOS	16-23 ANOS	TOTAL (%)
PROFISSÃO	(%)	(%)	(%)	(%)	
ACS	20	16	-	-	36
Aux. Enf.	16	5	2	5	28
Enfermeiro	6	2	1	-	9
Médico	6	1	1	1	9
Odontólogo	2	3	2	2	9
THD	1	3	3	2	9
TOTAL	51	30	9	10	100

Fonte: o autor, 2008.

Ao comparar a tabela 01 e 02, é possível perceber que os ACS exerciam o cargo antes de receberem a devida capacitação, pois, todos apresentam tempo de trabalho na Unidade de Saúde maior que um ano, demonstrando que foram capacitados recentemente pela Prefeitura Municipal de Curitiba, apesar de estarem trabalhando na rede de Unidades de ESF há mais tempo.

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) existe desde a década de 1990, foi instituído e regulamentado em 1997, quando se iniciou o processo de descentralização dos recursos do SUS, período de reorientação da assistência ambulatoria e domiciliar da atenção básica. Hoje é compreendido como etapa transitória para o PSF (BRASIL, 2001 b), o que nos leva a constatar que os agentes comunitários se fazem presente na realidade brasileira antes do Programa Saúde da Família.

A criação do PACS foi inspirada na antecipação dos agravos à saúde por meio do mapeamento das áreas de risco e orientações de saúde, constitui um elo entre a comunidade e a equipe multiprofissional ESF (BRASIL, 2001b). Eles são

formados por pessoas pertencentes à comunidade, exercem o papel de promoção e prevenção sobre a supervisão da Enfermeira responsável por cada equipe. Os requisitos para ser ACS são: ter no mínimo 18 anos, saber ler e escrever, residir na comunidade no mínimo 2 anos e ter disponibilidade de tempo para exercer suas atividades.

Outra questão a ser enfatizada é que os profissionais que participaram da pesquisa possuem faixa etária mais elevada, e vivenciaram o início e a transição das Unidades Básicas para USF, onde hoje trabalham.

Nesta pesquisa, foi estabelecido o critério de 6 meses de tempo de trabalho no local para o sujeito ser incluído na amostra da pesquisa, conforme descrito na metodologia. Dessa forma, segundo a tabela 2, 51% (49) dos entrevistados tiveram a média de tempo de trabalho entre 1 e 5 anos, e a outra metade 49% (47) mais de 6 anos na Unidade de Saúde que atualmente presta serviço, permitindo ao profissional ter uma visão das necessidades e problemas de sua área de atuação, assim como da população de seu território. Isso permitiu que a coleta dos dados referente à violência intrafamiliar contra os idosos naquela realidade fosse melhor descrita pela equipe multiprofissional de ESF.

TABELA 3 - CAPACITAÇÃO NA ÁREA SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.

CAPACITAÇÃO	CAPACITAÇÃO	INTRODUÇÃO	FERRAMENTAS	TOTAL
PROFISSÃO	DE	AO PSF (%)	DO PSF (%)	(%)
	ACS (%)			
ACS	31	2	-	32
Aux. Enf.	-	10	3	13
Enfermeiro	-	5	-	5
THD	-	4	1	5
Odontólogo	-	2	-	2
TOTAL	31	23	4	58*

Fonte: o autor, 2008.

*42% dos participantes foram excluídos por não apresentarem nenhuma capacitação na área da Estratégia Saúde da Família e/ou violência contra o idoso.

As categorias de nível superior: médico, enfermeiro e odontólogo totalizam 27 sujeitos. Apesar de trabalharem pouco tempo em uma USF, 56% (15) sujeitos realizaram curso de especialização direcionado à Família.

Outra questão a respeito da formação desses profissionais é que não possuem pós-graduação direcionada à violência contra idosos, fugindo, assim, das diretrizes estabelecidas como prioridade pela Política Nacional de Saúde do Idoso. Estas estabelecem a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS, a promoção de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção a essa faixa etária, além de apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas na área do envelhecimento e saúde do idoso. É uma situação, portanto, a ser efetivada tanto nas universidades, como nas instituições que prestam serviços (BRASIL, 2006c).

De acordo com a Portaria nº 2.528/ GM de 19 de outubro de 2006, que trata da Política de Saúde do Idoso, o setor saúde, em síntese, tem a responsabilidade de prover o acesso dessa faixa etária as ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de atendimento diferenciado, na prevenção de agravos, manutenção e a recuperação da capacidade funcional, além do controle dos fatores que interferem no estado de saúde desta população (BRASIL, 2006c)

A crescente procura pelos serviços de saúde das pessoas que vivenciam a terceira idade, alimenta a necessidade de qualificação da equipe multiprofissional que compõe a ESF. Dessa forma, busca-se compreender o envelhecimento como processo favorável e não patológico e as equipes não devem negar situações de estresses físicos, emocionais e sociais que podem representar uma efetiva e progressiva ameaça à saúde (SILVESTRE; COSTA, 2003; MOTTA, 2007).

O despreparo dos integrantes da equipe de ESF, aqui investigados, principalmente referente à temática violência intrafamiliar contra o idoso, não reflete apenas no seu atendimento, mas também contribui para subnotificação dos agravos gerados pelos maus tratos a esta faixa etária, além do adoecimento de forma lenta das vítimas e da família.

O entendimento do processo de envelhecer ainda é um desafio para equipe, pois é relativamente novo em fase de construção e consolidação conceitual porque diversos fenômenos que eram tidos como normais do envelhecimento humano, hoje,

percebe-se que são resultados da instalação de processos patológicos ou violência social contra os idosos (SILVESTRE; COSTA, 2003).

Diante das características específicas dessa faixa etária e a complexidade deste fato, o atendimento ao idoso deve basear-se especialmente na família e na atenção básica de saúde, visto que representa para ele, o vínculo com o sistema de saúde (SILVESTRE; COSTA, 2003).

De acordo com Motta (2007), há a necessidade da formação de profissionais que integram a ESF com conteúdos mais estruturados para trabalhar com o envelhecimento, já que essa população vem aumentando gradativamente, e será a principal faixa etária a ser atendida neste milênio

É possível notar na tabela 3, que entre os cursos de pequena duração realizados pelos sujeitos da pesquisa, foram mencionados a Capacitação de ACS, Introdução ao PSF e Ferramentas do PSF, totalizando 58% (56). A categoria médica foi à única que não realizou nenhum tipo de capacitação de curta duração em Saúde da Família e/ou violência contra o idoso.

Há uma escassez de recursos técnicos e humanos para enfrentar o crescimento da população idosa no terceiro milênio. Isso é reflexo da falta de sincronia da maioria das universidades brasileiras com o atual processo de transição demográfica e suas conseqüências médico-sociais (BRASIL, 2006c).

Os resultados demonstram que há um descompasso na adequação dos sistemas de saúde na assistência ao envelhecimento, além da carência de treinamento oferecido aos profissionais. De acordo com Motta (2006) não há discussão desse assunto pela rede de saúde como um todo e isso gera angústia nos profissionais, pois não se sentem aptos a trabalhar com as especificidades desta população, embora seja explícita a necessidade de capacitação dos profissionais na Política Nacional de Saúde do Idoso.

A constatação de casos de abuso e violência traz a necessidade de criação de espaços de discussão e comunicação dos participantes do processo, possibilitando o enfrentamento da situação de maus-tratos da família, auxiliando o idoso no enfrentamento do problema, sensibilizando a família e apontando para os riscos à saúde e qualidade de vida de todo grupo. (PORTO; KOLLER, 2006).

Segundo Silvestre e Costa (2003), os integrantes da ESF devem buscar conhecer de forma mais profunda a realidade vivenciada pelas famílias em seu território, permeada pelos aspectos físicos e mentais, demográficos e sociais,

assumindo, assim, a responsabilidade de reconhecer os problemas de saúde prevalentes, inclusive a violência (grifo do autor) na área de sua abrangência. Também construir junto com elas um diagnóstico psicossocial, que detecte situações de vulnerabilidade, a fim de planejar, organizar e desenvolver ações individuais e coletivas, desenvolvendo uma visão sistêmica e integral do indivíduo, para poder trabalhar com suas reais necessidades e disponibilidades, valendo-se de uma prática tecnicamente competente e humanizada pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso em seu contexto familiar.

4.2 Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pelos integrantes da equipe de ESF

Nesta seção serão apresentados os resultados referentes ao reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pelos integrantes da equipe de ESF.

TABELA 4 - O RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO PELA EQUIPE DE ESF NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.

PROFISSÃO	FREQUÊNCIA	NÃO (%)	SIM (%)	TOTAL (%)
ACS		1	33	34
Aux.Enf.		4	24	28
Médico		1	9	10
Odontólogo		1	9	10
Enfermeiro		-	9	9
THD		2	7	9
TOTAL		9	91	100

Fonte: o autor, 2008.

Verifica-se na tabela 4 que apesar da falta de capacitação referente à violência intrafamiliar da equipe de ESF, 91% (87) dos entrevistados afirmaram reconhecer os maus-tratos contra idosos. Isso demonstra que a presença deste fenômeno nas famílias curitibanas é visível no cotidiano dos profissionais que atuam na ESF, mas essa percepção não pode ser verificada nas estatísticas oficiais de morbi/mortalidade, porque são apresentadas dentro das causas externas e são nelas que a violência está inserida. Porém, não há uma classificação específica dentro do DATASUS (violência física, sexual, negligência, auto-negligência, psicológica, econômica) o que dificulta realizar comparações de forma mais precisa da manifestação deste fenômeno em nossa sociedade.

A subnotificação dos dados, ou seja, a ausência de informações sobre os agravos gerados na terceira idade, como e onde ocorrem, quem é o agressor, quais foram os fatores de risco que levaram à violência, além da não divulgação pelos sistemas de Informação facilita o aumento deste agravo na sociedade.

É importante mencionar que, de acordo com os relatos dos sujeitos, a violência ocorre dentro do domicílio, local que facilita ao agressor, ocultar a sua manifestação. De acordo com Paixão e Reichenheim (2006) o Brasil ainda carece de instrumentos de identificação de violência doméstica contra o idoso que vá além da constatação de sinais e sintomas.

TABELA 5 - USO DO INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, 2008.

FREQUÊNCIA	NÃO (%)	SIM (%)	TOTAL (%)
EQUIPE			
ACS	34	0	34
Aux. Enf.	22	7	29
Odontólogo	3	7	10
Médico	5	4	9
Enfermeiro	2	7	9
THD	8	1	9
TOTAL	74	26	100

Fonte: o autor, 2008.

Na tabela 5, é importante ressaltar que os instrumentos que os integrantes da ESF fazem uso para identificação dos maus-tratos contra os idosos são as ferramentas do PSF: genograma, ciclo de vida, FIRO (Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais) e PRACTICE (*problem, roles, affect, communication, time in life, illness, coping with stress, environment/ecology*) correspondem a 26% (25) da amostra. Isso retrata que um número pequeno de profissionais faz menção a um instrumento de identificação de violência, apesar de não ser utilizada para esta finalidade específica.

O genograma, por exemplo, constitui uma ferramenta que fornece informações de cada componente da família e a qualidade de suas relações. É eficaz para avaliar a estrutura familiar de idosos de USF, apresentando-se como um excelente mecanismo de planejamento e atendimento domiciliar a esta faixa etária, além de facilitar a compreensão das relações entre os membros e as diversidades das estruturas familiares (PAVARINI et al., 2008). Pode ser utilizada ao mesmo

tempo, para desencadear informações úteis a respeito do desenvolvimento do funcionamento da família (WHIGHT; LEAHEY, 2002).

No caso o Ciclo de Vida consiste em eventos previsíveis, que ocorrem dentro da família como resultado das transformações de sua organização, ou seja, ciclo de mudanças que exige adaptação ao novo arranjo, influenciando no viver das pessoas e no processo saúde-doença daquele grupo. Este tipo de ferramenta permite ao profissional de saúde, antecipar suas ações de prevenção e promoção para cada ciclo, assim como ter uma leitura mais aprofundada da situação vivida pelo paciente, visando compreender seu processo de adoecer e oferecer novas possibilidades de assistência. (OLIVEIRA, 1999).

Já o FIRO é um modelo aplicado nas relações de poder, comunicação e afeto de família, desde que, ela possa ser estudada. Este também é aplicado quando ocorrem mudanças importantes, como visto no Ciclo de Vida, em que há necessidade de criar novos padrões de inclusão, controle e intimidade no ambiente familiar. Portanto, constitui uma ferramenta útil quando deparamos com situações de doença aguda, de hospitalização ou no acompanhamento de doenças crônicas, pois a família deverá negociar, entre os seus membros, possíveis alterações de papéis decorrentes das crises familiares advindas destas situações. (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002).

Com relação o PRACTICE, constitui-se de modelo para facilitar a avaliação familiar, foi desenvolvido para lidar com situações mais difíceis, focando-se na resolução de problemas. Permite a construção de uma estrutura básica para equipe organizar as informações relevantes obtidas com a família, aprofundando as questões que estão diretamente interferindo na resolução do conflito. Deve ser aplicada na forma de conferência familiar e pode ser realizada por meio de várias aproximações. (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002).

A PRACTICE visa entender os problemas apresentados, papéis e estrutura familiar, afeto, comunicação, o tempo de Ciclo de Vida, doenças anteriores e presentes, como a família lida com a situação de estresses e o suporte ambiental que disponibiliza para manejar o problema em questão. (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002).

A orientação do trabalho por meio de ferramentas torna-se necessário, auxiliando na busca de soluções, é essencial para o desenvolvimento das habilidades dos profissionais na execução das políticas de saúde, facilita a

identificação do processo de adoecer, e os momentos que a família se torna vulnerável ao surgimento de problemas. Como nova especialidade na atenção à saúde, o trabalho com as famílias exige o desenvolvimento de habilidades e estratégias que permitam a eficiência no diagnóstico e na prevenção de doenças. (OLIVEIRA et al., 1999). “Numa escala de complexidade para aplicação das ferramentas de saúde da família, teríamos o Genograma e o Ciclo de Vida, seguidos do FIRO e, por fim, do PRACTICE” (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002, p.160).

O uso das ferramentas do PSF pela equipe de ESF no atendimento a violência intrafamiliar cria novas possibilidades de investigação deste fenômeno. Contudo, ainda é cedo afirmar que sejam eficazes na identificação de maus-tratos contra o idoso, já que é preciso aprofundar a influência desses instrumentos na notificação de agravos gerados nas pessoas idosas, e de que forma a equipe saúde da família tem trabalhado essa questão em nosso município.

É importante destacar que embora os sujeitos tivessem mencionado as ferramentas do PSF como instrumento de identificação, afirmaram fazer uso de maneira informal em seu dia a dia de trabalho na Unidade.

A carência de um instrumento específico para a identificação de violência intrafamiliar reflete na notificação desses agravos à população idosa. Apesar do Ministério da Saúde apresentar um modelo de instrumento de identificação denominado Caderno de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa, o mesmo não foi mencionado nas entrevistas realizadas. (BRASIL, 2006a).

Os agentes comunitários de saúde foram os únicos que não citaram nenhuma forma de ferramenta que auxiliassem a identificação dos maus tratos contra os idosos, porém, dos 33 ACS entrevistados, 32 identificam a violência intrafamiliar conforme tabela 4.

De acordo com Paixão (2006), o uso de um instrumento de identificação torna-se essencial na detecção dos maus-tratos contra idosos, e pode ser uma base sólida para a documentação da violência nos dias de hoje.

É importante destacar que a avaliação da violência de forma multiprofissional, permite maior aprofundamento do problema, além de criar novas alternativas de intervenção, e contribuir com a prevenção e promoção de saúde do idoso.

Salienta-se que nem todos os profissionais têm como responsabilidade realizar o diagnóstico da violência intrafamiliar, como os ACS, auxiliares de

enfermagem e o THD de acordo com suas atribuições previstas pelo Ministério da Saúde, no entanto, podem auxiliar na sua elaboração. Definir o papel de cada componente da equipe no rastreamento dos maus-tratos contra os idosos também foi uma necessidade encontrada durante a investigação.

TABELA 6 - AS FORMAS DE IDENTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.

	EQUIPE	MÉD.	ENFER.	AUX. ENF.	ACS	ODON.	THD	TOTAL ²	%
IDENTIFICAÇÃO									
Visita Domiciliar		8	9	24	27	9	6	83	42
Denúncia		2	7	15	20	5	4	53	27
Avaliação do Idoso na Unidade		7	9	18	5	9	3	51	26
Observação do contexto do idoso		-	-	2	9	-	-	11	5
TOTAL								198	100

Fonte: o autor, 2008.

² O instrumento de pesquisa permitia mais de uma resposta para cada sujeito

É possível visualizar na tabela 6 que 42% (83) dos participantes do estudo compreendem a visita domiciliar como uma estratégia que possibilita identificar a violência intrafamiliar. Uma das propostas das Políticas de Saúde do Idoso que vem reforçar essa questão é as diretrizes de promoção do envelhecimento ativo e saudável, da atenção integral e integrada à saúde na terceira idade (BRASIL, 2006c).

A assistência domiciliar aos idosos é o momento de conhecer a família e investigar possíveis fatores de risco que podem afetar sua saúde, além de oferecer suporte assistencial às suas necessidades humanas e sociais. O acompanhamento deste contexto é fundamental na otimização dos recursos de seu meio, favorecendo assim, uma reorientação de sua assistência e a recuperação da saúde nos três níveis de gestão do SUS. (SILVESTRE; COSTA, 2003).

Entre as categorias da equipe que mencionaram observação do contexto do idoso, 5% (11) o consideram um meio de identificação de violência, e os integrantes que se posicionaram a esse respeito foram ao auxiliares e os ACS. Ambos têm uma maior proximidade com os lares dos idosos, visto que a maioria

das vezes quem realiza o primeiro contato e acompanhamento são os ACS e depois os auxiliares de enfermagem.

Outra questão abordada pela equipe refere-se à avaliação dos idosos na USF 26% (51) como meio de identificação de violência, principalmente pelos enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e odontólogos. Os THD e agentes comunitários tiveram uma frequência baixa de respostas por não se tratar de sua competência realizar avaliação do paciente idoso dentro da USF.

A maneira com que a equipe multiprofissional realiza o reconhecimento dos maus-tratos contra o idoso apresentadas na tabela 5, permite identificar a falta de sistematização na coleta destas informações.

Uma situação a ser comparada referente às formas de identificação de violência, é que, as denúncias estão em 2º lugar no mecanismo de rastreamento dos maus tratos 27% (53), porém, os sujeitos da pesquisa se contradizem ao mencionarem conforme explicitado na tabela 7, a falta de denúncia (52 respostas) como uma dificuldade para o rastreamento.

4.2.1 Dificuldade em identificar a violência

A tabela abaixo apresenta as dificuldades dos integrantes da equipe ESF em três grandes aspectos: relacionadas aos integrantes da ESF, as questões sociais da população e as interferências do idoso em seu rastreamento.

TABELA 7– DIFICULDADES EM IDENTIFICAR A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.

EQUIPE	MÉD.	ENFER.	AUX. ENF	ACS	ODON.	THD	TOTAL²	%
DIFICULDADE								
Falta de integração do sistema informação entre as redes de proteção social	8	7	16	20	6	5	62	12
Ausência de instrumento de identificação	5	6	8	6	6	4	35	7
Falta conhecimento do profissional	5	5	5	5	6	1	27	4
Falta denúncia	7	7	11	16	7	4	52	10
Carência de informações de violência na sociedade	3	5	7	8	6	2	31	7
Acesso às vítimas em seus lares	3	2	5	10	1	3	24	5
Idosos não falam sobre a violência	8	8	22	27	8	8	81	16
Doença mental	8	7	22	25	9	8	79	15
Dificuldade de comunicação	8	8	17	25	8	9	75	14
Nível econômico alto do idoso	5	4	14	18	4	6	51	10
TOTAL							517	100

Fonte: o autor, 2008

A maior dificuldade no rastreamento da violência intrafamiliar no município de Curitiba está relacionada ao fato do idoso não falar sobre a violência, o que

corresponde a 16% (81). Dessa forma, nota-se uma transferência de responsabilidade para o idoso, que é culpado pela situação criada.

Observa-se que os integrantes da ESF acreditam estar preparados para lidar com a situação de violência, já que apenas 4% (27) consideram a falta de conhecimento um problema que interfere no reconhecimento deste fenômeno, conforme tabela 7.

Outra questão a ser mencionada é a presença de doença mental 15% (79) e a dificuldade de comunicação do idoso em 14% (75), apresentando também como fator que dificulta a identificação, interferindo na precisão do diagnóstico de violência dentro do ambiente intrafamiliar.

É possível constatar também que as informações coletadas sobre o idoso no que diz respeito à violência intrafamiliar é feita de maneira informal. Pode-se encontrar um grande percentual da equipe de saúde da família que não utiliza instrumento de identificação específicos dessa realidade, conforme a tabela 5, na qual, 74% (71) dos sujeitos não mencionam o uso de ferramentas específicas.

É importante também fazer menção da falta de denúncia, carência de informações de violência na sociedade e acesso às vítimas em seus lares, sendo que a primeira corresponde a 10% (52) das respostas dos entrevistados.

Nota-se ainda que em relação à carência de informações sobre a violência na sociedade, apenas 7% (31) a reconhece como dificuldade, e o acesso às vítimas em seus lares é considerado por 5% (24). Estes dados expressam que a sociedade tem esclarecimento para reconhecer a violência e que os integrantes da equipe possuem acesso às vítimas, porém, existe uma dificuldade na denúncia.

De acordo com Silva et al. (2008), o conceito de violência não é claro para os profissionais e nem para os idosos, porém é uma idéia abstrata que deve fazer parte do entendimento da equipe multiprofissional, tanto do ponto de vista da comunidade como do próprio idoso, já que o mesmo apresenta uma variedade de percepção e de compreensão sobre o que esta representa em sua vida.

A condição em que os idosos se encontram em seus lares, e que diz respeito aos aspectos físicos e socioeconômicos são situações que obstam a identificação da violência como podemos notar na tabela 7. Dessa forma, mais uma vez a carência de instrumentos estratégicos que auxiliem na identificação da violência merece ser criteriosamente repensada, visto que pode ajudar no seu

reconhecimento, e ser uma importante fonte de dados estatísticos em nosso país, permitindo maior transparência dos maus tratos causados pela família.

O entendimento da violência intrafamiliar contra os idosos no que se refere aos aspectos culturais, valores morais e éticos, além de uma avaliação multiprofissional ampla é essencial, uma vez que o reconhecimento pode gerar dúvidas quanto o seu diagnóstico.

É importante lembrar que a transição demográfica provoca o aumento da incidência de doença crônica degenerativa nos idosos, cujas manifestações podem ocultar atos violentos ou diminuir a suspeição clínica dos mesmos. A avaliação estruturada de risco ou suspeita de violência mediante a utilização de instrumentos de rastreamento, certamente pode facilitar a tarefa (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2006). Assim, o aprimoramento da avaliação dos riscos ou suspeita de violência por parte dos profissionais possibilitará reduzir essas situações no ambiente familiar dos idosos.

O silêncio dos idosos no que diz respeito à violência é realidade referida pelos entrevistados desta pesquisa, na cidade de Curitiba. Também Souza et al (2008), em pesquisa realizada em 2004 no Rio de Janeiro, mostraram que foram arquivados 22,6% dos casos de maus tratos contra os idosos, porque quando indagados, desmentiram a denúncia em função do medo de incriminar parentes.

Para Silva et al. (2008, p.128),

mesmo diante da constatação da violência diária nas mais diferentes formas, grande parte dos idosos maltratados ou violentados não toma a iniciativa de denunciar seu agressor, pelos mais diferentes motivos, inclusive por não perceber o evento como agressão ou violência. Portanto, é necessário conhecer as representações elaboradas pelo idoso sobre violência e maus tratos, assim como suas estratégias para vencê-las ou minimizá-las.

Dessa forma, a sensibilidade da equipe de saúde da família deve fazer parte do seu cotidiano, a fim de que possam constatar a presença deste fenômeno e providenciar as medidas de proteção necessárias.

4.2.2 Tipo de Violência

TABELA 8- TIPOS DE VIOLÊNCIA PERCEBIDA PELOS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.

VIOLÊNCIA	EQUIPE	MÉD.	ENFER	AUX.	ACS	ODON.	THD	TOTAL²	%
			ENFERM.						
Abandono/ negligência		8	9	22	22	8	6	75	25
Econômica		9	9	17	23	7	7	72	24
Psicológica		7	5	19	24	5	5	65	21
Auto-negligência		5	5	16	20	5	5	56	19
Física		1	3	8	12	2	1	27	9
Sexual		-	-	2	4	-	-	6	2
TOTAL								301	100

Fonte: o autor, 2008.

Constata-se nesta pesquisa que entre os tipos de violência intrafamiliar mais comuns contra os idosos na cidade de Curitiba, o abandono/negligência está em primeiro lugar com 25% (75); em segundo: temos a econômica, com 24% (72); terceiro: a psicológica, correspondendo 21% (65); e em quarto: auto-negligência com 19% (56) das respostas. A violência física e a sexual foram as de menor incidência entre os entrevistados e este fato pode estar relacionado à deficiência de conhecimento dos profissionais na avaliação geronto-geriátrica, ausência de instrumento de identificação, e as dificuldades de denúncia nesta situação.

Em um estudo realizado por Souza et al. (2008) na cidade do Rio de Janeiro em uma delegacia do idoso, os maus tratos ocuparam 48,5% das notificações, das quais, 11,1% são constrangimento ilegal, 10% apropriação indébita e 9,4% ameaça, sendo que todos são provocados por familiares dentro de seu próprio lar.

Conforme a tabela 8, em Curitiba a violência econômica recebeu o segundo lugar: 24% (72) das respostas, o que vem ao encontro dos dados levantados nesta pesquisa referentes aos fatores de risco, na tabela 9 em que a dependência da renda do idoso foi uma das mais citadas pela equipe saúde da família.

É importante recordar que a repercussão da violência que se abate contra o idoso não se restringe ao óbito. O fenômeno surge sob várias formas como

abandono em asilos, perda de direitos próprios ao exercício da cidadania, segregação por idade e, em última instância exclusão social. (QUEIROZ, 1997)

A manifestação da violência está intimamente ligada à questão cultural (PAIXÃO et al.; 2007; ESPÍNDOLA; BLAY, 2007), e, nesse sentido, o destrato da família para com o idoso pode ocorrer de diferentes maneiras. Porém, cabe ao profissional de saúde desenvolver habilidades que possibilitem o seu reconhecimento, uma vez que este fenômeno aumenta com as transformações sociais e o envelhecimento populacional (PAIXÃO et al., 2007).

4.2.3 Fatores de Risco

TABELA 9 – FATORES DE RISCO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF. CURITIBA. 2008.

	EQUIPE	MÉD.	ENF.	AUX.ENF.	ACS	ODON.	THD	TOTAL ²	%
FATORES DE RISCO									
Desestruturação familiar	8	8	22	18	7	6	69	10	
Cuidador estressado	7	6	16	22	6	7	64	9	
Alterações psicológicas do idoso	5	5	16	22	5	7	60	9	
Dependência da renda do idoso	6	8	13	24	7	5	63	9	
Idosos dependentes de cuidados diretos	8	7	12	16	7	5	55	8	
Baixo nível educacional da família	5	9	14	18	4	3	53	8	
Abuso de substância pelo idoso	6	4	15	15	4	5	49	7	
Convivência de gerações	5	6	11	18	3	4	47	7	
História familiar de violência	4	3	11	10	5	5	38	5	
Dependência mútua	3	4	8	12	3	2	32	5	
Idosos longevos	6	4	6	12	3	3	34	5	
Isolamento social do cuidador/idoso	4	4	10	13	1	5	37	5	

Cuidador único	5	3	8	14	2	2	34	5
História de doença mental na família	1	1	9	5	2	4	22	3
Idosas mulheres	2	-	3	12	1	2	20	3
Cuidadoras mulheres	2	1	-	6	2	-	11	2
TOTAL							688	100

Fonte: o autor, 2008.

Na tabela 9, observa-se que os dados mais freqüentes entre os respondentes foram os que envolvem a família com 33% (229) das respostas, distribuídas da seguinte maneira: desestruturação da familiar 10%(69), baixo nível educacional da família 8 (53), convivência de gerações 7% (47), história familiar de violência 5% (38), e história de doença mental na família 3% (22).

As mudanças na estruturação das famílias é um fenômeno que ocorre com o passar dos anos. Atualmente, as novas gerações vivem segmentadas em espaços exclusivos. A família deu lugar aos grupos urbanos, cercado por símbolos e marcas, cujos significados são restritos aos seus integrantes, adotando particularismos dentro da sociedade urbana industrial, que, muitas vezes, entram em conflito com a cultura das pessoas na terceira idade. Mesmo com todas as restrições que a modernidade impôs ao idoso em relação às expectativas familiares, percebe-se ainda que ela é importante, a partir do momento em que recorre a esta unidade quando necessita de apoio ou quando se sente agredido. (SILVA et al., 2008).

Uma das causas que podem levar a desestruturação familiar está ligada às características individuais do idoso e do cuidador, em que, cada um possui uma forma de olhar a importância da família. Esta é firmada em concepções de valores, hábitos e atitudes que muitas vezes são diferentes dentro do contexto familiar, facilitando, assim, o surgimento da situação de maus-tratos. (SOUZA, 2004).

Há que se perguntar por que existem poucos dados referentes aos maus-tratos em idoso no sistema de informação do SUS, já que a violência está presente na realidade de Curitiba de acordo com as falas dos sujeitos investigados, e, sua maior causa está relacionada ao contexto familiar, à desestruturação deste sistema, que para a Política Nacional de Saúde do Idoso (2006) constitui foco de investigação por parte da equipe saúde da família.

Um dado importante a ser comparado refere-se à história de doença mental como fator de risco 3% (22) apresentado na tabela 9, e a condição de doença mental do idoso como dificuldade de identificação de violência intrafamiliar 15% (79), conforme tabela 7. Percebe-se que há dois extremos entre as respostas dos sujeitos da pesquisa, uma situação que interfere na investigação do fenômeno, porém, de acordo com os integrantes a ESF este fato não representa um fator de risco.

Outra situação relacionada aos riscos de violência contra o idoso envolve o cuidador e a causa neste caso, refere-se à falta de estrutura humana familiar no atendimento ao idoso, correspondendo a 26% (180). Entre as respostas mais citadas está o cuidador estressado 9% (66), que pode trazer danos à saúde do idoso devido ao processo de doença ou de dependência deste, fazendo com que o relacionamento entre ambos se desgaste, gerando dessa forma possibilidade de violência intrafamiliar. Lidar com esta situação torna-se um desafio, já que, há um “número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil, e escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento no processo de envelhecer e saúde da pessoa idosa, o que acarreta em sobrecarga para o cuidador familiar”. (BRASIL, 2006 c, p.4).

Envolvendo a situação apresentada acima - a relação cuidador/idoso - encontramos nas respostas 5% (37) o isolamento social que o idoso pode vir a sofrer com o adoecimento. Porém, percebe-se que existem outros fatos que também promovem o surgimento deste fenômeno e que são menos citados pela equipe, como o caso do cuidador único 5% (34), dependência mútua 5% (32) e cuidadoras mulheres 2% (11).

Outros fatores de risco também mencionados foram as alterações psicológicas 9% (60), dependência de cuidados diretos 8% (55) e abuso de substância pelo idoso 7% (49), o que caracteriza situações da doença e comprometimento da autonomia dos idosos na sociedade. Porém, a idade mais avançada 5% (34) e a condição de ser mulher 3% (20) não foram contempladas com esse mesmo número de respostas, o que parece, não ser a principal causa de ocorrência desse fenômeno de acordo com os participantes. De acordo com Meira, Gonçalves e Xavier (2007, p.171) “os fatores de risco de violência intrafamiliar contra a pessoa idosa compreendem indicadores de ameaça ao bem-estar, a integridade física e psicológica, a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento pessoal”.

Os dados encontrados neste trabalho em relação à idade e ao gênero das vítimas não são corroborados por Souza et al (2008), quando relatam que as vítimas de violência encontradas no Núcleo Especial de Atendimento a Pessoa Idosa e na delegacia do idoso no Rio de Janeiro, são do gênero feminino e têm idade entre 70 a 79 anos, as mais longevas.

Dessa forma, há necessidade de outras pesquisas em nossa realidade para melhor compreensão da violência intrafamiliar contra as mulheres idosas, já que, de acordo com esta pesquisa somente 11% (11) apontaram a questão de gênero como fator de risco. Isso contradiz os achados de Souza et al. (2004) que apontam as mulheres como agressoras de idosos, o que não é confirmado pela maior parte dos integrantes da ESF de Curitiba.

4.2.4 Tipos de Denúncias

TABELA 10 - TIPO DE DENÚNCIA DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF. CURITIBA. 2008

DENÚNCIA	EQUIPE	MÉD.	ENFER.	AUX.	ACS	ODON.	THD	TOTAL ²	%
	ENFERM.								
Sem resposta	5	3	11	15	4	6	44	46	
Abandono/ negligência	4	6	10	10	2	2	34	36	
Psicológica	-	-	3	5	1	-	9	9	
Financeira	-	-	1	1	2	1	5	5	
Física	-	-	2	2	-	-	4	4	
TOTAL	9	9	27	33	9	9	96	100	

Fonte: o autor, 2008.

A tabela 10 apresenta os tipos de denúncias que os integrantes da ESF recebem da comunidade. Nota-se que existem poucas denúncias e que a maioria delas é referente ao abandono/negligência 36% (34), o que é confirmado pela tabela 8, que aborda os tipos de violência mais comuns. Isso pode ser reflexo da pouca divulgação ou campanha no combate a violência intrafamiliar contra o idoso, além da

carência de conhecimento que os profissionais têm sobre esse assunto. Entender a comunidade e rastrear os principais problemas é essencial na luta contra os maus tratos das pessoas com 60 anos ou mais.

Percebe-se que todos estes dados confirmam que a denúncia 27% (53) não constitui o principal meio utilizado para o rastreamento das situações de maus tratos. Verifica-se também que a falta destas na sociedade é comum e isto influencia diretamente no número de notificação desse fenômeno.

Há que se levar em consideração a localização das Unidades de Saúde, as quais são edificadas em regiões mais carentes da cidade de Curitiba, favorecendo, assim, o medo da população em realizar esse tipo de denúncia, já que traria muitas vezes autoridades policiais que não agradariam ao poder paralelo ou as pessoas que comandam esses locais. Isso é visível na pesquisa realizada por Souza et al. (2008) na cidade do Rio de Janeiro, a qual também demonstrou poucas denúncias por parte da comunidade mais carente e dos profissionais a respeito desse assunto em função do medo de coação dos membros da comunidade.

O auxiliar de enfermagem e o ACS são os profissionais que recebem o maior número de denúncias, e isso se deve ao fato de terem maior proximidade com a comunidade. Dessa forma, a Tabela 10 demonstra que cada dia mais as equipes necessitam de uma avaliação multidimensional do idoso que vá além da simples observação, para que a violência possa ser rastreada.

Ampliar as formas de rastreamento de violência e criar um instrumento de identificação de violência intrafamiliar contra idosos pode não ser suficiente; é preciso avaliar como as redes de proteção social vêm realizando seu trabalho e contribuindo com os órgãos de saúde para proteção deles, visto que é obrigação dos profissionais desenvolverem habilidades para sua notificação.

4.2.5 Rede de proteção social

TABELA 11 – SERVIÇOS DE PROTEÇÃO DOS IDOSOS VÍTIMAS VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR SEGUNDO OS INTEGRANTES DAS EQUIPES DE ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.

SERVIÇOS	EQUIPE	MÉD.	ENFER.	AUX.	ACS	ODON.	THD	TOTAL ²	%
			ENF.						
Fundação de Ação Social (FAS)	8	8	24	31	9	8	88	62	
SOS Idoso	3	2	2	5	1	1	14	10	

Ministério Público	2	4	10	2	1	2	21	15
Conselho	1	3	-	4	1	4	13	9
Municipal do Idoso								
Autoridade Policial	-	1	1	1	2	-	5	3
Conselho Nacional do Idoso	-	-	-	1	-	-	1	1
TOTAL							142	100

Fonte: o autor, 2008

Na tabela 11 a rede de proteção social mais procurada pelos profissionais da saúde quando identificam uma situação de violência contra o idoso é a FAS 62% (88), quase todas as categorias profissionais a utilizam como rede de proteção contra a violência. Percebe-se que os mesmos fazem pouco uso dos outros órgãos de denúncia, o que pode dificultar o enfrentamento da violência pelo idoso e aumenta seus danos a sua saúde.

Os dados encontrados nos levam a questionar sobre a fragilidade do sistema de proteção à pessoa idosa. Nota-se que o entendimento sobre a defesa do idoso, não é claro para os integrantes da Estratégia Saúde da Família, já que a FAS representa apenas uma das redes de proteção existente em Curitiba, que de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tem o objetivo de desenvolver e implementar a política de assistência social considerando as potencialidades da população em situação de risco e vulnerabilidade social, podendo ser proteção social básica, média e alta complexidade. (CURITIBA, Prefeitura Municipal, 2008)

O Ministério Público foi também um dos mais citados 15% (21), têm “a função de receber e fiscalizar o processo de denúncia feito pelo idoso ou por órgãos competentes podendo encaminhar para os organismos de defesa” (SOUZA, 2008, p.1156). O SOS idoso, com 10% (14), das respostas constitui um órgão vinculado à Secretaria de Estado da Família e à FAS e tem a função de orientação sobre os direitos dos idosos e o encaminhamento das denúncias ao Ministério Público, Conselho do Idoso entre outros serviços (SOUZA, 2008). Embora exista uma rede de apoio social observa-se nas respostas que não há um aproveitamento deste suporte. Portanto é necessário conhecer os motivos pelos quais as outras instituições que compõem a rede não foram citadas.

Para que as políticas funcionem como um instrumento de mobilização do governo e da sociedade no sentido de oferecer cobertura às necessidades do idoso,

deve-se entender o sistema de proteção. Nesse sentido, é preciso conhecer os conceitos fundamentais como: rede social, apoio social e rede de proteção social. (SOUZA, 2008).

Rede social “é a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade” (SLUZKI, 1997, p.41). São essas relações que proporcionam a construção da identidade e da auto-imagem de cada um de nós (ZUMA, 2004). Dessa forma, é constituída por toda a rede de relacionamento do indivíduo, amigos, vizinhos e familiares, que pode ajudá-lo a buscar proteção e inclusão social.

O apoio social refere-se a qualquer informação e/ou auxílio material oferecido ao indivíduo, são trocas nas quais tanto os que doam como os que recebem são beneficiados nessa relação, proporcionando, dessa forma, maior sentido em suas vidas. No caso, a rede de apoio social consiste em uma teia interligada em prol da questão social, vinculada na relação de troca, que implica na obrigação recíproca e laços de dependência dos indivíduos envolvidos e pode, quando se tratar do idoso se dividir em redes de apoio social formal que envolve os órgãos públicos e privados, ou informais, no caso família, amigos, vizinhos e comunidades. (SOUZA et al., 2008).

Observa-se também a dificuldade que os profissionais enfrentam para trabalhar com as redes de apoio social, citados anteriormente em que 12% (62) das respostas dos entrevistados consideram a falta de integração do sistema de informação da rede de apoio social como uma situação que interfere na identificação da violência. Este fato é corroborado em uma pesquisa realizada por Souza (2008) no Rio de Janeiro, sobre redes de proteção de idosos, ao afirmar que as instituições ou órgãos responsáveis pela defesa dessa faixa populacional não funcionam como uma rede articulada e integrada, pois cada uma delas exerce um trabalho separado. Outra questão também mencionada pelo autor é a falta de agilidade do sistema, que leva muitas vezes a burocratização do trabalho, fazendo com que o mesmo tenha sua eficiência comprometida.

TABELA 12 - AS FORMAS DE RESOLUÇÃO DO PROBLEMA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA O IDOSO SEGUNDO OS INTEGRANTES DA ESF DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. 2008.

SOLUÇÃO	EQUIPE	MÉD.	ENF.	AUX.	ACS	ODON.	THD	TOTAL²	%
			ENF.						
Monitorar a família	7	9	21	29	8	7	81	35	
Cuidar do cuidador	8	9	18	13	5	3	56	24	
Conversar com a família	8	5	13	15	6	3	50	21	
Mudança de cuidador	5	2	9	6	4	1	27	12	
Avaliar a família	1	3	6	3	3	2	18	8	
TOTAL							232	100	

Fonte: o autor, 2008.

Entre as possibilidades de solucionar o problema violência, a monitorização da família foi a mais mencionada com 35% (81), e o cuidar do cuidador apresentou-se em segundo. Dessa forma, verifica-se que esses profissionais têm poucas alternativas para intervir no problema da violência.

Destaca-se como relevante o papel das redes de apoio para o suporte social e as políticas públicas de proteção aos idosos na minimização do problema violência. As redes contribuem para o fortalecimento e estabelecimento de novos contatos sociais em defesa desta causa (PORTO; KOLLER, 2006).

O conhecimento dos direitos garantido pelas políticas dos idosos é fator fundamental para subsidiar as ações com vistas às mudanças de atitudes das idosas diante das agressões e maus-tratos sofridos. Outra estratégia, no enfrentamento a este problema é criação de grupos de terceira idade, a educação familiar e de toda sociedade (PORTO; KOLLER, 2006).

5 CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Constatou-se nesta pesquisa que os integrantes da ESF percebem a violência intrafamiliar contra os idosos na cidade de Curitiba, principalmente o abandono/negligência, que tem como principal fator de risco a desestruturação familiar e o cuidador estressado.

Esta violência é reconhecida por meio da visita domiciliar, tem como agressores entes da própria família, que vivenciam as mudanças do envelhecimento e buscam alternativas para lidar com os problemas gerados em seu cuidado.

A investigação revela também uma carência de denúncias sobre os maus-tratos contra o idoso por parte da sociedade e falta de sistematização da equipe de ESF no seu rastreamento. Isso leva-nos a pensar sobre a capacitação dos profissionais no combate a violência e como tem se processado o atendimento das vítimas dentro das USFs em nosso município.

A notificação deste problema ainda é falha, apesar de constituir-se uma questão de saúde pública, nota-se que a violência relatada pelos integrantes da ESF contra o idoso não é registrada dentro do sistema de informação do SUS, gerando assim erros de leitura, ou seja, não permitindo visualizar a magnitude com que este fenômeno ocorre, suas conseqüências para o setor saúde e a deficiência na construção de políticas públicas inter-setoriais em defesa desta causa.

Percebe-se que são inúmeras as adversidades enfrentadas pela equipe Saúde da Família para identificar a violência, entre as mais citadas, temos a que o idoso oculta as agressões sofridas, as doenças mentais e dificuldades de comunicação dessa faixa etária. Outra situação a ser mencionada é a falta de um instrumento de identificação de violência específico para terceira idade e a participação das redes de proteção social formal/informal no rastreamento, de forma a contribuir com a equipe saúde da família e oferecer a devida proteção aos idosos vítimas de maus-tratos.

Há de ressaltar que a defesa dos idosos não é só de responsabilidade dos sistemas de saúde, ESF, porém de todos os órgãos de proteção social seja ele formal ou informal, associação dos moradores, vizinhos, ministério público, conselhos municipal de saúde entre outros, devem formar uma rede integrada que previna os maus-tratos e defenda seus direitos previstos em lei.

A importância da identificação ou formação das redes de proteção social torna-se essenciais no combate a situações de violência. Em Curitiba, os idosos em partes ficam desprotegidos pelo mau uso destas redes, há desconhecimento da equipe ESF, visto que, em sua grande maioria faz-se uso de apenas uma rede. Dessa forma, nota-se que os entrevistados possuem poucas alternativas para tentar resolver o problema, entre elas a monitorização deste evento e encaminhamento à FAS. Assim, a prática no sistema de saúde parece andar na contramão das políticas de defesa do idoso, apesar de existir uma Política Nacional que ampara os seus direitos e protege contra a violência, no entanto, muitas estratégias devem ser pensadas e elaboradas para que as legislações sejam cumpridas.

Um fato importante a ser mencionado é a sensibilização das equipes pela questão violência e o empenho destas na tentativa de trabalhar com as famílias para solucionar o problema.

O diagnóstico realizado por esta pesquisa suscita novas reflexões sobre o tema violência intrafamiliar contra o idoso. Compreender as conseqüências geradas por este fenômeno em nossos Serviços de Saúde e na vida das pessoas que estão vivenciando o envelhecimento constitui um assunto a ser efetivado, já que o conhecimento a este respeito ainda se encontra em processo de construção, visto que a violência é um problema social que recebe diferentes leituras no mundo todo e é influenciado pelos aspectos culturais de cada comunidade.

Dessa forma, há de se pensar nos seguintes questionamentos sobre o tema em nossa realidade que poderão constituir-se em novas pesquisas: quais as possíveis potencialidades das ferramentas do PSF para o rastreamento da violência? Como capacitar a equipe ESF para reconhecer a violência contra o idoso? Qual o potencial das redes de proteção para interferir no fenômeno violência contra o idoso? Como os profissionais são qualificados para trabalhar com idosos?

REFERÊNCIAS

BARBOSA, I; DUARTE, M.J.R.S. Envelhecimento e política de saúde: uma questão de cidadania. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.138-43, maio/ago. 2001.

BRASIL. Decreto lei n. 10.741, de 1 de Outubro de 2003. **Secretaria Especial de Editoração e Publicação**, Brasília,DF, p. 66, 2 out. 2003. Seção 1.

BRASIL. Decreto-lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 77-79, 5 de jan. 1994, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redes estaduais de atenção à saúde do idoso. **Guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº19: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual técnico para estruturação física de uma Unidade de Saúde da Família**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**. Brasília, 2006 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2007.

BRASIL. Portaria n- 2.528/GM, de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 142, 20 de outubro. 2006c. Seção 1

BRASIL. Portaria n. 737/GM, de 16 de maio de 2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 1- 28, 18 de Maio. 2001a. Seção 1.

CALDAS, C. P. O idoso frágil e as síndromes geriátricas. In: SALDANHA A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

DATASUS. **Informações de Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em:<www.datasus.gov.br/>. Acesso em: 10/07/2008.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da Pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul: Difusão, 2007.

ELSNER, V. R.; PAVAN, F.; GUEDES, J.M. Violência contra o idoso: ignorar ou atuar, **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 46-54, jul./dez. 2007.

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, abril. 2007.

GAIOLI, C. L. O. **Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio**. Ribeirão Preto. 92 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, 2004.

GIACOMOZZI C. M; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto em enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, out./dez. 2006.

GROSSI, P. K.; SOUZA, M. R. Os idosos e a violência invisibilizada na família, **Texto contexto em enfermagem**, v.2, nº 1, dez. 2003.

IBGE. **Anuário estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, 2000 a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/defaulttab_regioes.shtm>. Acesso em: 15/09/2008.

IBGE. **Contagem da população 2007**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>>. Acesso em: 15/09/2008

IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio. **Pesquisa Nacional por amostragem domiciliar 2000 b**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 15/03/2008.

IPARDES. **Anuários Estatísticos do Estado do Paraná 2006**. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/>. Acesso em: 20/03/2008.

IPPUC. **Curitiba em Dados**. Curitiba: IPPUC, 2000. Disponível em: <http://www.ippuc.org.br/>. Acesso em: 15/03/ 2008.

LOPES, M. J. M.; PAIXÃO, D.Y. **Saúde da Família: história, práticas e caminhos**. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

MEIRE, M. C.; GONÇALVES, L.H.T.; XAVIER, J.O. Relatos orais de cuidados de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.6, n. 2, abr/jun, 171-180. 2007.

MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema, **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, jan./jun. 2003.

MOTTA, L.B. **Atenção integral ao idoso no contexto da estratégia de saúde da família: um olhar sobre a formação e práticas médicas Rio de Janeiro**. 166f. tese. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde Bucal da Família: quando o corpo ganha uma boca. In: SILVEIRA FILHO, A. D. **Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão e boca saudáveis**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Curitiba, 2002. p.133-161. Disponível em: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/livro_curitiba.pdf#page=133. Acesso em: 29/10/2008.

OLIVEIRA, E. et al. Ferramentas de avaliação para situações indefinidas e manobras preventivas em saúde da família – Ciclo de Vida das Famílias. **Revista Médica do Paraná**, v.57, n. ½, p. 22 – 27, Jun./Dez. 1999.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.41, n.1, mar. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doença (CID-10)**. 6 ed. São Paulo: EDUSP, 1998.

PAIXÃO JR, C. M. P; et al. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento Caregiver Abuse Screen (CASE) para detecção de violência de cuidadores contra idosos, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v.23, n.9, set. 2007.

PAIXÃO, C, M. **Violência doméstica: instrumento de aferição de violência contra o idoso no ambiente da avaliação geriátrica ampla**, 297f. tese (doutorado em epidemiologia) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PAIXÃO, C. M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v..22 , n..6 , jun. 2006.

PASINATO, M.T.; MACHADO, L; CAMARANO, A. Idosos Vítimas de Maus-Tratos Domésticos: Estudo Exploratório das Informações dos Serviços de Denúncia. In: **XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 20-24 de set. 2004, Caxambu/MG. ABEP, 2004.

PAVARINI, S. C. I. et al. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, p.39 – 50. 2008.

PENSE SILVEIRA, P. S. Epi Info: versão 6. Informática Médica e Telemedicina do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em: <URL: <http://www.usp.br/fm/dim> >. Acesso em: 01/11/2008.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. ; PRIORE, S. E. Política sobre envelhecimento e saúde no mundo. **Revista o mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n.4, out./ dez. 2005.

PORTO, I; KOLLER, S. H. Violência na família contra pessoas idosas. **Revista Interações**, Rio Grande do Sul, v. XII, n. 22, p. 105-142, jul./dez.. 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Histórico da Secretaria Municipal de Saúde**. 2007. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/saúde/sms/index.htm>>. Acesso em: 14 /07/2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. Setor de Monitorização. **Qualidade de Vida caracterização**. Curitiba: PMC. 2003.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Ranking do IDH-M dos municípios do Brasil**. Disponível em:<[http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20decrecente20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20decrecente20(pelos%20dados%20de%202000).htm)>. Acesso em 10/12/2008.

QUEIROZ Z. P. V. Violência contra a velhice: considerações preliminares sobre uma nova questão social. **O Mundo da Saúde**, v.21, 204-7. 1997.

QUEIROZ, Z. V. Ações preventivas à violência contra idosos, **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, Número Especial, Parte 1, 2000.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: ATLAS, 2008.

RITT, C.F. **Violência doméstica e familiar contra o idoso: o município e a implementação das políticas públicas previstas no Estatuto do Idoso**. Santa Cruz do Sul, 2007.175. Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), 2007.

SANTOS, A O. et al.. A construção da violência contra idosos, **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.10, n.1. 2007.

SALIBA, O. et al.. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica, **Revista Saúde Pública**, v.41, n.3. São Paulo, Janeiro, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, Special Issue, ago. 2006.

SILVA, M.J. et al. Moraes GLA. A violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem a vivencia. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. V.10, n.1, 124-136. 2008.

SILVESTRE, J. A.; COSTA, M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, Rio de Janeiro, Jun. 2003.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, A. 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. et al. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro um direito a ser conquistado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, 2008

STEIN, C.E.; LOESCH, C. **Estatística e Probabilidade**, Blumenau: Edifurb, 2008.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir, teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TRAD, L. A .B; BASTOS, A. C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, abr./jun. 1998.

VERAS, R et al in Veras, R. **Terceira Idade**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnAT/UERJ, 2002.

VERAS, R. **Gestão contemporânea em Saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

WHIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3 ed. São Paulo: Roca. 2002.

ZUMA, C. E. A visão sistêmica e a metáfora de rede social no trabalho de prevenção de violência intrafamiliar em comunidades. In: V Congresso Brasileiro de Terapia Familiar, 2002, Salvador. **Os desafios da intervenção sistêmica no contexto social**. Salvador, Publicado em Nova Perspectiva Sistêmica, ano XIII, n. 23, fev. 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Entrevista

1. Dados Gerais dos Participantes

Senha do Participante: Entrevista _____

Sexo: () F () M

Idade: _____

Tempo: de formado _____ de serviço na Instituição _____

1.5 Realizou cursos de pós-graduação na área da Estratégia Saúde da Família ou Violência intrafamiliar contra o idoso:

() SIM () NÃO

Quais: _____

Qual carga horária?: _____

1.6. Realizou cursos de capacitação na área da Estratégia Saúde da Família ou Violência Intrafamiliar contra o idoso?

SIM () NÃO ()

Quais? _____

Qual carga horária?: _____

2. Reconhecimento da violência intrafamiliar pela equipe da Estratégia Saúde da Família.

2.1. Você reconhece a violência contra o idoso no ambiente intrafamiliar?

() sim () não

2.2. Você conhece algum tipo de instrumento/ferramenta para auxiliar na identificação da violência intrafamiliar contra os idosos?

() Sim () Não

Você utiliza? Qual? _____

2.3. Como você consegue identificar situações de violência contra o idoso?

() Denúncias () Visita domiciliar () Avaliação do idoso na US

() outras _____

2.4. De acordo com sua vivência profissional dentro da ESF, quais as dificuldades na identificação da violência intrafamiliar contra o idoso?

() Falta de denúncias

() Falta de conhecimento profissional a respeito do assunto

() Carência de informações sobre a manifestação desse fenômeno na sociedade

() Acesso as vítimas em seus lares

() Ausência de instrumento de identificação de violência intrafamiliar

() idosos não falam a respeito da violência

() outros _____

2.5. Quais os tipos de violência Intrafamiliar contra os idosos mais comuns em sua área de abrangência?

() Violência física

-)Violência sexual
-)Violência psicológica
-)Violência econômica/ financeira ou patrimonial
-)Abandono/negligência
-)Auto-negligência
-) Outros _____

2.6. Quais são os fatores de risco que levam essa violência intrafamiliar?

-) idosos mais longevos) idosas mulheres) idosos dependentes de cuidados diretos) cuidadoras mulheres) dependência financeira da renda do idoso) cuidador único em cuidado integral) cuidador doente/ estressado) convivência intergeracional) isolamento social do cuidador/idoso) dependência mútuas cuidador/ idoso) baixo nível educacional) abuso de substâncias pelo prestador de cuidados ou pelo idoso) alterações psicológicas do idoso³) outros _____

2.7. Em seu território, existem denúncias de violência contra os idosos?

-) Nenhuma) Poucas) Muitas

Quais? _____

2.8. Quais as alternativas que você como profissional da saúde tem para solucionar o problema violência?

-) Mudança de cuidador
-) Comunicar o familiar
-) Verificar junto ao FAS possibilidade de encaminhar o idoso para uma Instituição de Longa Permanência
-) Monitorar a família / cuidador
-) Cuidar do cuidador
-) Outras _____

2.9. Em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra o idoso, quais os órgãos abaixo deverão ser comunicados:

-) Autoridade policial;
-) Ministério Público;
-) Conselho Municipal do Idoso;
-) Conselho Estadual do Idoso;
-) Conselho Nacional do Idoso;
-) FAS
-) Outras? _____

³ Os fatores de risco apresentados acima foram retirados do artigo publicado por Souza et al. (2004).

APÊNDICE B – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: **O reconhecimento pela equipe da estratégia saúde da família da violência intrafamiliar contra idosos**. Sua participação é de fundamental importância.

A pesquisa tem por objetivo:

a) Geral:

Identificar as formas de reconhecimentos da violência intrafamiliar contra idosos referidos pelos integrantes da equipe ESF.

O benefício desta pesquisa se relaciona ao conhecimento das práticas dos integrantes da equipe da Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento de suas ações a nível intrafamiliar no combate a violência contra o idoso, de modo a aprimorar este conhecimento, com possibilidades de melhoria da qualidade de vida e na identificação desses agravos no ambiente intrafamiliar.

Os responsáveis pelo estudo é Adriano Yoshio Shimbo, orientado pela Prof.^a Dr.^a Liliana Maria Labronici, que poderão ser contatadas pelos telefones: 30135345 ou 9147-2359 (Adriano).

Antes do início da pesquisa será garantido as informações necessárias para sua participação. A entrevista será realizada pelo próprio pesquisador com aproximadamente 30 minutos de duração. Você tem a liberdade de recusar a participar da pesquisa, ou se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento. Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro. Sua confidencialidade e privacidade serão mantidas, por isso, caso qualquer informação seja divulgada em relatório ou publicação, ocorrerá de forma codificada.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo da pesquisa do qual fui convidado. A

explicação que recebi menciona os benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão. Concordo, voluntariamente em participar da pesquisa.

Curitiba, _____ / _____ / _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador
(Adriano Yoshio Shimbo)

Orientadora da pesquisa
(Dr^a Liliana Maria Labronici)

ANEXOS