

Universidade Federal de Uberlândia

Faculdade de Medicina

Kenia Pereira Vilela

**Violência contra os idosos na perspectiva dos profissionais do
Programa de Saúde da Família em Uberlândia- MG**

Uberlândia

2009

Kenia Pereira Vilela

Violência contra os idosos na perspectiva dos profissionais do Programa de Saúde da Família em Uberlândia- MG

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) como parte das exigências para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Miguel Tanús Jorge

Uberlândia

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

- V699v Vilela, Kenia Pereira, 1976-
Violência contra os idosos na perspectiva dos profissionais do Programa de Saúde da Família em Uberlândia - MG / Kenia Pereira Vilela. - 2009.
105 f.
- Orientador: Miguel Tanús Jorge.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.
1. Programa Saúde da Família (Brasil) - Teses. 2. Família - Saúde e higiene - Teses. 3. Idosos - Maus-tratos - Teses. I. Jorge, Miguel Tanús. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 613.9

Violência contra os idosos na perspectiva dos profissionais do Programa de Saúde da Família em Uberlândia- MG

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) como parte das exigências para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Uberlândia, 10 de agosto de 2009.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Miguel Tanús Jorge - FAMED/UFU

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Prado de Mello Jorge – FSP/USP

Prof^a. Dr^a. Maria Cristina de Moura Ferreira – FAMED/UFU

Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende – FAMED/UFU

Aos meus avós Mário e Lucila, que sempre estiveram presentes em minha vida e me ensinaram a respeitar o valor da experiência e sabedoria.

AGRADECIMENTOS

À professora Lindioneza Adriano Ribeiro pelo incentivo, amizade e aprendizado que possibilitou a realização desse trabalho.

Ao Professor Miguel Tanús Jorge pelos ensinamentos, experiência, compreensão e amizade.

À professora Maria Helena Prado de Mello Jorge pelas contribuições imprescindíveis, carinho, amizade e disponibilidade.

À Fernanda Zanata F S e à Priscilla Dias S. Abrahaão pela inestimável contribuição na coleta, análise dos dados e confecção do trabalho.

À minha equipe de saúde da família pelo carinho e compreensão, mas em especial às agentes de saúde Sirlei, Vera e Mirian, que me auxiliaram nas etapas iniciais desse trabalho.

Às minhas amigas Tatiana Carneiro de Resende, Elaine Bordini Villar e Helena Borges Martins da Silva da Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFU, que com muita paciência, ouviram minhas lamentações, opinaram e contribuíram para a confecção desse trabalho.

Ao coordenador da Pós-Graduação, professor Carlos Henrique Martins da Silva pela disposição em me ajudar em momentos difíceis.

Aos profissionais do Programa de Saúde da Família de Uberlândia que, pacientemente, responderam ao questionário, possibilitando a concretização desse trabalho.

Ao professor Carlos Henrique Alves de Rezende pelo apoio, amizade e por acreditar em mim.

À professora Terezinha Rezende Carvalho de Oliveira pelo carinho e contribuições.

À minha amiga Josina Tannús pela paciência em me ouvir e por incentivar a fazer a pós-graduação.

À minha mais nova amiga, mas não menos importante, Lauren Olivia Alves da Silva, pelo carinho, apoio e amizade.

Aos meus pais pelo amor e por me ensinarem a ter coragem para enfrentar as adversidades.

Ao meu esposo, pela compreensão e amor incondicional e ao meu filho Lucas por renovar minhas forças para continuar a sonhar.

“É preciso, antes, compreender o homem dentro do fantástico mundo de sua cultura, porque só poderemos promover a saúde, em seu sentido integral, quando formos suficientemente humildes para entender que nossa verdade nem sempre é a verdade dos outros e que também não é a única.”

Zenilce Bruno

RESUMO

A violência contra os idosos é uma questão complexa que contribui para agravar suas condições de saúde. Esse tema, que na agenda da saúde é novo, torna-se cada vez mais relevante com o envelhecimento populacional, sobretudo no Brasil. Com o objetivo de avaliar conhecimentos de profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) sobre a violência contra os idosos, foram entrevistados 225 profissionais das 34 equipes do PSF de Uberlândia: 91 profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, assistentes sociais, fisioterapeutas), 34 auxiliares ou técnicos de enfermagem e 100 agentes comunitários de saúde (ACS), sorteados entre os 202 existentes. A maioria dos profissionais eram do sexo feminino (193; 85,8%), adultos jovens e principalmente da faixa etária de 18 a 29 anos (88; 39,1%), com média de 34,6 anos e mediana de 33; 58,0% dos ACS tinham segundo grau completo; 17 (50%) auxiliares ou técnicos de enfermagem tinham concluído o curso técnico; 57,1% dos profissionais de nível superior tinham pós-graduação completa. A maioria não tinha formação em Saúde da Família (183; 81,3%); um dos médicos (3,1%) e quinze dos enfermeiros (44,1%) tinham especialização em saúde da família. Dos 225 entrevistados, 128 (56,9%) tinham mais de dois anos de atuação no PSF; 133 (59,1%) relataram nunca terem tido informações sobre violência contra os idosos. Dos 92 que já tiveram contato com o tema, 55 (59,8%) referiram ter ouvido palestras. Setenta e oito (34,7%) profissionais relataram não conhecer o Estatuto do Idoso e dos 147 (65,3%) que responderam conhecer pelo menos um pouco, 43 (29,3%) não se lembravam de artigos ou conteúdos do Estatuto e apenas seis (4,1%) mencionaram a necessidade dos profissionais denunciarem maus-tratos contra os idosos. Todos os entrevistados relataram interesse em obter informações sobre o tema de violência contra o idoso; 139 (61,8%) prefeririam obtê-los por meio de mini cursos e 181 (80,4%) justificaram o interesse pelo fato de o tema fazer parte de suas atuações profissionais. Cento e vinte dois (54,2%) profissionais relataram que já haviam suspeitado de casos de violência contra idoso; 85 destes (69,7%) referiram-se a casos de negligência; 23 (18,9%) fizeram denúncias aos órgãos competentes, dos quais 9 (39,1%) eram enfermeiros. Em situações hipotéticas, a maioria, mais de 70%, reconheceria como violência, porém somente uma pequena porcentagem notificaria. Apesar de a maioria (79,6%) ter identificado o conselho do idoso como órgão responsável por receber as denúncias, 81,0% não sabiam informar sobre sua atuação, pois nunca notificaram casos de violência; 91 (40,5%) relataram que nenhum motivo os impediria de notificar casos de violência contra o idoso e entre os 134 restantes, 44 (32,8%) consideraram que a falta de informação é um dos impedimentos. Quase todos (93,8%) apontaram o ACS como o responsável por identificar as situações de violência e 44,2% consideraram que eles também seriam responsáveis por investigá-las; grande parte foi capaz de reconhecer os fatores de risco para os maus-tratos, mas muitos também identificaram, como fatores de risco, alguns considerados de proteção. A maioria (52,9%) referia que

sempre ou quase sempre questionava ao idoso se ele era bem tratado pela família ou cuidador, porém 62,4% o faziam de forma sutil. Conclui-se que, entre os profissionais que trabalham no PSF, há uma grande lacuna de conhecimento e inadequação prática na atuação na temática da violência contra o idoso.

Palavras- chave: Maus-tratos ao idoso. Programa de Saúde da Família. Saúde Pública.

ABSTRACT

Elder abuse has received increasing attention in the field of health since it is a complex problem with consequences for the health of old people. It has been recognized as an important topic especially due to the aging of the world population, mainly in Brazil. This study aimed at assessing the knowledge of professionals from the Family Health Program (Programa de Saúde da Família, PSF) on elder abuse. Two hundred twenty-five professionals from the 34 PSF teams in Uberlandia were interviewed: 91 professionals with higher education degree (doctors, nurses, psychologists, dentists, social workers, physiotherapists), 34 technical nurses and 100 out of the 202 existing community health agents who were selected randomly. Most of the professionals were female (193; 85.8%), young adults aged 18 to 29 years (88; 39.1%), mean age 34.6 years, median age 33 years. Fifty-eight percent of the community agents had completed high school, 17 (50%) of the technical nurses had completed their technical training and 57.1% of professionals with higher education degree had completed post-graduation. Most of the sample did not have specialization on family medicine (183; 81.3%): only 1 doctor (3.1%) and 15 nurses (44.1%) were family specialists. Among the 225 interviewed, 128 (56.9%) had more than 2 years of experience with PSF and 133 (59.1%) reported no previous information on elder abuse. Among those who had previous contact with the topic, 55 (59.8%) reported having heard of it from lectures. Seventy-eight professionals (34.7%) referred no previous knowledge on the Elderly Bylaw. Among those who reported at least some knowledge of it, 43 (29.3%) did not recall any of its content or articles and only 6 (4.1%) mentioned the need to report elderly mistreatment to official agencies. All the professionals of the sample were interested in getting information on elder abuse and 139 (61.8%) preferred doing so through workshops. This interest was justified by 188 (80.4%) of the interviewed due to the presence of the topic in their professional activities. One hundred twenty-two (54.2%) professionals reported previous suspicion of elder abuse. Among these, 85 (69.7%) referred to cases of neglect, 23 (18.9%) reported to official agencies, 9 of those (39.1%) were nurses. In a hypothetical situation, more than 70% of the professionals would recognize abuse but only a small percent would report it to official agencies. Although most of professionals (79.6%) have recognized the Elderly Council as the agency responsible for receiving reports on abuse, 81% did not know any information on its performance because they had never reported any case of elder abuse. Ninety-one (40.5%) professionals reported no reason for preventing them from reporting cases of elder abuse to official agencies. Among the remaining 134 professionals, 44 (32.8%) considered lack of information as a reason for preventing report. Almost all of the professionals (93.8%) identified the community agent as the responsible for screening situations of abuse and 44.2% identified them as also responsible for investigating these cases. Although most of professionals were able to recognize risk factors for elder

mistreatment, many have also identified some protective factors as risk for abuse. Most of professionals referred making inquiries about care by family or caregiver, but 62.4% did these questionings in subtle ways. We conclude that there is lack of knowledge and inadequacy of clinical practice on elder abuse among professionals from PSF.

Keywords: Elder abuse. Family Health Program. Public Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo profissão /ocupação, abril a setembro de 2006.....	36
Tabela 2 - Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo sexo e faixa etária, abril a setembro de 2006.....	36
Tabela 3 - Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, exceto aqueles de nível superior, segundo nível de escolaridade, abril a setembro de 2006.....	37
Tabela 4 - Distribuição dos profissionais de nível superior do PSF de Uberlândia, segundo escolaridade, abril a setembro de 2006.....	38
Tabela 5 – Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo profissão/ ocupação e formação em Saúde da Família, abril a setembro de 2006.....	38
Tabela 6 -- Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo ocupação/ profissão e tempo de trabalho no programa (em meses), abril a setembro de 2006.....	40
Tabela 7 -- Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo ocupação/ profissão e informação sobre violência contra idosos, abril a setembro de 2006.....	41
Tabela 8 – Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo ocupação/profissão e tipo de informação recebida sobre o tema de violência contra os idosos, abril a setembro de 2006.....	42
Tabela 9 – Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo contexto de aprendizagem do tema de violência contra os idosos, abril a setembro de 2006.....	43
Tabela 10 – Artigos e conteúdos do Estatuto do Idoso considerados mais importantes pelos profissionais do PSF de Uberlândia, abril a setembro de 2006.....	45
Tabela 11 – Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia que relataram ter suspeitado de casos de violência contra idosos, segundo ocupação/ profissão, abril a setembro de 2006.....	47
Tabela 12 - Tipos de violência suspeitados segundo relato dos profissionais do PSF de Uberlândia, abril a setembro de 2006.....	48
Tabela 13 – Condutas dos profissionais do PSF de Uberlândia frente à suspeita de maus-tratos contra os idosos, segundo ocupação/profissão, abril a setembro de 2006.....	49
Tabela 14 – Órgãos responsáveis por receberem as denúncias de violência contra os idosos segundo relato dos profissionais do PSF de Uberlândia, abril a setembro de 2006.....	51
Tabela 15 – Profissionais do PSF de Uberlândia segundo motivos alegados como justificativas de não denunciarem casos de violência contra o idoso, abril a setembro de 2006.....	52
Tabela 16 – Situações de risco e de proteção apresentadas que foram identificadas como risco para maus-tratos ou violência contra o idoso pelos profissionais do PSF de Uberlândia, abril a setembro de 2006.....	56

Tabela 17 – Sujeitos identificados pelos profissionais do PSF de Uberlândia como agressores mais freqüentes em casos de violência contra o idoso, abril a setembro de 2006.....	57
Tabela 18 – Rotina dos profissionais do PSF de Uberlândia em perguntar ao idoso sobre a satisfação com o tipo de tratamento dispensado pela família ou cuidador, segundo ocupação/ profissão, abril a setembro de 2006.....	58
Tabela 19 – Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo a forma que questionavam ao idoso sobre o tratamento dispensado pela família ou cuidador, abril a setembro de 2006.....	59
Tabela 20 – Preocupações dos profissionais do PSF de Uberlândia, relacionadas aos medicamentos dos pacientes idosos, abril a setembro de 2006.....	60
Tabela 21 – Profissionais do PSF de Uberlândia, segundo questionamento sobre quedas e atividades de vida diária que o idoso realiza com e sem ajuda e freqüência com que o fazem, abril a setembro de 2006.....	61
Tabela 22 – Principais questionamentos feitos pelos profissionais do PSF de Uberlândia para definir as atividades de vida diária que o idoso realiza com e sem ajuda, abril a setembro de 2006.....	62
Tabela 23 – Principais observações dos profissionais do PSF de Uberlândia na moradia dos pacientes idosos, abril a setembro 2006.....	63
Tabela 24 – Respostas dos profissionais do PSF de Uberlândia à questão “se um idoso vem várias vezes à unidade de saúde à procura de atendimento, apesar de já estar estabelecido o tratamento correto de uma doença crônica, você:”, abril a setembro de 2006.....	64
Tabela 25 – Condutas dos profissionais do PSF de Uberlândia diante da seguinte situação “Você visita um idoso acamado e o encontra sozinho, o mesmo relata estar há mais de 12 horas sem receber alimentação, devido à filha estar trabalhando e você:”, abril a setembro de 2006.....	65
Tabela 26 – Condutas dos profissionais do PSF de Uberlândia diante da situação hipotética de troca de receitas de ansiolíticos pelo cuidador de um idoso acamado, abril a setembro de 2006.....	66
Tabela 27 - Condutas dos profissionais do PSF de Uberlândia diante de um idoso em má condição de higiene e dependente do cuidador para o banho, abril a setembro de 2006.....	66
Tabela 28 - Condutas dos profissionais do PSF de Uberlândia diante de um idoso com um ferimento na cabeça e histórias contraditórias entre idoso e cuidador, abril a setembro de 2006.....	67
Tabela 29 – Respostas dos profissionais do PSF de Uberlândia frente ao questionamento da existência ou não de violência contra o idoso em algumas situações, abril a setembro de 2006.....	68
Tabela 30- Respostas dos profissionais do PSF de Uberlândia frente ao questionamento da existência ou não de violência contra o idoso em algumas situações, segundo profissão/ocupação, em número, abril a setembro de 2006.....	69
Tabela 31 - Respostas dos profissionais do PSF de Uberlândia frente ao questionamento dos tipos de violência contra o idoso em algumas situações, abril a setembro de 2006.....	70

MAPA E GRÁFICOS

Mapa 1: Localização dos núcleos e das UBSF em Uberlândia, em 2006.....	34
Gráfico 1: Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo sexo e faixa etária (em anos), abril a setembro de 2006.....	37
Gráfico 2: Distribuição de médicos e enfermeiros do PSF de Uberlândia, segundo especialização em Saúde da Família e Comunidade, abril a setembro de 2006.....	39
Gráfico 3: Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo relato de conhecimento do Estatuto do Idoso em número e porcentagem, abril a setembro de 2006.....	44
Gráfico 4: : Justificativas dos profissionais do PSF de Uberlândia pelo interesse em receber informações sobre o tema de violência contra o idoso, abril a setembro de 2006.....	46
Gráfico 5: Profissionais do PSF de Uberlândia que denunciaram, aos órgãos competentes, casos de suspeitas de maus-tratos contra os idosos segundo categoria profissional, abril a setembro de 2006.....	50
Gráfico 6: Profissionais da equipe do PSF de Uberlândia responsáveis por identificar, investigar e notificar os casos de violência contra o idoso, segundo opinião dos entrevistados, abril a setembro de 2006.....	53
Gráfico 7: Profissionais da equipe do PSF de Uberlândia responsáveis por identificar, investigar e notificar os casos de violência contra o idoso, segundo opinião dos assistentes sociais, abril a setembro de 2006.....	54
Gráfico 8: Profissionais do PSF de Uberlândia que reconheceram as situações apresentadas como casos de violência contra o idoso em relação aos que notificariam aos órgãos responsáveis, abril a setembro de 2006.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS-	Agente Comunitário de Saúde
Aux. ou Tec. Enf.-	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
AGA-	Avaliação Geriátrica Ampla
AVD-	Atividade de Vida Diária
CEAI-	Centro Educacional de Assistência Integrada
CPS-	Cápsulas ou comprimidos
DAB-	Departamento de Atenção Básica
DM-	Diabetes Melitos
ESF-	Equipe de Saúde da Família
ESF-	Estratégia de Saúde da Família
GISF-	Grupo Interinstitucional de Saúde da Família
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI-	Instituição de Longa Permanência para Idosos
INPEA-	International Network for de Prevention of Elder Abuse (Rede Internacional de Prevenção à Violência contra Idosos)
MS-	Ministério da Saúde
NCEA-	National Center on Elder Abuse (Centro Nacional de Abuso contra os Idosos)
OMS-	Organização Mundial de Saúde
PNSPI-	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PROCON-	Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor
PROESF-	Projeto de Expansão e Consolidação em Saúde da Família
PSF-	Programa de Saúde da Família
SOS Idoso-	Save Our Souls – pedido de socorro para idosos
SUS-	Sistema Único de Saúde
UAI-	Unidade de Atendimento Integrado
UBSF-	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	O envelhecimento.....	17
1.2	O idoso no Brasil.....	20
1.3	A violência contra o idoso.....	22
1.4	O Programa de Saúde da Família.....	27
2	OBJETIVOS.....	31
3	CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	32
4	RESULTADOS.....	35
4.1	Características gerais dos profissionais.....	35
4.2	Conhecimento dos profissionais sobre o tema de violência contra o idoso.....	40
4.3	Reconhecimento dos profissionais sobre fatores associados à violência contra o idoso.....	54
4.4	Condutas dos profissionais frente a casos hipotéticos.....	64
5	DISCUSSÃO.....	72
5.1	Composição das Equipes do PSF.....	72
5.2	Sexo, idade e formação profissional.....	73
5.3	Conhecimento dos profissionais do PSF sobre o tema de violência contra o idoso.....	76
5.4	Fatores associados à percepção e capacidade dos profissionais de identificar casos de violência.....	78
5.5	Feedback e necessidades para melhorar os serviços.....	85
6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
	ANEXOS.....	96
	Anexo 1: Questionário de avaliação dos profissionais do Programa de Saúde da família.....	96
	Anexo 2: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, processo nº 062/06.....	104
	Anexo 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105

INTRODUÇÃO

1.1 O Envelhecimento

A velhice é um período da evolução natural do ser humano que implica em alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas, psicológicas, sociais, dentro de um processo dinâmico e progressivo que determina perda das capacidades fisiológicas e de adaptação, ocasionando maior vulnerabilidade a doenças que podem levar o indivíduo à morte (PAPALÉO NETTO, 2002). É considerada por muitos como um momento triste da vida, associado à decadência, incapacidades, doenças, frustrações, dependência e morte (DOMINGUES; QUEIROZ, 2005). Mas, mesmo alguns idosos com limitações não se reconhecem nesse perfil, como mostraram as histórias de vida das mulheres entrevistadas em uma pesquisa realizada em Bambuí, Minas Gerais sobre as condições de vida dos idosos. Apesar das limitações e perdas apresentadas, as imagens da velhice foram positivas e nenhuma das mulheres entrevistadas reconhecia seu momento de vida como inteiramente negativo. Há, então, que se reconstruir a velhice sob novas perspectivas, pois a homogeneidade aparente das pessoas idosas e a visão negativa do envelhecimento não traduzem a realidade (UCHÔA; FIRMO; LIMA-COSTA, 2002). A forma de percepção de seus problemas de saúde, a redefinição de prioridades, a maneira de lidar com as perdas são estratégias adaptativas para manter o bem estar e continuar vivendo com prazer. Isso é o que faz a diferença entre as pessoas (MINAYO; COIMBRA JR., 2002). Como mencionam Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002), o envelhecimento é um processo dinâmico em que o indivíduo participa de forma ativa com suas experiências pessoais e culturais e, considerando as desigualdades sócio-culturais existentes, fica claro que as situações encontradas podem ser bastante heterogêneas.

Associam-se às manifestações somáticas da velhice, a solidão e perdas importantes: psicológicas, motoras, afetivas e dos papéis sociais. O início desse processo depende do indivíduo, porém algumas marcas já se apresentam a partir do fim da terceira década de vida, muito antes da idade cronológica da velhice, socialmente determinada. Vale ressaltar que, existe o envelhecimento bem sucedido: *baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais relacionadas às doenças; funcionamento mental e físico excelentes; e envolvimento ativo com a vida*. Há evidências científicas de que os hábitos de vida, como alimentação saudável, realizar atividade física, não fumar, moderação na ingestão de bebida alcoólica e atividades que promovam o bem-estar psicossocial são fatores extrínsecos que influenciam de forma positiva o envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2002). Segundo Anetzberger (2002), a sociedade pode oferecer alguns recursos para promover o envelhecimento saudável como através de programas de promoção de estilo de vida saudáveis, serviços de atendimento

a domicílio, serviços de entrega por telefone, instituições para idosos alternativas como centros-dia, clubes recreativos, centros de convivência, grupos de terapia e suporte familiar, programas intergeracionais, agências de empregos, associações educativas e apoio judicial entre outros, que constituem a rede de apoio da comunidade.

O processo de envelhecimento é muito heterogêneo e guarda pouca relação com a idade cronológica. Diante das variações que podem ocorrer, Costa e colaboradores (2001) dividem os idosos em três grupos:

1. Idosos jovens (de 65 a 74 anos) (no Brasil, de 60 a 74 anos): correspondem à fração da população idosa que predomina no Brasil nos dias atuais.
2. Idosos velhos (de 75 a 84 anos): correspondem à fração que cresce mais rapidamente.
3. Idosos muito velhos (de 85 e mais anos): correspondem ao grupo mais propenso a apresentar incapacidades.

A qualidade de vida da pessoa idosa está diretamente relacionada à capacidade de realizar as atividades do cotidiano, com independência funcional e autonomia de decisão. Segundo Lebrão e Laurenti (2005) a presença de incapacidade é fator determinante na auto-avaliação da saúde. Entre os idosos entrevistados em São Paulo pelo projeto SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento) ter, pelo menos, uma incapacidade para as atividades básicas de vida, reduz à metade a disposição de considerar a sua saúde muito boa ou boa. A incapacidade funcional é definida pela impossibilidade parcial ou total de executar movimentos e desempenhar tarefas da rotina de vida (PEREIRA, 2002). Rosa e colaboradores (2003) demonstraram que, a capacidade funcional é influenciada por fatores demográficos (sexo, estado civil, arranjo familiar e idade); socioeconômicos (escolaridade, situação ocupacional, local de residência); culturais (fazer ou receber visitas, ir ao cinema, participar de obras de igreja, atividades físicas) e biopsicossociais (hospitalizações, problema com a visão, com a audição, reumatismo, asma, hipertensão arterial, varizes, diabetes, acidente vascular cerebral, insônia, quedas, saúde mental, autopercepção da saúde e esta comparada à de outras pessoas).

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que foi anunciada em 1999 pela Portaria Ministerial nº 1.395 e atualizada em 2006, o principal problema que pode afetar o idoso é a perda da capacidade funcional. Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência. Portanto, instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS (Sistema Único de Saúde), para que haja

a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

No mundo todo, há um aumento do número de pessoas idosas, acima de 60 anos, e redução do número de crianças que nascem, fazendo crescer a proporção de idosos na população, o que caracteriza o **envelhecimento populacional** (COSTA et al., 2001). Segundo o Fórum de Genebra da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2000, esse fenômeno deve-se a dois fatores principais:

- A melhoria das condições de vida das pessoas, como saneamento básico e moradia, ao avanço da medicina, incluindo a descoberta de antibióticos e vacinas, reduzindo a mortalidade por doenças infecto-contagiosas, e desenvolvimento técnico-científico ocasionando a redução da morbimortalidade por doenças crônicas, e conseqüente **aumento da expectativa de vida**.
- **Redução das taxas de fecundidade**, devido ao desenvolvimento de métodos contraceptivos eficazes e melhoria do acesso à educação e informação por parte das mulheres (WHO, 2000).

O processo de envelhecimento da população iniciou-se na Europa em países desenvolvidos. Mas, atualmente, a maioria das pessoas acima de 60 anos vive em países em desenvolvimento, que apresentarão um aumento de 200% a 400% no número de pessoas idosas nos próximos vinte e cinco anos, correspondendo a 70% dessa população em 2025. E o impacto nos países em desenvolvimento é ainda maior, pois essa população idosa em crescimento acelerado, muitas vezes marginalizada, que simboliza custos elevados e pouca ou nenhuma produtividade, não tem acesso à mesma seguridade social ou à atenção à saúde que a população nos países desenvolvidos dispõe, pois *“estes tornaram-se ricos e então velhos, e os países em desenvolvimento estão ficando velhos antes de se tornarem ricos”* (WHO, 2000, tradução nossa).

Segundo a OMS, em 2050 uma em cada cinco pessoas terá 60 anos ou mais, sendo que o número de idosos com 80 anos ou mais também vem aumentando rapidamente. Portanto, é necessário o desenvolvimento de políticas para garantir a seguridade social, a promoção de estilos saudáveis de vida e manutenção da atividade e produtividade, prevenção de riscos que possam diminuir a independência e autonomia e melhorar a qualidade de vida de idosos que já apresentem incapacidades. Tem-se constatado que é muito mais fácil evitar mortes do que evitar a ocorrência de doenças crônicas e o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento. A sociedade deve realizar modificações no sistema de aposentadorias e pensões, no mercado de trabalho para adaptar-se e garantir dignidade para o idoso e permitir a convivência intergeracional saudável, evitando que o envelhecimento populacional torne-se uma contradição, pois o mesmo representa a melhoria das condições de vida das pessoas, e não deve simbolizar o fracasso da sociedade com o abandono de seus velhos (WHO, 2000).

1.2 O Idoso no Brasil

O Brasil era um país de jovens, mas caminha para ser o sexto país no mundo com a maior população acima de 60 anos, com uma projeção, segundo o IBGE (2000), de aproximadamente 30 milhões de idosos em 2025. No censo demográfico de 2000, as mulheres representaram 55% dos idosos e, 35% das pessoas com 60 anos ou mais, se responsabilizam por 30% a 50% do rendimento familiar, nas cidades com até 20.000 habitantes. Isto se deve ao fato de que 66,8% das pessoas com 60 anos ou mais, estavam aposentadas e 11,2% eram pensionistas, sendo que a maior parte dos aposentados se encontravam nos municípios de pequeno porte, devido à universalização dos benefícios da seguridade social que ocorreu na década de 90. Do ponto de vista legal, no Brasil, idoso é toda pessoa com mais de 60 anos de idade (BRASIL, 1994). Em Uberlândia, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, são 57.800 idosos atualmente (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2009).

Essa transição demográfica vem ocorrendo de forma rápida, há cerca de 30 anos, ocasionando dificuldades ao Estado em lidar com o novo perfil epidemiológico em que predominam as doenças crônico-degenerativas, que implicam em anos de utilização dos serviços de saúde, diferentemente das doenças infecto-contagiosas, ainda presentes, embora em menor proporção, e que, geralmente, são processos agudos que culminam na cura ou óbito e, portanto, menos dispendiosos (CHAIMOWICZ, 1997).

Diante dessa nova realidade, é necessário conhecer as condições de vida do idoso brasileiro, suas peculiaridades, expectativas, seus vínculos. Muitos profissionais e gestores de saúde não acreditam no benefício da organização e melhoria dos serviços de saúde voltados para a população idosa. Esse fato pode revelar, por um lado, a visão estereotipada sobre envelhecimento e, por outro, a falsa suposição de que o cuidado do idoso, individual ou coletivo, é uma tarefa sem retorno, sendo, portanto, dispensável em sociedades como a do Brasil, com tantas outras prioridades. A prevalência de múltiplos problemas e o uso de vários medicamentos são uma das principais características do processo saúde-doença no idoso. Mas, sabe-se, também, que o benefício absoluto de se tratar determinadas doenças, como a hipertensão arterial sistêmica, mostra-se maior no idoso do que no adulto jovem (COELHO FILHO, 2000). Por isso, é de suma importância preparar e treinar familiares, cuidadores e profissionais de saúde para uma assistência mais adequada a essas pessoas. Além disso, é necessário alertar a sociedade para as mudanças fundamentais que devem ocorrer nos mais diferentes níveis, tais como social, econômico e cultural, para que os idosos possam ter dignidade, qualidade de vida e felicidade (ZIMERMAN, 2000).

A família é um cenário de constante transformação, de comportamentos sociais complexos, distintos e marcados por conflitos de gerações. É fundamental que o idoso interaja bem com a família, pois o envelhecimento acarreta mudança nos papéis e nas relações de dependência. A instituição família constitui o principal sistema de cuidado do idoso (ANGELO, 2005). A família reúne indivíduos através de vínculos afetivos e de parentesco, de variadas formas de organização, com crenças, valores e múltiplas maneiras de emocionar, interpretar e comunicar (SZYMANSKI, 2006).

Segundo Zimerman (2000) há diversos tipos de família, como a suficientemente sadia em que a harmonia prevalece e os pais são modelos de identificação para os filhos, cada qual tem seu papel e lugar, os integrantes reconhecem as diferenças, são tolerantes com as frustrações, há divergências, mas prevalecem os sentimentos amorosos. Existe também a família simbiótica, em que todos vivem extremamente interligados, não proporcionando a sadia conquista do espaço individual, ou ao contrário, a família pode ser dividida, com formação de subgrupos como, por exemplo, o filho é ligado ao pai e a filha à mãe, ou qualquer outra combinação. Há também a família narcisista, em que seus integrantes se consideram donos da verdade e quando velhos toleram mal as perdas e incapacidades que podem surgir, ou ainda, as famílias podem ser depressivas, fóbicas, paranóides, obsessivas, hipocondríacas ou perderem os limites com confusão de papéis entre os membros.

Além dos membros tradicionais da família como os pais, filhos e avós, há os arranjos familiares, que podem apresentar inúmeros conflitos, pois, com o aumento da longevidade, não é raro haver quatro gerações convivendo no mesmo ambiente familiar. Os valores freqüentemente são diferentes, assim como o comportamento. De acordo com Zimerman (2000) a forma como o idoso educou e assistiu seus filhos e familiares é fator determinante na cooperação da família no cuidado do mesmo.

Os problemas que acontecem nesse ambiente nem sempre são conhecidos por outras pessoas, especialmente, os profissionais de saúde. Por isso, recomenda-se que o idoso seja atendido em visita domiciliar pelo menos uma vez, pois conhecendo o ambiente em que vive, as condições de higiene, de habitação, as facilidades e, também, as dificuldades para realizar as atividades de vida diária (AVD), ou seja, sua independência, é possível que o profissional de saúde identifique os problemas de forma mais adequada (DUARTE; DIOGO, 2005). As AVD são atividades realizadas dentro e fora do domicílio que dizem respeito à capacidade funcional do idoso, como banhar-se, vestir-se, alimentar-se, ir ao banheiro, andar com ou sem ajuda, passar da cama para cadeira, mover-se na cama, apresentar continência urinária e fecal, e realizar as atividades instrumentais como preparar a comida, fazer o serviço de doméstico, lavar e cuidar do vestuário, fazer trabalhos manuais, manusear o telefone, os medicamentos e o dinheiro, além de fazer compras fora de casa e ir ao médico, a eventos religiosos e utilizar os meios de transporte. Existem várias escalas de avaliação das AVD que fazem parte da

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), um instrumento de avaliação do idoso multidimensional que tem por objetivo identificar a independência, as deficiências e incapacidades do geronte e planejar estratégias de intervenção e cuidado, para alcançar a máxima capacidade funcional e melhoria da qualidade de vida do idoso. A partir dessa avaliação, é possível identificar situações e populações de risco, inclusive para violência (COSTA; MONEGO, 2003).

É também de suma importância investigar as condições de saúde das pessoas que dão apoio ao idoso, pois é comum encontrar familiares que dedicam tempo integral ao cuidado do idoso, o que pode levar à exaustão, depressão, maus-tratos e internação precoce em instituições de longa permanência para idosos, ou mesmo ser necessário contratar um cuidador formal. Deve-se indagar sobre a participação do idoso no ambiente familiar e na comunidade, conflitos entre as gerações e a satisfação do idoso com o apoio familiar (COSTA et al., 2001).

Ao lado do envelhecimento populacional, encontra-se a diminuição do tamanho das famílias, o processo migratório e de urbanização, o ingresso da mulher no mercado de trabalho, o desemprego, a pobreza, principalmente nos grandes centros, o tráfico de drogas, o alcoolismo, a mudança cultural e de valores familiares, com a valorização excessiva de grupos etários mais jovens causando uma erosão do sistema tradicional de cuidados aos idosos. A consequência é a ausência, na família, de alguém que cuide do idoso em caso de dependência, doença ou incapacidade física, ocasionando a necessidade do cuidador formal, seja um profissional capacitado ou não, o que representa, geralmente, um fator de risco para violência contra o idoso (PAPALÉO NETTO, 2002).

A atenção à saúde do idoso não pode ocorrer de forma isolada, deve haver a integração com a família, a participação da comunidade e do poder público, promovendo o cuidado do ser humano de forma integral, facilitando as relações entre jovens, adultos e idosos (LOUZÃ; LOUZÃ NETO; COHEN, 1987).

1.3 A Violência contra o Idoso

A preocupação com o aumento progressivo do número de idosos levou à criação de uma Política Nacional do Idoso, concretizada na Lei nº 8.842, de 1994, visando evitar a exclusão da população idosa e garantir seus benefícios previdenciários. Surge também um aumento dos problemas relacionados ao cuidado e a necessidade de regulamentar os direitos das pessoas com mais de 60 anos (BRASIL, 1994).

Em 2000, o MS, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, publicou um informe técnico com disposições da “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência”, oficializando a atenção ao problema da violência contra o idoso. O documento é um instrumento

norteador das ações do setor saúde no cenário dos acidentes e violência. Coloca em pauta a falta de preparo dos profissionais de saúde para diagnosticar, monitorar e acompanhar os casos de violência (BRASIL, 2000a).

Nos anos de 1980 a 2000, as causas externas, classe a qual a violência pertence, foram responsáveis por 3,5% da mortalidade geral na população idosa no Brasil, ocupando, nesse conjunto, o sétimo lugar. Porém, a magnitude do problema é ainda maior, pois existe uma grande parte de eventos não mortais, que não se encontram nas estatísticas, particularmente os maus-tratos que os idosos estão sujeitos em seu ambiente doméstico, comunitário e institucional (MINAYO; SOUZA, 2003).

Em 1991, a taxa de mortalidade por acidentes e violências na população idosa foi de 104,2/100.000 e, em 2000, caiu para 92,4/100.000. Nesse último ano, corresponderam a 136/100.000 óbitos de homens e 56,9/100.000 de mulheres, demonstrando, também na velhice, o maior risco de morrer por causas violentas entre pessoas do sexo masculino, seja no Brasil ou em outros países. As causas ditas acidentais, como os acidentes de transporte e quedas, representaram a maior porcentagem e somaram, em 2000, 39,4% de todas as mortes por causas externas. As quedas constituem a principal de causa de internação e de procura por serviços de emergência, por violências e acidentes, sendo que, em 2000, foi responsável por 52,1% do total de internações de idosos por essas causas. Os acidentes de trânsito e, especialmente, as quedas têm relação com as violências, pois, são atribuídas a diversos fatores como a fragilidade física, uso de medicamentos que provocam alterações do equilíbrio, a visão prejudicada, presença de osteoporose ou doenças crônicas que diminuem a capacidade funcional, entre outros. Porém, devido a essas circunstâncias, as residências, onde se encontra a maioria dos idosos, as instituições e a comunidade, deveriam estar preparadas e adaptadas para as necessidades dos idosos. No entanto, há uma negligência em relação à segurança, pois medidas simples como colocar dispositivos em banheiros e nos pisos, retirar tapetes e obstáculos do caminho, melhorar a iluminação, poderiam evitar ou reduzir boa parte das ocorrências de quedas (MINAYO, 2005).

Gawryszewski, Mello Jorge e Koizumi (2004) mencionam que, se entre os idosos os casos de óbitos relativos às causas externas, em números absolutos, não impressionam, o mesmo não ocorre com os coeficientes de mortalidade, que são muito próximos da população de adolescentes e jovens, reconhecida pelo alto risco para acidentes e violência.

O documento oficial do MS (BRASIL, 2000a) conceitua como violência “o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros [...]” Entretanto, no que se diz respeito à violência contra o idoso define maus-tratos, assim como OMS e a Rede Internacional de Prevenção à Violência contra Idosos (INPEA) como o “*ato único ou repetido, ou ainda, a ausência de uma ação apropriada; que causa dano, sofrimento ou angústia e que ocorre dentro de um*

relacionamento em que haja expectativa de confiança”(WHO/INPEA, 2002). A própria definição revela a relação de confiança e intimidade entre o agressor e a vítima, levando a uma cumplicidade entre ambos e a omissão dos fatos, tornando a violência no âmbito familiar oculta.

Somente em 2003, entretanto, é instituído o Estatuto do Idoso através da Lei n.º 10.741 de 1º de outubro do referido ano, que visa a garantia desses direitos e prevê entre outros itens, a responsabilização da

[...] família, da comunidade, da sociedade e do poder público em assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Segundo também o Estatuto “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”. O artigo 19 menciona a obrigatoriedade dos profissionais de saúde em comunicar casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra idosos para os órgãos oficiais como o Conselho Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso, o Ministério Público ou até mesmo a autoridade policial (BRASIL, 2003).

A violência contra o idoso é uma questão complexa, que contribui para agravar suas condições de saúde e que o profissional tem obrigação de reconhecer e notificar aos órgãos responsáveis (COSTA et al., 2001; MACHADO, QUEIROZ, 2006).

Em um estudo feito em Cascavel, Paraná, os pesquisadores selecionaram 131 atestados de óbito de 1997 identificados como causa violenta, e em 115 a causa de morte registrada era “sem assistência médica”, que foi considerada violenta pelos autores e sugere uma negligência com a assistência ao idoso (ALVES et al., 2002).

Segundo dados estatísticos do Centro Nacional de Abuso contra os Idosos (NCEA; APHSA, 1998) dos Estados Unidos, mais de um milhão de americanos idosos foram maltratados em 1996, comparados com 735.000 em 1991. Do mesmo modo, o número de maus-tratos aos idosos denunciados também aumentou, de 117.000 casos em 1986 para 293.000 em 1996, representando uma elevação de 150% em pouco mais de 10 anos. Estima-se que haja cinco ou mais casos não identificados e não denunciados, para cada um dos contabilizados, fenômeno denominado “iceberg”. De todas as formas de violência doméstica, os maus-tratos contra os idosos são os menos detectados e conseqüentemente os menos denunciados. O isolamento explicaria em parte esse fato, pois aproximadamente um quarto dos idosos americanos vivem sozinhos e grande parte, especialmente os mais dependentes, tem contato somente com membros da família.

No Brasil, mais de 95% dos idosos moram em seus lares ou em companhia de seus familiares, que, entretanto, cometem a grande maioria dos maus-tratos contra os idosos (MINAYO, 2005).

As categorias e tipologias dos maus-tratos foram estabelecidas internacionalmente e oficializadas no documento do MS citado acima. Segundo Minayo (2005, p. 15), podem ser de diversas formas:

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

Os níveis de violência podem ser classificados em macro, médio e micro, segundo a dimensão de seu alcance. O nível macro refere-se a atitudes abusivas no contexto social, como pensões e aposentadorias insuficientes, dificuldade de acesso a serviços sociais e de saúde, e desrespeito aos direitos constitucionais dos idosos. O nível médio refere-se a atitudes e políticas locais que afetam o idoso na comunidade, como preconceito e desrespeito dos motoristas de ônibus que não param no ponto, marginalizando o idoso. Já o nível micro diz respeito aos conflitos que ocorrem no ambiente familiar, entre o idoso, seus familiares e cuidadores (QUEIROZ, 2000).

Ainda segundo Costa e colaboradores (2001), existem algumas situações que sugerem maus-tratos e devem ser alertadas aos profissionais de saúde:

- Lesões físicas - contusões, lacerações, hematomas, feridas cortantes, queimaduras, fraturas inexplicáveis;
- Descuido com a higiene;
- Desidratação e desnutrição difíceis de serem explicadas;
- Explicações vagas de ambas as partes sobre quaisquer tipos de lesões;

- Diferenças entre a história relatada pelo paciente e a contada pelo familiar ou cuidador;
- Demora entre o aparecimento dos sintomas ou lesão e a solicitação de atendimento médico;
- Visitas freqüentes ao médico devido à piora de uma doença crônica apesar de tratamento correto.

Vários autores citam estes sinais, além de outros como úlceras de decúbito, fraturas em estágios diferentes de consolidação, pacientes sem seus óculos, ou próteses dentária ou auditiva, pouco conhecimento do cuidador sobre os problemas de saúde do idoso, relutância em responder questões sobre sinais ou sintomas físicos suspeitos, tensão entre idoso e cuidador, hostilidade do cuidador em relação ao profissional de saúde, entre outros. Os maus-tratos podem ter várias apresentações, mas o essencial é que o profissional de saúde realize uma entrevista atenta e minuciosa, ressaltando a relação entre idoso, cuidador e familiares, e um exame físico pormenorizado de todos os sistemas, buscando sinais suspeitos e realizando diagnóstico diferencial com doenças crônicas comuns nessa população (MARSHALL; BENTON; BRAZIER, 2000; HIRSCH; LOEWY, 2001; SWAGERTY, 2003; MACHADO, QUEIROZ, 2006).

Acredita-se que haja alguns fatores de risco para maus-tratos na velhice, relacionados à comunidade, como elevada densidade populacional e miséria infantil, como demonstrou um estudo realizado em alguns distritos nos Estados Unidos. Essa correlação parece existir devido às condições de vida precárias da população ter relação com a violência, mas também devido ao maior contato entre as pessoas propiciar maior número de notificações. Inclusive, a maior proporção de casos notificados ocorreu em locais onde vivia um maior número de crianças até seis anos de idade, que eram assistidas pelo serviço social, e também houve associação positiva entre os casos de abuso infantil e violência contra o idoso; então, pressupõe que as mesmas características da comunidade que têm relação com um tipo violência, têm com o outro (JOGERST, 2000).

Costa e colaboradores (2001) definem alguns fatores de risco para maus-tratos de idosos relacionados ao idoso, ao cuidador e ao ambiente. A doença e queda funcional (fragilidade), a alteração cognitiva, o distúrbio de comportamento, a incontinência e o distúrbio do sono são características do idoso que levam ao maior risco de violência, assim como o alcoolismo, a toxidependência, o transtorno mental, a dependência material em relação à vítima, a ignorância e incapacidade e sobrecarga de trabalho do cuidador. Em relação ao ambiente, a carência de recursos materiais, o isolamento e a violência são fatores de risco para maus-tratos contra o idoso. Hirsch e Loewy (2001) mencionam, além destes, a história familiar de violência, seja contra criança ou mulher, como um dos fatores de risco.

Queiroz (1997), ao rever a bibliografia sobre o tema, encontrou alguns estudos significativos embrionários realizados em Cleveland - Ohio (LAU; KOSBERG, 1978), Washington - DC (BLOCK; SINOT, 1979), Massachusetts (O' MALLEY et al., 1979) e Michigan (DOUGLAS et al., 1980) com usuários e profissionais de agência de serviço social, serviços de saúde e órgãos policiais que apontaram um perfil básico de vítima de violência: mulher viúva, de alta idade, frágil e vulnerável em decorrência de comprometimento físico ou mental, morando em companhia de familiares. O'Malley e colaboradores (1983 apud QUEIROZ, 1997) desenvolveram algumas hipóteses de possíveis causas de violência contra o idoso: *invalidez física e ou mental do idoso, ou seja, dependência, estresse do cuidador, violência familiar intergeracional e isolamento social*. Segundo Queiroz (1997), a grande maioria dos estudos aponta primeiro o filho e depois a filha, como principais agressores. Isto demonstra a “desestruturação” familiar como centro da questão. A vergonha e o constrangimento em relação às situações de violência dificultam a denúncia, a investigação e a finalização oficial dos casos. Além disso, os serviços assistenciais ainda não têm estrutura adequada para investigar e proteger as vítimas em casos emergenciais em outro alojamento ou similar (QUEIROZ, 1997; LOUZÃ; LOUZÃ NETO; COHEN, 1987).

1.4 O Programa de Saúde da Família

Desde a Constituição Federal de 1988, o Brasil vem modificando suas estratégias no campo da saúde com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que qualifica o Estado como responsável pela saúde de todos os cidadãos, baseia-se nos princípios doutrinários de universalização, da equidade e integralidade e princípios organizativos, como regionalização e hierarquização, descentralização e participação popular (BRASIL, 1990). Ou seja, a efetivação do SUS garantiria, então, assistência à saúde para todos, de forma integral, desigual para os desiguais, e a organização do sistema estaria descentralizada nos municípios, seguindo níveis de atenção, do primário ou básico ao terciário e com o controle social ativo da população (CUNHA; CUNHA ROSANI, 1998).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), visando à reorganização do sistema de saúde, de maneira substitutiva, passando do modelo assistencial, centrado no atendimento médico-hospitalar, para um modelo assistencial que visa não só o atendimento médico, mas também a prevenção, promoção e reabilitação da saúde, e ampliando este conceito de forma que saúde não signifique somente ausência de doença, mas o bem-estar físico, psíquico e social (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

O PSF prevê a atenção básica das famílias cadastradas, segundo os princípios do SUS, por meio de uma equipe mínima formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e

agentes comunitários de saúde (ACS). Cada equipe deve ter como referência uma Unidade Básica de Saúde da Família, que atenda uma população adscrita de no máximo 4.500 pessoas, sendo que cada ACS é responsável por até 750 pessoas que residem na área de abrangência e de responsabilidade da equipe, que realiza atendimentos e outras modalidades de trabalho na unidade básica, nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 2002).

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso, é fundamental para o idoso a assistência integral, dentro da comunidade e com a participação da família, visando evitar as incapacidades e manter a independência e autonomia por tempo prolongado, além de melhorar a qualidade de vida dos já dependentes e com incapacidades, sempre buscando a inserção social e familiar dele. Então, o PSF é a estratégia ideal para assegurar esses direitos aos idosos, desde que os profissionais que trabalham sejam capacitados e estejam comprometidos com o processo, a equipe seria o vínculo do idoso com o sistema de saúde. Os ACS visitam as famílias mensalmente tentando identificar situações de risco, orientando os moradores, desenvolvendo atividades na comunidade, buscando um elo entre a população e o profissional de saúde de nível médio e superior para que a equipe desenvolva um trabalho de forma planejada, elegendo prioridades de acordo com a realidade local (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

A rede básica de saúde devidamente treinada e estruturada, com a unidade básica de saúde situada próximo ao domicílio do idoso, pode propiciar atividades de prevenção, promoção e reabilitação que podem representar um impacto positivo na saúde da população idosa (CHAIMOWICZ, 1997). Dessa forma, pode-se perceber que abordagem familiar é o meio ideal para acompanhar o idoso, pois além da equipe responsabilizar-se pelo indivíduo em questão, acompanhará a família e o ambiente em que vive, inclusive por meio do atendimento domiciliar que aponta para *a reorganização das práticas de saúde para além dos muros do serviço de saúde*, o que constitui uma das estratégias principais do PSF (TRAD; BASTOS, 1998).

O PSF pode modificar a realidade local com o treinamento dos ACS para lidar com as diversas situações, atuando na prevenção, promoção e reabilitação da saúde dos idosos, criando centros de convivência com o apoio da comunidade, educando a população, promovendo treinamentos para os cuidadores e, principalmente, identificando situações de risco imediato para o idoso, como os maus-tratos. Portanto, é imprescindível que os profissionais estejam atentos à rotina funcional, ao bem-estar e à inserção familiar e social do idoso (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

O profissional de saúde da atenção básica é peça fundamental na prevenção e controle da violência contra o idoso, pois está inserido no contexto local, onde as situações de violência podem ser primeiramente identificadas (MARSHALL; BENTON; BRAZIER, 2000; HIRSCH; LOEWY, 2001; SWAGERTY, 2003; KENNEDY, 2005). Um estudo feito com orientação e participação da OMS e

INPEA (Rede Internacional de Prevenção à Violência contra Idosos), que incluiu oito países, um deles o Brasil, avaliou a percepção de idosos e profissionais de saúde, em relação ao tema, e concluiu que os últimos não reconhecem os maus-tratos e não sabem como agir quando os reconhecem. São relatados até mesmo como parte do problema, sendo foco da discussão a necessidade de pesquisas locais e treinamento para os profissionais, inclusive sobre o envelhecimento e suas peculiaridades (WHO/INPEA, 2002). O governo brasileiro demonstra seu empenho em seguir as recomendações dos órgãos internacionais com a criação em 2002 do Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Idosas (MACHADO, 2002).

O problema da violência contra o idoso é universal e a subnotificação também ocorre em todo o mundo. Alguns autores, baseados em trabalhos de campo com busca ativa e investigação, estimam que 70% dos casos de violência contra o idoso não aparecem nas estatísticas. Portanto, é necessário que o profissional de saúde saiba reconhecer as situações de risco e as que sugerem maus-tratos, e ainda se posicione de forma adequada nas diversas situações, inclusive notificando aos órgãos responsáveis e acompanhando a resolução de casos de violência (MINAYO; SOUZA, 2003).

Além disso, há uma dificuldade dos profissionais de saúde em geral em lidar com as situações de vida que envolvem alguns tipos de violência, muitas vezes, se recusando em fazer a leitura das lesões ou sintomas físicos que traduzem situações de violência. Essa lógica de não-envolvimento advém da crença de que esse problema não é da competência da medicina (MINAYO, 2003).

As causas externas representaram 3,5% da mortalidade geral na população brasileira acima de 60 anos, nos anos de 1980 a 1998; 13.184 idosos foram mortos por violências (cerca de 37 pessoas por dia) em 1998 e 69.637 ficaram internados por lesões e envenenamentos em 1999. Embora os números sejam impressionantes, a violência contra os idosos é ainda muito mais intensa, pois as estatísticas mostram apenas os eventos que levaram a lesões, traumas ou óbitos, que passam pelos serviços de saúde e são notificados pelo Instituto Médico Legal e, portanto, não indicam a realidade da amplitude do fenômeno da violência contra os idosos. Países com maior número de estudos sobre o tema, como os *Estados Unidos e o Canadá, revelam uma prevalência de maus-tratos de 10% para toda a população idosa* (MINAYO, 2003).

Segundo análise dos perfis de mortalidade, existem altas proporções de causas mal definidas e também de sub-declarações, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste do país, uma vez que se trabalha com dados registrados, não estando computados os que deixaram de ser notificados ao cartório, que devem corresponder àqueles referentes às classes sociais mais empobrecidas, e podem significar alterações no perfil epidemiológico (SIMÕES, 2002).

No âmbito da saúde, a estruturação dos serviços é imprescindível para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, uma vez que o profissional de saúde não capacitado para atender,

principalmente os mais frágeis, pode acarretar mais danos que ganhos como, por exemplo, a prescrição exagerada de medicamentos ou a falta de controle na prescrição de psicotrópicos, causando efeitos adversos e podendo resultar em prejuízos à saúde (MINAYO; SOUZA, 2003; CHAIMOWICZ, 1997).

Além do profissional, é necessário promover cursos de capacitação para os cuidadores, grupos de apoio e suporte à família e ao cuidador, conscientizar a comunidade para a importância da rede de apoio local e envolvimento de todos para uma atuação mais adequada e equilibrada da família e dos cuidadores (LE MOS; QUEIROZ, 2002).

Assim sendo, o presente estudo pretendeu avaliar o conhecimento e percepção dos profissionais que trabalham no PSF do município de Uberlândia, uma vez que a violência contra os idosos é uma questão complexa e relativamente nova na agenda da saúde e os profissionais que trabalham nas Equipes de Saúde da Família são os que podem identificar primeiramente as situações de maus-tratos, além de representarem o elo do idoso com o sistema de saúde. Portanto, a pesquisa pode detectar problemas e contribuir para a formulação de políticas públicas que visam à capacitação desses profissionais, com o objetivo principal de minimizar o sofrimento das vítimas de violência e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

Então, somente a discussão e o enfrentamento da problemática da violência, poderão sensibilizar profissionais e sociedade a procurarem soluções dentro da comunidade, pois, a população idosa é um grupo social emergente, do qual, a menos que não sobrevivam o suficiente, todos farão parte.

“Velhos, de cabelos brancos ou coloridos, são novos e relevantes atores, movimentando a vida social, a economia e a cultura do país” (MINAYO; SOUZA, 2003).

2 OBJETIVOS

Geral

Verificar o conhecimento dos profissionais do PSF de Uberlândia sobre a violência e maus-tratos contra idosos, a capacidade de reconhecer situações de violência, bem como suas atitudes e ações diante das mesmas.

Específicos

- Caracterizar os profissionais do PSF quanto à idade, sexo, formação, tempo de trabalho no programa.
- Verificar:
 - o conhecimento dos profissionais sobre a violência e maus-tratos contra idosos, quanto aos direitos dos mesmos e os deveres dos profissionais de saúde;
 - se há diferença entre a percepção dos profissionais de nível fundamental/médio e superior quanto à detecção de situações de violência contra o idoso;
 - se os profissionais reconhecem as situações de vulnerabilidade, de suspeitas e de evidências de maus-tratos contra idosos, suas ações e condutas.
 - se os profissionais conhecem os órgãos competentes para receber denúncias de maus-tratos contra idosos, sua atuação e se notificam os casos vivenciados.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

Os dados do presente estudo foram obtidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Uberlândia, no período de abril a setembro de 2006. Foram entrevistados os profissionais das 34 Equipes de Saúde da Família (ESF) em funcionamento neste período.

Essas 34 ESF estavam distribuídas em três núcleos localizados em diferentes pontos da cidade e compostos por diversos bairros (Mapa 1). O Núcleo Morumbi tinha dez equipes, o Núcleo Pampulha quinze e o Núcleo Planalto nove ESF, sendo que uma destas ESF atendia a zona rural nos distritos de Tapuira, Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia e Miraporanga. Diferentemente das demais, uma equipe de saúde bucal, composta por um dentista e um auxiliar de consultório dentário, dava assistência nestes distritos.

Cada ESF era composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por cinco a seis ACS, porém trinta ESF tinham também psicólogos, numa proporção de um profissional para cada duas equipes, num total de quinze profissionais (sete atuavam no núcleo Pampulha, quatro no Planalto, quatro no Morumbi), dez assistentes sociais atendiam em vinte ESF, também numa proporção de um para cada duas equipes (cinco atuavam no núcleo Pampulha, três no Morumbi e dois no Planalto). Apenas o núcleo Morumbi possuía um fisioterapeuta que atendia em cinco ESF. Um dentista atendia nas duas equipes do bairro Lagoinha do Núcleo Pampulha.

Procurou-se entrevistar todos os profissionais de nível superior e auxiliares ou técnicos de enfermagem, e 100 ACS sorteados entre os 202 existentes. Foram efetivamente entrevistados 91 profissionais de nível superior (32 médicos, 34 enfermeiros, treze psicólogos, nove assistentes sociais, dois dentistas, um fisioterapeuta), 34 auxiliares ou técnicos de enfermagem e cem ACS (225 sujeitos da pesquisa).

Foram feitas várias visitas às UBSF para que conseguisse entrevistar os profissionais. Sete ACS que estavam de licença por motivos de saúde ou férias, mesmo em visitas subsequentes, foram repostos. Foram excluídos um assistente social que se recusou a participar, dois psicólogos que estavam de licença por motivos de saúde durante o período de coleta e um médico que participava da pesquisa. Uma ESF estava sem médico no período da coleta.

Os questionários (Anexo 1), tanto com questões de múltipla escolha quanto abertas, foram preenchidos por três pesquisadores em entrevista direta com o sujeito da pesquisa. As questões abordaram dados referentes às características gerais do sujeito da pesquisa, como sexo, idade, formação, sua capacidade de identificar situações de violência e maus-tratos contra idosos, seu conhecimento a respeito do tema e condutas frente às situações de violência contra idosos, tanto reais como hipotéticas. Os casos reais foram relatados pelos profissionais e classificados em cada tipo de

violência pelos pesquisadores segundo Costa e colaboradores (2001). Os termos violência e maus-tratos contra os idosos foram considerados sinônimos na pesquisa. Em algumas das questões, cada profissional pôde escolher mais de uma alternativa. Os dados referentes à questão 13 (Anexo 1) não foram avaliados e apresentados, pois a coordenação da Atenção Primária, da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, havia solicitado o levantamento desses dados na semana em que foram realizadas a maioria das entrevistas, devido à campanha de vacinação do idoso contra a gripe. Portanto, a análise dos mesmos ficou prejudicada.

Os resultados estão apresentados em tabelas e gráficos, em números absolutos e proporções, sendo que, por essa razão, deixa de ser colocada a fonte em cada uma. Em algumas tabelas, os profissionais foram subdivididos em dois níveis fundamental/médio e superior, uma vez que alguns auxiliares de enfermagem e ACS não haviam concluído o 2º grau.

O projeto para a realização dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, processo nº 062/06 (Anexo 2). O consentimento dos sujeitos da pesquisa foi documentado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).



4 RESULTADOS

4.1 Características gerais dos profissionais

Foram entrevistados 91 (95,8%) dos 95 profissionais de nível superior (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e dentistas), 34 (100%) dos auxiliares ou técnicos de enfermagem e 100 (49,5%) dos 202 ACS (Tabela 1).

A maioria dos profissionais do PSF era do sexo feminino (193; 85,8%) com razão de sexos (masculino: feminino) de 1:6, adultos jovens e principalmente da faixa etária de 18 a 29 anos (88; 39,1%), com média de 34,6 anos, mediana de 33 e moda de 28 (Tabela 2 e Gráfico 1).

Dentre os profissionais de nível fundamental/médio, 12 (8,9%) estavam realizando algum curso de graduação, enquanto 17 (50,0%) dos profissionais de enfermagem tinham concluído o curso de nível técnico e a maioria dos ACS (58; 58%) tinham segundo grau completo (Tabela 3). Entre os profissionais de nível superior 52 (57,1%) tinham pós-graduação *Lato Sensu* completo (Tabela 4).

A maioria dos profissionais do PSF não tinham formação em Saúde da Família (183; 81,3%) (Tabela 5). Entre os médicos, 21 (65,7%) não tinham especialização ou residência em Saúde da Família e também não estavam fazendo a pós-graduação na época da entrevista. Enquanto quinze (44,1%) dos enfermeiros tinham especialização completa e outros dez (29,4%) estavam cursando-a nesse período (Gráfico 2). Dos 225 entrevistados, 128 (56,9%) tinham mais de dois anos de atuação no PSF e entre os médicos 15 (46,9%) também estavam no PSF há mais de 24 meses (Tabela 6).

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo profissão /ocupação, abril a setembro de 2006.

Profissão/Ocupação	Nº	%
Nível fundamental/médio		
ACS	100	44,5
Aux. ou téc. de enf.*	34	15,1
Sub total	134	59,6
Nível superior		
Enfermeiro	34	15,1
Médico	32	14,2
Psicólogo	13	5,8
Assistente social	9	4,0
Dentista	2	0,9
Fisioterapeuta	1	0,4
Sub total	91	40,4
Total	225	100,0

* Aux. ou téc. de enf.: Auxiliar ou técnico de enfermagem

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo sexo e faixa etária, abril a setembro de 2006.

Faixa etária	Masculino		Feminino		Total		Razão de sexos
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
18 a 29	13	14,8	75	85,2	88	100,0	1:5,8
30 a 39	12	19,0	51	81,0	63	100,0	1:4,3
40 a 49	6	10,7	50	89,3	56	100,0	1:8,3
50 ou mais	1	5,6	17	94,4	18	100,0	1:3,2
Total	32	14,2	193	85,8	225	100,0	1:6,0

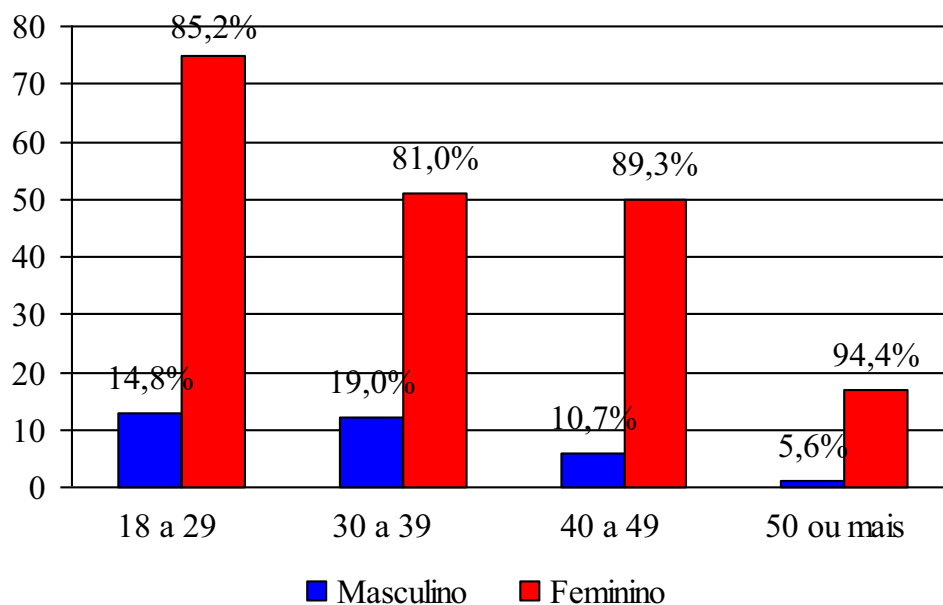


Gráfico 1: Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo sexo e faixa etária (em anos), abril a setembro de 2006.

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, exceto aqueles de nível superior, segundo nível de escolaridade, abril a setembro de 2006.

Nível de escolaridade	Aux. ou téc. de enf.*		ACS		Total	
	Nº	%	Nº	%	N	%
1º grau incompleto	-	-	1	1,0	1	0,7
1º grau completo	1	2,9	9	9,0	10	7,5
2º grau incompleto	2	5,9	20	20,0	22	16,4
2º grau completo	8	23,5	58	58,0	66	49,3
Curso de nível técnico incompleto	-	-	2	2,0	2	1,5
Curso de nível técnico completo	17	50,0	4	4,0	21	15,7
Graduação incompleto	6	17,7	6	6,0	12	8,9
Graduação completo	-	-	-	-	-	-
Total	34	100,0	100	100,0	134	100,0

* Aux. ou téc. de enf.: Auxiliar ou técnico de enfermagem

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais de nível superior do PSF de Uberlândia, segundo escolaridade, abril a setembro de 2006.

Profissões	Pós-graduação incompleto		Pós-graduação completo		Apenas Graduação		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermeiros	6	17,7	25	73,5	3	8,8	34	100,0
Médicos	7	21,9	13	40,6	12	37,5	32	100,0
Psicólogos	2	15,4	6	46,1	5	38,5	13	100,0
Assistentes Sociais	1	11,1	6	66,7	2	22,2	9	100,0
Dentistas	1	50	1	50	-	-	2	100,0
Fisioterapeuta	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
Total	17	18,7	52	57,1	22	24,2	91	100,0

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo profissão/ ocupação e formação em Saúde da Família, abril a setembro de 2006.

Profissão/ Ocupação	Nenhuma		Especialização completa		Especialização incompleta		Outra **		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nível fundamental/ médio										
ACS	100	100,0	—	—	—	—	—	—	100	100,0
Aux. ou téc. de enf.*	34	100,0	—	—	—	—	—	—	34	100,0
Sub total	134	100,0	—	—	—	—	—	—	134	100,0
Nível superior										
Enfermeiro	6	7,7	15	44,1	10	29,4	3	8,8	34	100,0
Médico	20	62,5	1	3,1	10	31,3	1	3,1	32	100,0
Psicólogo	12	92,3	—	—	—	—	1	7,7	13	100,0
Assistente social	9	100,0	—	—	—	—	—	—	9	100,0
Dentista	1	50,0	1	50,0	—	—	—	—	2	100,0
Fisioterapeuta	1	100,0	—	—	—	—	—	—	1	100,0
Sub total	49	53,8	17	18,7	20	22,0	5	5,5	91	100,0
Total	183	81,3	17	7,6	20	8,9	5	2,2	225	100,0

* Aux. ou téc. de enf.: Auxiliar ou técnico de enfermagem

** Outra: 3 profissionais relataram ter feito curso introdutório do PSF, 1 curso de saúde do adulto e idoso com carga horária de 120 horas e 1 GISF.

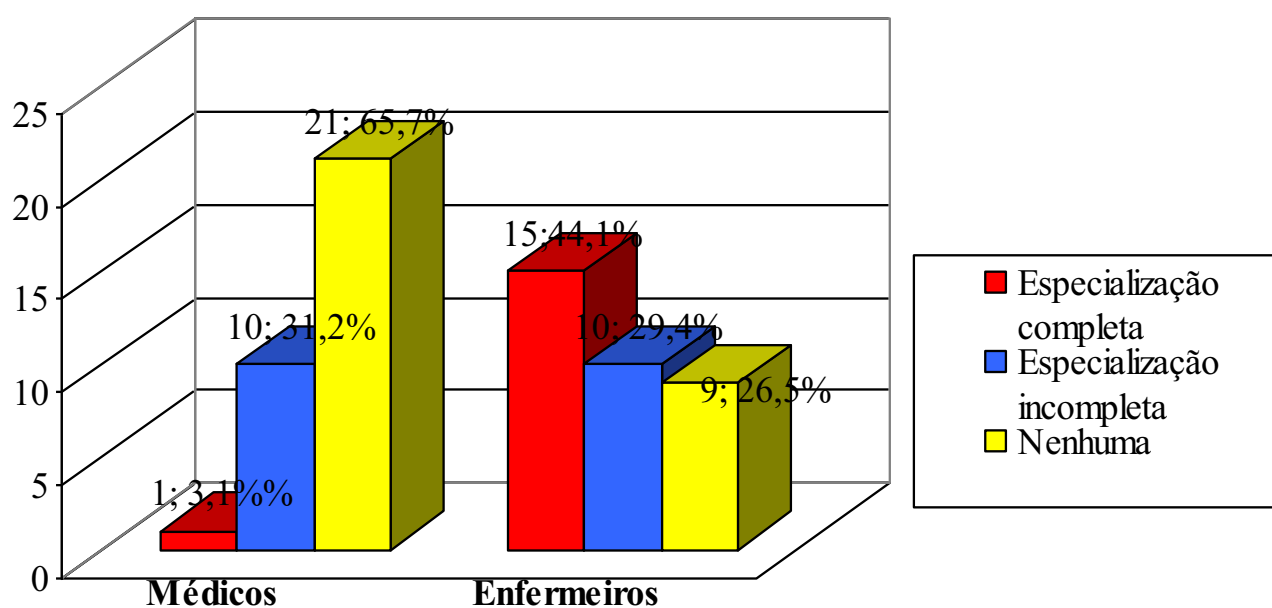


Gráfico 2: Distribuição de médicos e enfermeiros do PSF de Uberlândia, segundo especialização em Saúde da Família e Comunidade, abril a setembro de 2006.

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo ocupação/ profissão e tempo de trabalho no programa (em meses), abril a setembro de 2006.

Profissão/ Ocupação	0 - 24		24 - 48		48 e mais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nível fundamental/médio								
ACS	42	42,0	58	58,0	—	—	100	100,0
Aux. ou téc. de enf.*	14	41,2	18	52,9	2	5,9	34	100,0
Sub total	56	41,8	76	56,7	2	1,5	134	100,0
Nível superior								
Enfermeiro	3	8,8	24	70,6	7	20,6	34	100,0
Médico	13	40,6	15	46,9	4	12,5	32	100,0
Psicólogo	6	46,2	6	46,2	1	7,6	13	100,0
Assistente social	5	55,6	4	44,4	—	—	9	100,0
Dentista	—	—	2	100,0	—	—	2	100,0
Fisioterapeuta	—	—	1	100,0	—	—	1	100,0
Sub total	27	29,7	52	57,1	12	13,2	91	100,0
Total	83	36,9	128	56,9	14	6,2	225	100,0

* Aux. ou téc. de enf.: Auxiliar ou técnico de enfermagem

4.2 Conhecimento dos profissionais sobre o tema de violência contra o idoso

Cento e trinta e três profissionais (59,1%) e 11 (84,6%) entre os psicólogos relataram nunca terem tido informações sobre violência contra os idosos (Tabela 7). Dos 92 que já tiveram contato com o tema, 55 (59,8%) referiram ter ouvido palestras, 17 (18,5%) ter feito cursos (Tabela 8). O contexto em que os profissionais tiveram informações sobre violência contra os idosos foi bastante variado, sendo que apenas 24 (26,1%) dos 92 referiram à abordagem do tema na graduação (Tabela 9).

Setenta e oito (34,7%) profissionais relataram não conhecer o Estatuto do Idoso (Gráfico 3). Das 147 (65,3%) que responderam conhecer ou pelo menos um pouco, 43 (29,3%) não se lembravam

de artigos ou conteúdos do Estatuto, 34 (23,1%) relataram respostas vagas e apenas seis (4,1%) entrevistados mencionaram a necessidade dos profissionais denunciarem maus-tratos contra os idosos (Tabela 10).

Todos os entrevistados relataram interesse em obter informações sobre o tema de violência contra o idoso, 139 (61,8%) prefeririam obtê-los por meio de mini cursos, enquanto 116 (51,6%) por palestras, 56 (24,9%) por aulas, 36 (16,0%) por jornadas; 181 (80,4%) justificaram o interesse pelo fato de o tema fazer parte de suas atuações profissionais (Gráfico 4).

Tabela 7 - Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo ocupação/ profissão e informação sobre violência contra idosos, abril a setembro de 2006.

Profissão/ Ocupação	Não receberam informação		Receberam informação		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nível fundamental/ médio						
ACS	64	64,0	36	36,0	100	100,0
Aux. ou téc. de enf.*	19	55,9	15	44,1	34	100,0
Sub total	83	61,9	51	38,1	134	100,0
Nível superior						
Enfermeiro	15	44,1	19	55,9	34	100,0
Médico	18	56,2	14	43,8	32	100,0
Psicólogo	11	84,6	2	15,4	13	100,0
Assistente social	5	55,6	4	44,4	9	100,0
Dentista	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Fisioterapeuta	—	—	1	100,0	1	100,0
Sub total	50	54,9	41	45,1	91	100,0
Total	133	59,1	92	40,9	225	100,0

* Aux. ou téc. de enf.: Auxiliar ou técnico de enfermagem

Tabela 8 – Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo ocupação/profissão e tipo de informação recebida sobre o tema de violência contra os idosos, abril a setembro de 2006.

Profissão/ Ocupação	Palestras		Cursos		Literatura		E. cont. *		TV/Vídeo		Outros **	
	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nível fundamental/médio												
ACS	19	52,8	3	8,3	6	16,7	—	—	4	11,1	4	11,1
Aux. ou téc. de enf.***	9	60,0	4	26,7	1	6,7	—	—	2	13,3	1	6,7
Sub total	28	54,9	7	13,7	7	13,7	—	—	6	11,8	5	9,8
Nível superior												
Enfermeiro	12	63,2	3	15,8	1	5,3	5	26,3	—	—	—	—
Médico	8	57,1	5	35,7	2	14,3	2	14,3	—	—	—	—
Psicólogo	1	50,0	—	—	1	50,0	—	—	—	—	—	—
Assistente social	4	100,0	1	25,0	—	—	—	—	—	—	—	—
Dentista	1	100,0	1	100,0	—	—	1	100,0	—	—	—	—
Fisioterapeuta	1	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sub total	27	65,9	10	24,4	4	9,8	8	19,5	—	—	—	—
Total ****	55	59,8	17	18,5	11	12,0	8	8,7	6	6,5	5	5,4

* E. cont.: Educação continuada

** Outros: três profissionais referiram orientação de outro profissional e dois Estatuto do Idoso.

***Aux. ou téc. de enf.: auxiliar ou técnico de enfermagem

**** As proporções referem-se ao número de profissionais em cada categoria que responderam afirmativamente à questão anterior. Cada profissional podia referir o conhecimento mais de uma vez.

Tabela 9 – Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo contexto de aprendizagem do tema de violência contra os idosos, abril a setembro de 2006.

Contexto em que se deu a aprendizagem do tema de violência contra os idosos	Nº	% *
Capacitação no PSF	35	38,0
Graduação	24	26,1
Residência ou pós-graduação	10	10,9
TV/ Mídia e internet	9	9,8
Curso técnico	5	5,4
Igreja	4	4,3
Congresso/ jornada	3	3,3
Ensino médio	3	3,3
Outros**	8	8,7

* A porcentagem refere-se aos 92 profissionais que responderam essa questão. Cada profissional pôde relatar mais de um contexto.

**Dois profissionais relataram contato com o tema através de revistas, dois em movimento sociais, um em ILPI e três não informaram o contexto.

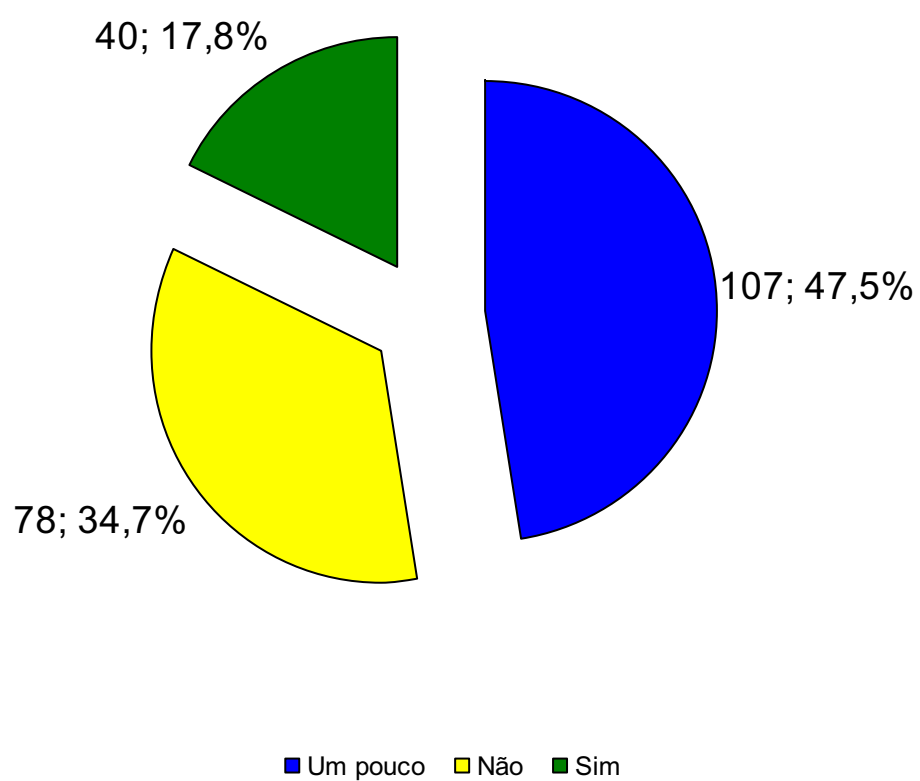


Gráfico 3: Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo relato de conhecimento do Estatuto do Idoso em número e porcentagem, abril a setembro de 2006.

Tabela 10 – Artigos e conteúdos do Estatuto do Idoso considerados mais importantes pelos profissionais do PSF de Uberlândia, abril a setembro de 2006.

Artigos ou conteúdos que consideram mais importantes no Estatuto do Idoso *	Nº	%
Direito do idoso à atendimento prioritário	38	25,9
Dever da sociedade, dos órgãos públicos ou parentes de cuidar dos idosos	24	16,3
Direito à saúde	19	12,9
Respeito ao idoso	13	8,8
Direito a transporte gratuito	10	6,8
Necessidade dos profissionais em denunciar maus tratos ou violência contra idosos	6	4,1
Direito à aposentadoria e benefício	6	4,1
Direito à atenção, carinho e apoio familiar	6	4,1
Direito à moradia	5	3,4
Direito à medicamentos	4	2,7
Direito de ter nos locais que tem por hábito visitar adaptações próprias para eles	4	2,7
Em relação à maus tratos sujeito à pena de reclusão	3	2
Direito à dignidade	3	2
Integridade física e moral do idoso	2	1,4
Família é obrigada a manter o idoso com dignidade	2	1,4
Direito à proteção pelo estado	2	1,4
Os cuidados especiais que tem direito	2	1,4
Direito à segurança	2	1,4
Dever de notificar as agressões	2	1,4
Em relação a casamento com separação de bens	1	0,7
Em relação à maus tratos financeiros	1	0,7
Direito à defesa	1	0,7
Direito à acompanhante quando internado	1	0,7
Direito as suas próprias escolhas	1	0,7
Direito à vida	1	0,7

* 78 pessoas não responderam a essa questão porque relataram não conhecer o Estatuto do Idoso, 43 entrevistados não se lembram do estatuto no momento da entrevista, 34 relataram respostas vagas a pergunta e uma pessoa apresentou respostas não relacionadas a pergunta. Portanto, a porcentagem apresentada refere-se aos 147 que responderam à questão. Cada profissional pôde relatar mais de um conteúdo ou artigo.

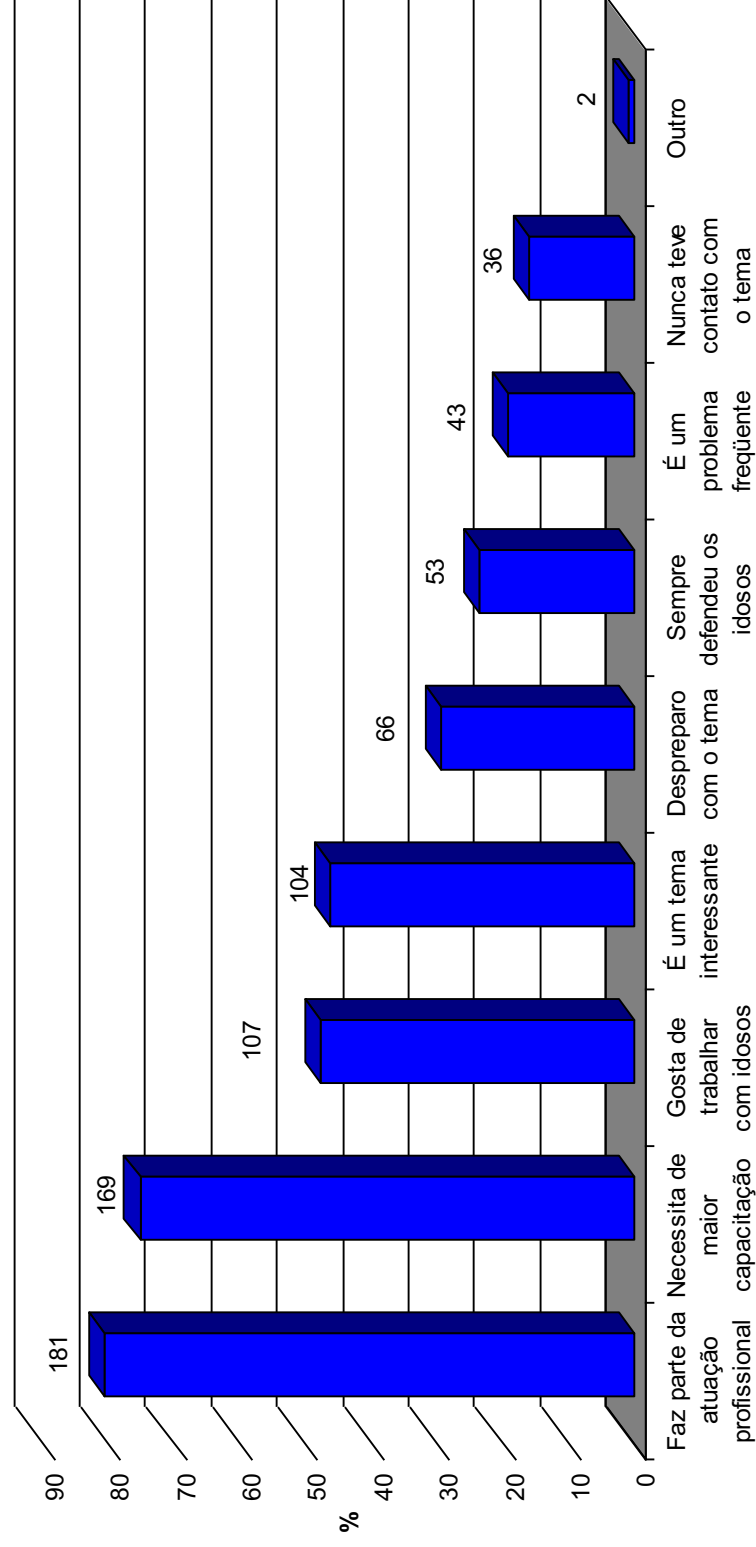


Gráfico 4: Justificativas dos profissionais do PSF de Uberlândia pelo interesse em receber informações sobre o tema de violência contra o idoso, abril a setembro de 2006.

- Casos vivenciados pelos profissionais e suas condutas

Cento e vinte dois (54,2%) profissionais relataram que já haviam suspeitado de casos de violência contra idoso, 63 (51,6%) de nível superior (Tabela 11). Destes, 85 (69,7 %) referiram-se a casos de negligência (Tabela 12); 23 (18,9%) fizeram denúncias aos órgãos competentes (Tabela 13), dos quais 9 (39,1%) eram enfermeiros (Gráfico 5). Quando questionados sobre sua opinião em relação a própria atitude, 13 relataram ser correta e 10 a mais correta possível.

Tabela 11 – Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia que relataram ter suspeitado de casos de violência contra idosos, segundo ocupação/ profissão, abril a setembro de 2006.

Profissão/ Ocupação	Relato de suspeita		Nenhuma suspeita		Não respondido		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nível fundamental/ médio								
ACS	42	42,0	53	53,0	5	5,0	100	100,0
Aux. ou téc. De enf.*	17	50,0	16	47,1	1	2,9	34	100,0
Sub total	59	44,0	69	51,5	6	4,5	134	100,0
Nível superior								
Enfermeiro	23	67,6	11	32,4	—	—	34	100,0
Médico	27	84,4	5	15,6	—	—	32	100,0
Psicólogo	8	61,5	5	38,5	—	—	13	100,0
Assistente social	5	55,6	4	44,4	—	—	9	100,0
Dentista	—	—	2	100,0	—	—	2	100,0
Fisioterapeuta	—	—	1	100,0	—	—	1	100,0
Sub total	63	69,2	28	30,8	—	—	91	100,0
Total	122	54,2	97	43,1	6	2,7	225	100,0

*Aux. ou téc. de enf.: auxiliar ou técnico de enfermagem

Tabela 12 - Tipos de violência suspeitados segundo relato dos profissionais do PSF de Uberlândia, abril a setembro de 2006.

Tipos de violência suspeitados	Nº*	%*
Negligência/Abandono	85	69,7
Físico	43	35,2
Psicológico	39	32,0
Financeiro	10	8,2
Violência sexual	3	2,5
Não especificado **	7	5,7

* A porcentagem refere-se aos 122 que responderam à questão. Cada profissional pôde relatar mais de um caso.

** Para sete casos o relato dos profissionais não possibilitou a classificação.

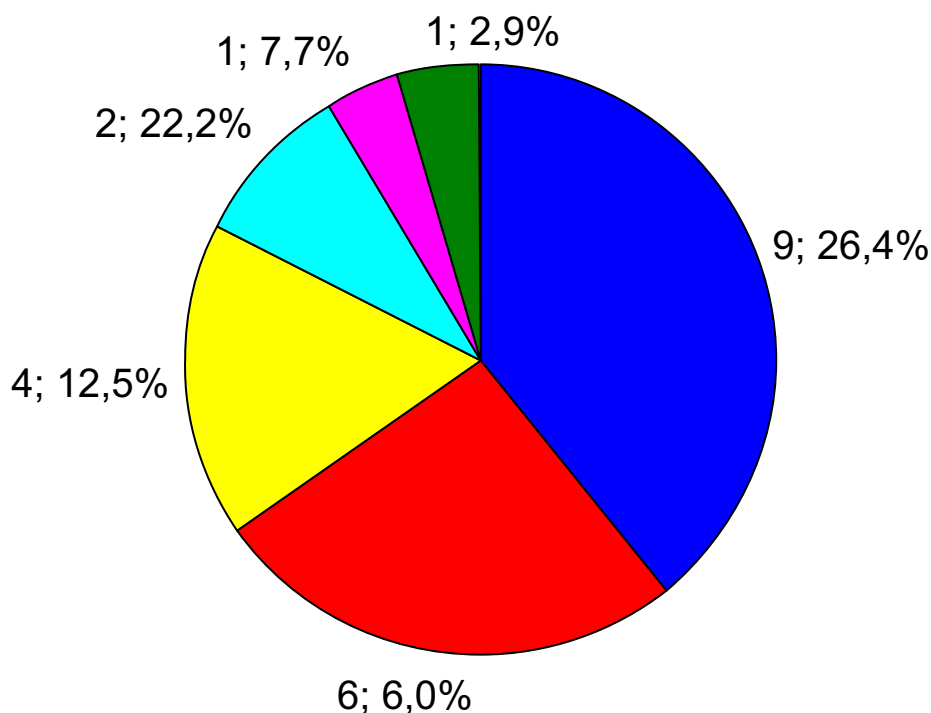
Tabela 13 – Condutas dos profissionais do PSF de Uberlândia frente à suspeita de maus-tratos contra os idosos, segundo ocupação/profissão, abril a setembro de 2006.

Profissão/ Ocupação	Comunicou a outro profissional da equipe		Denunciou aos órgãos competentes		Conversou com a família para tentar resolver		Acompanhou o caso, mas não se confirmou a suspeita		Preferiu não se envolver		Outras **	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nível fundamental/ médio												
ACS	37	88,1	6	14,3	3	7,1	2	4,8	4	9,5	1	2,4
Aux. ou téc. de enf.*	14	82,4	1	5,9	1	5,9	—	—	2	11,8	2	11,8
Sub total	51	86,4	7	11,9	4	6,8	2	3,4	6	10,1	3	5,1
Nível superior												
Enfermeiro	11	47,8	9	39,1	3	13,0	2	8,7	—	—	4	17,3
Médico	14	51,9	4	14,8	6	22,2	4	14,8	1	3,7	2	7,4
Psicólogo	3	37,5	1	12,5	3	37,5	2	25,0	—	—	1	12,5
Assistente social	3	60,0	2	40,0	2	40,0	—	—	—	—	—	—
Dentista	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fisioterapeuta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sub total	31	49,2	16	25,4	14	22,2	8	12,7	1	1,6	7	11,1
Total ***	82	67,2	23	18,9	18	14,8	10	8,2	7	5,7	10	5,4

*Aux. ou téc. de enf.: auxiliar ou técnico de enfermagem

** Outras: quatro entrevistados, sendo um ACS, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um médico, um enfermeiro, relataram que outro profissional já havia denunciado o caso de violência; dois (um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem), comunicaram ao serviço social da UAI e CEAI; dois (um médico e um psicólogo) encaminharam o idoso para a ILPI, um ACS encaminhou o paciente para atendimento em nível secundário.

*** As porcentagens referem-se ao número de profissionais, em cada categoria, que já suspeitaram de casos de violência como descrito na tabela 11. Portanto, os totais referem-se aos 122 que responderam à questão. Cada profissional pôde relatar mais de uma conduta.



■ Enfermeiro ■ ACS ■ Médico ■ Assistente Social ■ Psicólogo ■ Técnico de enfermagem

Gráfico 5: Profissionais do PSF de Uberlândia que denunciaram, aos órgãos competentes, casos de suspeitas de maus-tratos contra os idosos segundo categoria profissional, abril a setembro de 2006.

* A proporção encontrada no gráfico refere-se à porcentagem destes em relação a cada categoria entrevistada.

A maioria dos profissionais (176; 79,6%) identificaram o Conselho Municipal do Idoso como o órgão para receber as denúncias de violência contra o idoso, mas 81 (36,6%) também identificaram o SOS Idoso, órgão inexistente em Uberlândia, que foi colocado como opção no questionário (Anexo 1) (Tabela 14). Ao serem questionados sobre a opinião pessoal em relação à atuação desses órgãos, 182 (81,0%) relataram não saber, pois nunca notificaram casos de violência contra o idoso. Dentre os restantes, 26 (11,5%) relataram que a atuação dos órgãos foi insatisfatória e 17 (7,5%) que foi satisfatória. Quatro profissionais relataram reconhecer a importância da existência desses órgãos, independente da opinião sobre a atuação dos mesmos.

Dentre os 225 entrevistados, 91 (40,5%) relataram que nenhum motivo os impediria de notificar casos de violência contra o idoso e entre os 134 restantes, 44 (32,8%) consideraram que a falta de informação seria um impedimento (Tabela 15).

Tabela 14 – Órgãos responsáveis por receberem as denúncias de violência contra os idosos segundo relato dos profissionais do PSF de Uberlândia, abril a setembro de 2006.

Órgãos que devem receber as denúncias *	Nº	%
Conselho Municipal do Idoso	176	79,6
SOS Idoso **	81	36,6
Polícia Militar	72	32,6
Secretaria de Saúde	46	20,8
Secretaria do Desenvolvimento Social	39	17,6
Divisão do Idoso	36	16,3
Polícia Civil	18	8,1
INPEA ***	5	2,3
Outros ****	8	3,6

* Quatro entrevistados relataram não saber identificar os órgãos responsáveis por receberem denúncias de violência contra o idoso. Portanto, as proporções apresentadas na tabela referem-se aos 221 que responderam a questão. Cada profissional pôde citar mais de um órgão.

** SOS Idoso: órgão inexistente em Uberlândia.

*** INPEA: International Network for de Prevention of Elder Abuse (Rede Internacional de Prevenção à Violência contra Idosos).

**** Outros: dois entrevistados citaram a Promotoria, dois o Serviço Social, um a OMS (Organização Mundial de Saúde), um o Ministério Público, um o CEAI (assistente social) e um o PROCON.

Tabela 15 – Profissionais do PSF de Uberlândia segundo motivos alegados como justificativas de não denunciarem casos de violência contra o idoso, abril a setembro de 2006.

Motivos para não denunciar casos suspeitos de violência contra o idoso*	Nº	%
Falta de informação, não sabe onde denunciar	44	32,8
Medo de prejudicar o paciente	44	32,8
Medo de represália	37	27,6
Não querer se envolver com questões judiciais	17	12,7
Por ser um problema de ordem privada	8	6,0
Por não achar necessário	7	5,2
Por não ser sua função	6	4,5
Outros **	6	4,5

* 91 profissionais relataram que nenhum motivo os impediria de denunciar. Portanto os números e as proporções da tabela referem-se aos 134 restantes. Cada profissional pôde relatar mais de um motivo ou citar outro não dado como opção no questionário.

** Outros: três por não ter certeza que se tratava de um caso de violência, dois por falta de tempo, um se não for da vontade do idoso consciente.

- Responsabilidades da equipe frente às situações de violência contra o idoso

Ao serem questionados sobre quais profissionais da equipe do PSF são responsáveis sobre identificar, investigar ou notificar as situações de violência contra o idoso, o ACS foi o mais indicado como responsável pela identificação destas situações (211; 93,8%) e também foi apontado por 99 (44,2%) dos 224 profissionais que responderam a essa questão, como responsável pela investigação das situações de violência. Em relação à notificação das situações de violência, 115 (69,2%) apontaram o assistente social como o profissional mais responsável por essa conduta (Gráfico 6).

Analisando apenas o perfil de respostas dos assistentes sociais, pôde-se observar que todos (9; 100%) afirmam que a responsabilidade de identificar os casos de violência é também dos ACS, mas nenhum acredita que os ACS sejam responsáveis por investigá-los; 8 (88,9%) se sentem responsáveis pela investigação e todos por notificá-los (Gráfico 7).

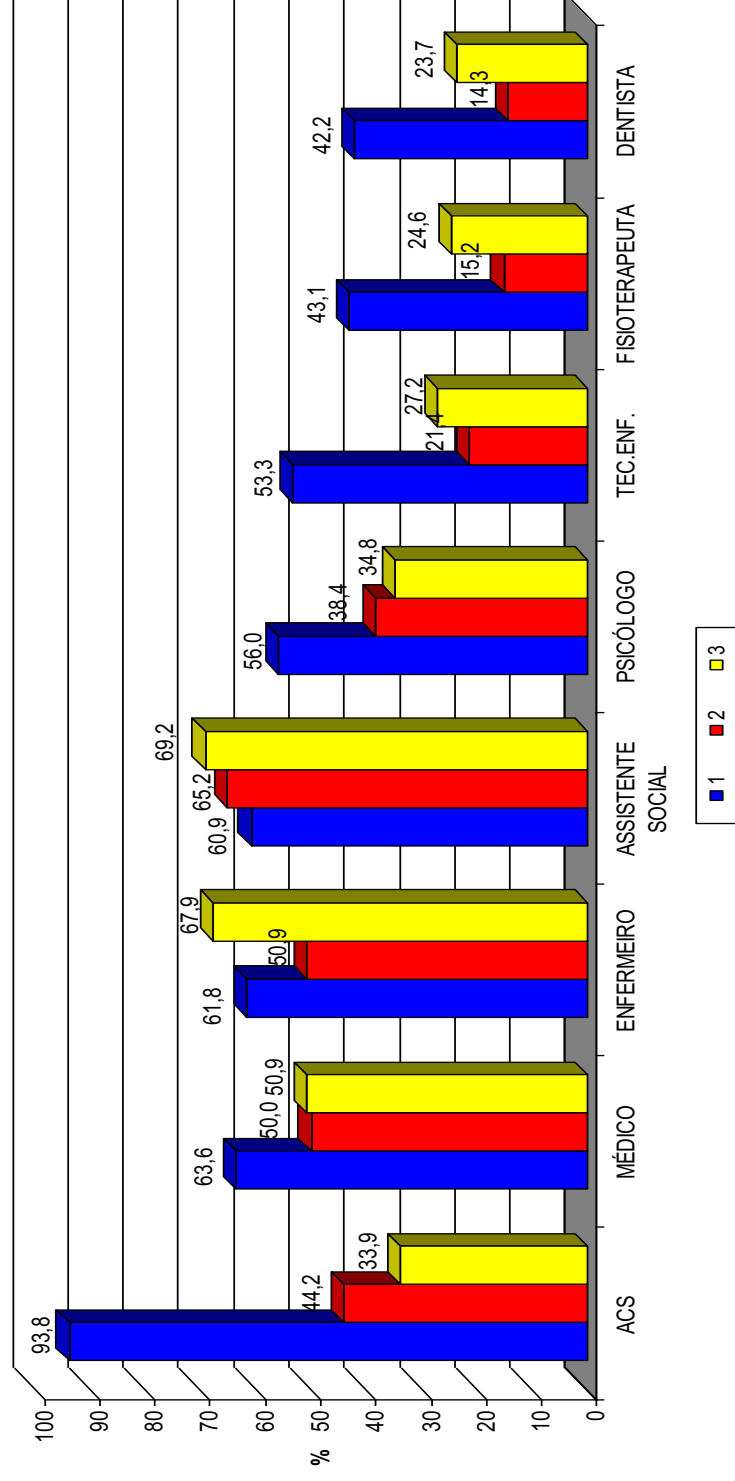


Gráfico 6: Profissionais da equipe do PSF de Uberlândia responsáveis por identificar, investigar e notificar os casos de violência contra o idoso, segundo opinião dos entrevistados, abril a setembro de 2006.

Questão 1 – identificar situações de violência contra o idoso

Questão 2 – investigar as situações de violência contra o idoso

Questão 3 – notificar ou denunciar as situações de violência contra o idoso para os órgãos responsáveis.

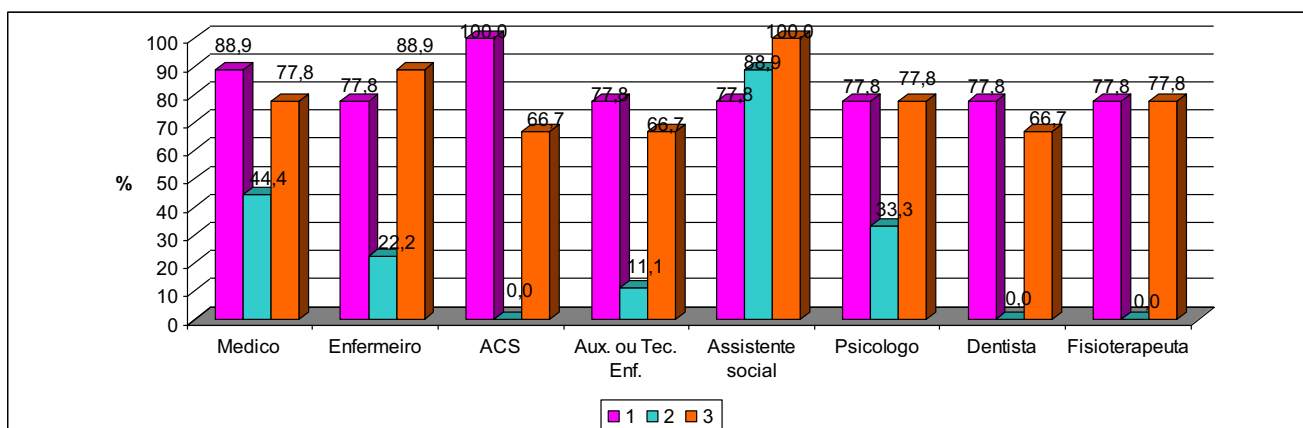


Gráfico 7: Profissionais da equipe do PSF de Uberlândia responsáveis por identificar, investigar e notificar os casos de violência contra o idoso, segundo opinião dos assistentes sociais, abril a setembro de 2006.

Questão 1 – identificar situações de violência contra o idoso

Questão 2 – investigar as situações de violência contra o idoso

Questão 3 – notificar ou denunciar as situações de violência contra o idoso para os órgãos responsáveis.

4.3 Reconhecimento dos profissionais sobre fatores associados à violência contra o idoso

Grande parte dos profissionais entrevistados foram capazes de reconhecer os fatores de risco para maus-tratos contra os idosos, mencionados na literatura (Tabela 16), mas 103 (46%) também identificaram, como fatores de risco, alguns considerados de proteção como “insistir com o idoso para andar sozinho” e, até mesmo, questões óbvias como “idoso com higiene adequada” (54; 24,1%) e “cuidador que movimenta o idoso acamado várias vezes ao dia” (45; 20,1%).

A maioria dos profissionais apontaram o filho (214; 95,1%) e depois a filha (197; 87,6%) como principais agressores nos casos de violência contra o idoso (Tabela 17).

Ao serem questionados sobre a rotina de perguntar ao idoso se o mesmo é bem tratado pela família ou cuidador, 119 (52,9%) relataram que sempre ou quase sempre questionavam o idoso (Tabela 18). Dos 186 (82,6%) que já questionaram ao menos uma vez, 116 (62,4%) o faziam de forma sutil (Tabela 19).

Cento e setenta e um (78,8%) profissionais relataram ter preocupação com a posologia correta dos medicamentos dos pacientes idosos (Tabela 20).

Quando questionados sobre a rotina de investigar quedas no idoso, a maioria dos profissionais (123; 55,6%) responderam às vezes ou nunca. Embora a maioria (128; 56,9%) tenha relatado sempre

perguntar ao idoso sobre as atividades da rotina de vida diária que realizava com e sem ajuda (Tabela 21); quando questionados sobre quais atividades tinham por hábito perguntar, 107 (51,9%) mencionaram investigar a realização de caminhada ou atividade física (Tabela 22).

A grande maioria dos profissionais (152; 68,2%) observaram a higiene na moradia dos pacientes idosos; trinta pessoas (13,5%) relataram observar fatores de risco para quedas como piso escorregadio, tapetes, buracos, presença de degraus, entre outros; seis (2,7%) a presença de mobília dificultando locomoção, três (1,3%) verificaram se o banheiro tem tapete de borracha ou barras de proteção (Tabela 23).

Tabela 16 – Situações de risco e de proteção apresentadas que foram identificadas como risco para maus-tratos ou violência contra o idoso pelos profissionais do PSF de Uberlândia, abril a setembro de 2006.

Situações identificadas como risco *	Nº	%
Ambiente violento	218	97,3
Isolamento social	191	85,3
Cuidador com depressão ou outro problema de saúde mental	174	77,7
Cuidador com sobrecarga de trabalho	172	76,8
Distúrbio de comportamento do idoso	171	76,3
Incontinência urinária ou fecal	149	66,5
Cuidador com pouco ou nenhum conhecimento	148	66,1
Alteração cognitiva, como demência no idoso	147	65,6
Carência de recursos materiais	147	65,6
Dependência para atividades de vida, como tomar banho, comer, vestir	146	65,2
Comportamento provocativo do idoso	136	60,7
Insistir com o idoso para andar sozinho	103	46,0
Alcoolismo no idoso ou familiar	102	45,5
Dependência para fazer compras, ir ao médico ou igreja, fazer comida, lavar roupa	97	43,3
Cuidador dependente financeiramente do idoso	90	40,2
Dependência química no ambiente familiar	89	39,7
Idoso com quadro de depressão	79	35,3
Insistir para o idoso sair de casa, fazer compras	71	31,7
Condições de higiene adequada	54	24,1
Idoso com situação sócio-econômica privilegiada	47	21
Cuidador que movimentava o idoso acamado várias vezes ao dia	45	20,1
Cuidador que oferece comida com pouco sal e gordura apesar do idoso preferir outros alimentos	23	10,3
Colocar barras de proteção no banheiro para o idoso tomar banho sozinho	11	4,9
Cuidador que oferece todos os medicamentos prescritos	11	4,9
Outros **	4	1,8

* Um profissional não respondeu a essa questão. Portanto, as proporções apresentadas referem-se aos 224 que responderam à questão. Cada profissional pôde assinalar várias opções e citar outras não contidas no questionário.

** Outros: três profissionais relataram o abandono, desprezo da família e um citou a situação onde o idoso fica cada dia em uma casa e ninguém se responsabiliza.

Tabela 17 – Sujeitos identificados pelos profissionais do PSF de Uberlândia como agressores mais freqüentes em casos de violência contra o idoso, abril a setembro de 2006.

Sujeitos identificados *	Nº	%
Filho	214	95,1
Filha	197	87,6
Nora ou genro	142	63,1
Cônjuge	79	35,1
Netos	65	28,9
Cuidador profissional	26	11,6
Vizinho	19	8,4
Cuidador	4	1,8
Visitante de instituição religiosa	3	1,3
Médico	3	1,3
Enfermeiro	2	0,9
Aux. ou téc. de enf.**	2	0,9
ACS	1	0,4
Vendedor ambulante	1	0,4

* As proporções apresentadas referem-se aos 225 que responderam a questão. Cada profissional pôde apontar mais de um sujeito.

** Aux. ou téc. de enf. - Auxiliar ou técnico de enfermagem.

Tabela 18 – Rotina dos profissionais do PSF de Uberlândia em perguntar ao idoso sobre a satisfação com o tipo de tratamento dispensado pela família ou cuidador, segundo ocupação/ profissão, abril a setembro de 2006.

Profissão/ Ocupação	Sempre		Quase sempre		Às vezes		Nunca		Total	
	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%	Nº	%
Nível fundamental/ médio										
ACS	44	44,0	17	17,0	24	24,0	15	15,0	100	100,0
Aux. ou téc. de enf.*	10	29,4	6	17,7	10	29,4	8	23,5	34	100,0
Sub total	54	40,3	23	17,2	34	25,3	23	17,2	134	100,0
Nível superior										
Enfermeiro	10	29,4	3	8,8	14	41,2	7	20,6	34	100,0
Médico	8	25,0	2	6,2	14	43,8	8	25,0	32	100,0
Psicólogo	6	46,1	3	23,1	4	30,8	—	—	13	100,0
Assistente social	7	77,8	1	11,1	1	11,1	—	—	9	100,0
Dentista	1	50,0	—	—	—	—	1	50,0	2	100,0
Fisioterapeuta	—	—	1	100,0	—	—	—	—	1	100,0
Sub total	32	35,2	10	11,0	33	36,2	16	17,6	91	100,0
Total	86	38,2	33	14,7	67	29,8	39	17,3	225	100,0

* Aux. ou téc. de enf. - Auxiliar ou técnico de enfermagem.

Tabela 19 – Distribuição dos profissionais do PSF de Uberlândia, segundo a forma que questionavam ao idoso sobre o tratamento dispensado pela família ou cuidador, abril a setembro de 2006.

Questionamentos dos profissionais	Nº	%
De forma sutil "como estão as coisas em casa?"	116	62,4
Quando está sozinho se é bem tratado pela família ou cuidador	48	25,8
Independente de estar acompanhado ou não	20	10,8
Outros *	2	1,07
Total **	186	100,0

* Outros: dois entrevistados relataram que questionam ao idoso dependendo da situação de forma sutil ou diretamente.

** Dos 225 profissionais, 39 relataram que nunca questionavam ao idoso sobre o tratamento dispensado pela família ou cuidador. Portanto, apenas 186 responderam a essa questão.

Tabela 20 – Preocupações dos profissionais do PSF de Uberlândia, relacionadas aos medicamentos dos pacientes idosos, abril a setembro de 2006.

Preocupações apontadas *	Nº	%
Verificar uso correto (horário, dosagens, quantidades de cps, medicamento correto) **	171	78,8
Preocupação com os pacientes analfabetos	34	15,7
Separar em recipientes	24	11,1
Orientar cuidador, familiar mais próximo	23	10,6
Utilizar símbolos para indicar posologias diferentes	22	10,1
Verificar se há responsáveis na família	22	10,1
Falta do medicamento	12	5,5
Utiliza cores diferentes para separar medicamentos	9	4,1
Acompanhamento clínico para troca de receita	8	3,7
Validade dos medicamentos	7	3,2
Efeitos colaterais do medicamento	7	3,2
Manipulação correta dos medicamentos como insulina (cuidador ou paciente)	5	2,3
Dependência do medicamento	4	1,8
Aparência dos invólucros do medicamento	4	1,8
Auto medicação	3	1,4
Déficit de memória	3	1,4
Interação medicamentosa	2	0,9
Polifarmácia	2	0,9
Orienta a deixar medicamentos em lugar visível	2	0,9
Consulta especializada para quem usa medicamentos controlados	2	0,9
Presença de comorbidades	1	0,5
Cuidado com uso de hipotensores pelo risco de queda ***	1	0,5

* Oito pessoas relataram não ter preocupação especial com os medicamentos dos pacientes idosos. Portanto, as proporções apresentadas referem-se aos 217 que responderam a essa questão. Cada profissional pôde relatar mais de uma preocupação.

** cps: comprimidos ou cápsulas.

*** Seis entrevistados relataram respostas vagas.

Tabela 21 – Profissionais do PSF de Uberlândia, segundo questionamento sobre quedas e atividades de vida diária que o idoso realiza com e sem ajuda e frequência com que o fazem, abril a setembro de 2006.

Questionamento	Sempre		Quase sempre		Às vezes		Nunca		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Questiona ao idoso sobre quedas *	63	28,5	35	15,8	79	35,7	44	19,9	221	100,0
Questiona sobre atividades que o idoso realiza com e sem ajuda	128	56,9	40	17,8	40	17,8	17	7,5	225	100,0

* Quatro pessoas não responderam a essa questão.

Tabela 22 – Principais questionamentos feitos pelos profissionais do PSF de Uberlândia para definir as atividades de vida diária que o idoso realiza com e sem ajuda, abril a setembro de 2006.

Atividades questionadas *	Nº	%
AVD Básicas		
Consegue movimentar-se sozinho	23	11,2
Toma banho mas identifica necessidade de auxílio	17	8,3
Alimenta mas identifica necessidade de auxílio	13	6,3
Anda até o banheiro	7	3,4
Veste-se mas identifica necessidade de auxílio	3	1,5
Consegue pentear o cabelo	1	0,5
Apresenta incontinência urinária	1	0,5
AVD Instrumentais		
Cozinha sozinho	21	10,2
Visita amigos ou parentes	18	8,7
Cuida dos afazeres domésticos	18	8,7
Sai para fazer compras	14	6,8
Precisa de ajuda para ir a algum lugar	13	6,3
Vai a grupos (HAS, DM, etc.)	9	4,4
Toma medicação sozinho	6	2,9
Lava as roupas	5	2,4
Alguém auxilia com as medicações	3	1,5
Pede comida	1	0,5
AVD Avançadas		
Atividade física ou caminhada	107	51,9
Lazer	37	18
Alguma ocupação diária ou trabalho	16	7,8
Hábito de dançar	12	5,8
Participa de atividades de recreação	5	2,4
Exerce trabalhos manuais	5	2,4
Questões não relacionadas às AVD		
Alimenta bem, dorme bem	46	22,3
Toma banho de sol	12	5,8
Tem acompanhante	11	5,3
Toma água ou líquidos	4	1,9
Questões relacionadas às AVD, porém sem determinar a independência na realização das mesmas		
Toma banho sem identificar necessidade de auxílio	20	9,7
Cuida da higiene	11	5,3
Alimenta mas não identifica necessidade de auxílio	6	2,9
Investigação sobre as atividades diárias	3	1,5
Exerce atividades mentais	2	1
Quando acamado como exerce suas atividades	1	0,5

* Dos 208 profissionais que relataram na questão anterior questionar ao idoso sobre as atividades de vida diária, dois não responderam a essa questão. Portanto, as proporções apresentadas referem-se aos 206 que responderam à questão. Porém 32 entrevistados relataram respostas não relacionadas a pergunta. Cada entrevistado pôde relatar mais de uma atividade.

Tabela 23 – Principais observações dos profissionais do PSF de Uberlândia na moradia dos pacientes idosos, abril a setembro 2006.

O que observam na casa dos pacientes idosos? *	Nº	%
Higiene	152	68,2
Tratamento dispensado pela família	57	25,6
Alimentação	49	22,0
Fator de risco de quedas (tapete, piso escorregadio etc.)	30	13,5
Aparência do idoso	26	11,7
Meio ambiente	23	10,3
Condição de moradia	18	8,1
Medicamentos	18	8,1
Organização da casa	17	7,6
Limpeza do ambiente	15	6,7
Se mora sozinho	15	6,7
Avaliação do dormitório/cama	14	6,3
Ventilação	14	6,3
Presença de animais domésticos	9	4,0
Condições financeiras	8	3,6
Mobília dificultando locomoção	6	2,7
Condições físicas do paciente	6	2,7
Se tem quintal	5	2,2
Se tem água filtrada	5	2,2
Banheiro com borracha, barra de proteção	3	1,3
Segurança do lar	3	1,3
Presença de lixo	3	1,3
Saneamento básico	2	0,9
Outros **	16	7,2

* Uma pessoa não respondeu, um relatou não observar. Portanto, as proporções apresentadas referem-se aos 223 que responderam à questão. Porém, 26 relataram respostas não relacionadas à pergunta.

** Outros: dois relataram observar iluminação do ambiente, dois o acesso da casa, dois risco de dengue, dois nível sonoro do ambiente, dois se o cuidador deixa o idoso responder às perguntas, entre outros.

4.4 Condutas dos profissionais frente a casos hipotéticos

Cento e vinte e oito (56,9%) profissionais escolheram a opção “acha que o paciente é carente e aceita a situação” diante do relato “o idoso vai várias vezes à unidade de saúde à procura de atendimento, apesar de já estar estabelecido o tratamento correto de uma doença crônica”, enquanto 122 (54,2%) escolheram a opção “suspeita de uma situação de risco e procura investigar” (Tabela 24).

Tabela 24 – Respostas dos profissionais do PSF de Uberlândia à questão “se um idoso vem várias vezes à unidade de saúde à procura de atendimento, apesar de já estar estabelecido o tratamento correto de uma doença crônica, você:”, abril a setembro de 2006.

Respostas dos profissionais	Nº	%*
Acha que o paciente é carente e aceita a situação	128	56,9
Suspeita de uma situação de risco e procura investigar	122	54,2
Outras atitudes	14	6,2
Suspeita de alguma outra causa, mas prefere não se envolver	5	2,2
Notifica como caso de violência contra o idoso	1	0,4

* As proporções referem-se aos 225 que responderam à questão. Cada entrevistado pôde relatar mais de uma resposta.

Diante da seguinte situação “Você visita um idoso acamado e o encontra sozinho, o mesmo relata estar há mais de 12 horas sem receber alimentação, devido à filha estar trabalhando e você:”, a maioria dos profissionais (168; 74,7%) optou por: “procura saber mais informações, pois não quer ser injusto com a filha” (Tabela 25). Apesar de 205 (91,1%) acharem que se trata de um caso de violência contra o idoso (Tabela 29 e 30), apenas 31 (13,8%) denunciariam aos órgãos responsáveis (Tabela 25).

Tabela 25 – Condutas dos profissionais do PSF de Uberlândia diante da seguinte situação “Você visita um idoso acamado e o encontra sozinho, o mesmo relata estar há mais de 12 horas sem receber alimentação, devido à filha estar trabalhando e você:”, abril a setembro de 2006.

Respostas dos profissionais	Nº	%*
Procura saber mais informações sobre a situação, pois não quer ser injusto com a filha	168	74,7
Outras	37	16,4
Acha um absurdo e denuncia aos órgãos responsáveis	31	13,8
Compreende que alguém precisa trabalhar, apesar de constatar a necessidade do idoso	14	6,2
Acha errado a atitude da filha, mas não se envolve porque não é da sua competência	2	0,9
A situação social que ocasionou a dificuldade do cuidado, não sendo de responsabilidade de ninguém	2	0,9

* As proporções referem-se aos 225 que responderam à questão. Cada entrevistado pôde relatar mais de uma resposta.

Cento e sessenta e quatro (72,9%) profissionais escolheram a opção “comunicaria ao restante da equipe para ficar alerta” frente à situação a seguir: “Você acompanha um idoso acamado que devido à insônia foi prescrito ansiolítico (calmante) para uso ocasional, mas o responsável, o cuidador, vem trocar receitas constantemente do calmante alegando que o idoso não consegue dormir e você percebe que há um uso excessivo do medicamento” e 154 (68,4%) profissionais também optaram por “visitaria o idoso com frequência e questionaria sobre o tratamento dispensado pelo cuidador” (Tabela 26). A maior parte dos entrevistados (187; 83,1%) acreditaram que essa situação representava um caso de violência contra o idoso e destes, 91(48,7%) relataram ser violência física (Tabelas 29, 30 e 31).

Tabela 26 – Condutas dos profissionais do PSF de Uberlândia diante da situação hipotética de troca de receitas de ansiolíticos pelo cuidador de um idoso acamado, abril a setembro de 2006.

Respostas dos profissionais	Nº	%*
Comunicaria ao restante da equipe para ficar alerta	164	72,9
Visitaria o idoso com frequência e questionaria sobre o tratamento dispensado pela família ou cuidador	154	68,4
Faria um controle rigoroso do fornecimento de receitas	95	42,2
Controlaria a receita, mas não deixaria de fornecer, pois é difícil de lidar com a dependência dos medicamentos	30	13,3
Outras	20	8,9
Notificaria aos órgãos responsáveis como caso de violência contra o idoso	8	3,6
Acharia normal, pois o idoso deve estar mesmo dependente da medicação	1	0,4

* As proporções referem-se aos 225 que responderam à questão. Cada entrevistado pôde relatar mais de uma resposta.

Diante da suposição: “Você atende ou visita um idoso, que é parcialmente dependente do cuidador para algumas atividades como tomar banho e vestir-se, e está acompanhado de seu filho, percebe que o idoso está há dias sem tomar banho, inclusive com mau cheiro”, 178 (79,1%) profissionais escolheram a opção “questiona ao filho sobre o cuidado com o idoso” (Tabela 27). Cento e noventa (84,4%) entrevistados afirmaram se tratar de violência contra o idoso e destes, 112 (58,9%) de violência física (Tabela 29, 30 e 31).

Tabela 27 - Condutas dos profissionais do PSF de Uberlândia diante de um idoso em má condição de higiene e dependente do cuidador para o banho, abril a setembro de 2006.

Respostas dos profissionais	Nº	%*
Questiona ao filho sobre o cuidado com o idoso	178	79,1
Procura conversar com o idoso sozinho para saber como está se sentindo e como é tratado	149	66,2
Não se envolve, mas orienta que higiene é importante	28	12,4
Notifica aos órgãos responsáveis	16	7,1
Outras	16	7,1
Conclui que o idoso não gosta de tomar banho	13	5,8
Acha um absurdo, mas prefere não se envolver, pois as pessoas podem entender mal e ficarem ofendidas	1	0,4

* As proporções referem-se aos 225 que responderam à questão. Cada entrevistado pôde relatar mais de uma resposta.

A maioria dos profissionais do PSF (163; 72,4%) escolheram a opção “comunicaria ao restante da equipe para ficar alerta” diante da situação a seguir: “Você atende ou visita um idoso que se encontra bem orientado no tempo e espaço e está com um ferimento na cabeça, e quando pergunta o que aconteceu, o idoso relata que caiu quando caminhava em direção ao banheiro durante a noite. Você pergunta à filha, após alguns minutos, distante do idoso e a mesma responde que o idoso bateu com a cabeça na porta pela manhã ao acordar” (Tabela 28). A maioria dos entrevistados (160; 71,1%) acreditaram ser um caso de violência contra o idoso, apesar de que em menor proporção em relação às situações anteriores como mostra a tabela 29 e 30. Dos 160, 132 (82,5%) afirmaram ser um caso de violência física e 49 (30,6%) um caso de violência psicológica (Tabela 31). Apenas 13 (5,8%) pessoas denunciariam a possível violência aos órgãos responsáveis (Tabela 28).

Tabela 28 - Condutas dos profissionais do PSF de Uberlândia diante de um idoso com um ferimento na cabeça e histórias contraditórias entre idoso e cuidador, abril a setembro de 2006.

Respostas dos profissionais	Nº	%*
Comunicaria ao restante da equipe para ficar alerta	163	72,4
Questiona a filha sobre o cuidado com o idoso	138	61,3
Procura saber mais informações sobre a situação, pois não quer ser injusto com a filha	130	57,8
Acha um absurdo e denuncia aos órgãos responsáveis	13	5,8
Outras	10	4,4
Não se envolve, pois tem medo de represália	1	0,4

* As proporções referem-se aos 225 que responderam à questão. Cada entrevistado pôde relatar mais de uma resposta.

Apesar da maioria dos profissionais do PSF de Uberlândia, tanto os de nível fundamental/médio como de nível superior, reconhecerem as situações de violência, (Tabela 29 e 30), na maior parte das vezes não as denunciariam (Gráfico 8). Quase metade dos profissionais nas situações 1 (99; 48,3%) e 2 (91; 48,7%) e, a maioria destes, nas situações 3 (112; 58,9%) e 4 (132; 82,5%), que identificaram como violência, afirmaram ser física, apesar de somente na situação 4 ser considerada realmente violência física (Tabela 31).

Tabela 29 – Respostas dos profissionais do PSF de Uberlândia frente ao questionamento da existência ou não de violência contra o idoso em algumas situações, abril a setembro de 2006.

Houve violência?	Situações							
	1 *		2 **		3 ***		4 ****	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	205	91,1	187	83,1	190	84,4	160	71,1
Não	20	8,9	38	16,9	35	15,6	65	28,9
Total	225	100	225	100	225	100	225	100

* Situação 1: “Você visita um idoso acamado e o encontra sozinho, o mesmo relata estar há mais de 12 horas sem receber alimentação, devido à filha estar trabalhando e você”.

** Situação 2: “Você acompanha um idoso acamado que devido à insônia foi prescrito ansiolítico (calmante) para uso ocasional, mas o responsável, o cuidador, vem trocar receitas constantemente do calmante alegando que o idoso não consegue dormir e você percebe que há um uso excessivo do medicamento”.

*** Situação 3: “Você atende ou visita um idoso, que é parcialmente dependente do cuidador para algumas atividades como tomar banho e vestir-se, e está acompanhado de seu filho, percebe que o idoso está há dias sem tomar banho, inclusive com mau cheiro”.

**** Situação 4: “Você atende ou visita um idoso que se encontra bem orientado no tempo e espaço e está com um ferimento na cabeça, e quando pergunta o que aconteceu, o idoso relata que caiu quando caminhava em direção ao banheiro durante a noite. Você pergunta à filha, após alguns minutos, distante do idoso e a mesma responde que o idoso bateu com a cabeça na porta pela manhã ao acordar”.

Tabela 30- Respostas dos profissionais do PSF de Uberlândia frente ao questionamento da existência ou não de violência contra o idoso em algumas situações, segundo profissão/ocupação, em número, abril a setembro de 2006.

Profissão/ Ocupação	Situações							
	1*		2**		3***		4****	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Nível fundamental/médio								
ACS	86	14	74	26	75	25	64	36
Aux. ou téc. de enf.φ	33	1	29	5	29	5	26	8
Sub total	119	15	103	31	104	30	90	44
Nível superior								
Enfermeiro	32	2	31	3	32	2	25	9
Médico	30	2	30	2	30	2	25	7
Psicólogo	12	1	12	1	13	—	10	3
Assistente social	9	—	8	1	8	1	8	1
Dentista	2	—	2	—	2	—	2	—
Fisioterapeuta	1	—	1	—	1	—	—	1
Sub total	86	5	84	7	85	5	70	21
Total	205	20	187	38	190	35	160	65

Φ Aux. ou téc. de enf.: Auxiliar ou técnico de enfermagem

* Situação 1: “Você visita um idoso acamado e o encontra sozinho, o mesmo relata estar há mais de 12 horas sem receber alimentação, devido à filha estar trabalhando e você”.

** Situação 2: “Você acompanha um idoso acamado que devido à insônia foi prescrito ansiolítico (calmante) para uso ocasional, mas o responsável, o cuidador, vem trocar receitas constantemente do calmante alegando que o idoso não consegue dormir e você percebe que há um uso excessivo do medicamento”.

*** Situação 3: “Você atende ou visita um idoso, que é parcialmente dependente do cuidador para algumas atividades como tomar banho e vestir-se, e está acompanhado de seu filho, percebe que o idoso está há dias sem tomar banho, inclusive com mau cheiro”.

**** Situação 4: “Você atende ou visita um idoso que se encontra bem orientado no tempo e espaço e está com um ferimento na cabeça, e quando pergunta o que aconteceu, o idoso relata que caiu quando caminhava em direção ao banheiro durante a noite. Você pergunta à filha, após alguns minutos, distante do idoso e a mesma responde que o idoso bateu com a cabeça na porta pela manhã ao acordar”.

Tabela 31 - Respostas dos profissionais do PSF de Uberlândia frente ao questionamento dos tipos de violência contra o idoso em algumas situações, abril a setembro de 2006.

Tipo de violência §	Situações							
	1 *		2 **		3 ***		4 ****	
	Nº	%Φ	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Física	99	48,3	91	48,7	112	58,9	132	82,5
Negligência	140	68,3	62	33,2	129	67,9	57	35,6
Psicológica	117	57,1	118	63,1	73	38,4	49	30,6
Sexual	2	1,0	1	0,5	-	-	1	0,6
Financeira	12	5,9	1	0,5	-	-	-	-
Outros #	3	1,5	2	1,1	1	0,5	-	-

Φ As proporções referem-se ao número de pessoas que responderam afirmativamente à questão da existência ou não de violência em cada situação. Portanto, 205 na situação um, 187 na dois, 190 na três e 160 na quatro. Cada entrevistado pôde citar mais de um tipo de violência.

§ Um entrevistado na situação 1, cinco na situação 2, um na situação 3 e 4 relataram não saber o tipo de violência.

Outros: na situação 1 dois entrevistados citaram abandono e um sem atenção; na situação 2 um citou abandono e um sem atenção; na situação 3 um citou abandono;

* Situação 1: “Você visita um idoso acamado e o encontra sozinho, o mesmo relata estar há mais de 12 horas sem receber alimentação, devido à filha estar trabalhando e você”.

** Situação 2: “Você acompanha um idoso acamado que devido à insônia foi prescrito ansiolítico (calmante) para uso ocasional, mas o responsável, o cuidador, vem trocar receitas constantemente do calmante alegando que o idoso não consegue dormir e você percebe que há um uso excessivo do medicamento”.

*** Situação 3: “Você atende ou visita um idoso, que é parcialmente dependente do cuidador para algumas atividades como tomar banho e vestir-se, e está acompanhado de seu filho, percebe que o idoso está há dias sem tomar banho, inclusive com mau cheiro”.

**** Situação 4: “Você atende ou visita um idoso que se encontra bem orientado no tempo e espaço e está com um ferimento na cabeça, e quando pergunta o que aconteceu, o idoso relata que caiu quando caminhava em direção ao banheiro durante a noite. Você pergunta à filha, após alguns minutos, distante do idoso e a mesma responde que o idoso bateu com a cabeça na porta pela manhã ao acordar”.

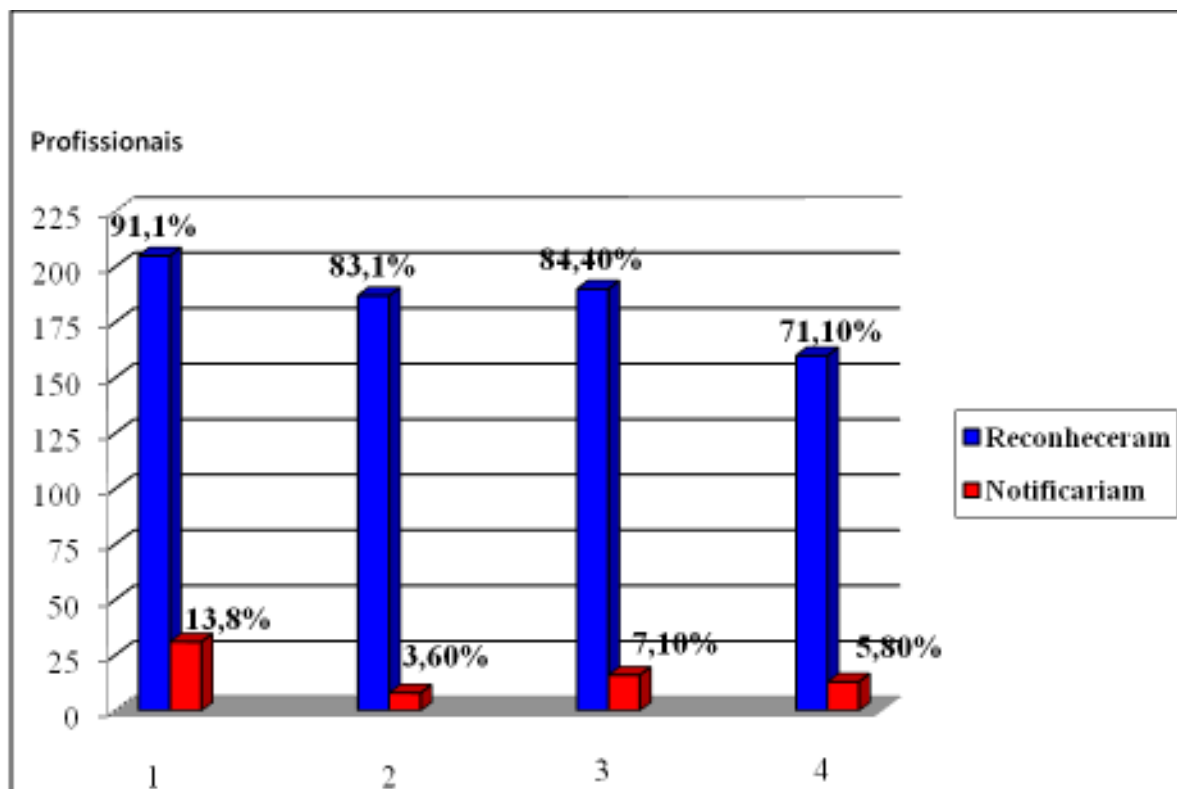


Gráfico 8: Profissionais do PSF de Uberlândia que reconheceram as situações apresentadas como casos de violência contra o idoso em relação aos que notificariam aos órgãos responsáveis, abril a setembro de 2006.

* Situação 1: “Você visita um idoso acamado e o encontra sozinho, o mesmo relata estar há mais de 12 horas sem receber alimentação, devido à filha estar trabalhando e você”.

** Situação 2: “Você acompanha um idoso acamado que devido à insônia foi prescrito ansiolítico (calmante) para uso ocasional, mas o responsável, o cuidador, vem trocar receitas constantemente do calmante alegando que o idoso não consegue dormir e você percebe que há um uso excessivo do medicamento”.

*** Situação 3: “Você atende ou visita um idoso, que é parcialmente dependente do cuidador para algumas atividades como tomar banho e vestir-se, e está acompanhado de seu filho, percebe que o idoso está há dias sem tomar banho, inclusive com mau cheiro”.

**** Situação 4: “Você atende ou visita um idoso que se encontra bem orientado no tempo e espaço e está com um ferimento na cabeça, e quando pergunta o que aconteceu, o idoso relata que caiu quando caminhava em direção ao banheiro durante a noite. Você pergunta à filha, após alguns minutos, distante do idoso e a mesma responde que o idoso bateu com a cabeça na porta pela manhã ao acordar”.

DISCUSSÃO

5.1 Composição das Equipes do PSF

A predominância de equipes mínimas encontrada no presente estudo também foi observada na avaliação normativa do PSF brasileiro, realizada pelo Ministério da Saúde no período de junho de 2001 a agosto de 2002, na qual mais de 90% das equipes eram formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e ACS (BRASIL, 2004).

Em Uberlândia, outros profissionais como psicólogos e assistentes sociais, estão sendo inseridos como apoio às equipes, porém sem remuneração diferenciada ou dedicação exclusiva [carga horária de 40 horas semanais], como os demais da equipe mínima. Cada um desses profissionais, que trabalham em duas UBSF, manifestam insatisfações quanto à disponibilidade para algumas atividades e modalidades de atendimento, como visita domiciliar, por exemplo, reivindicam igualdade de condições de trabalho, especialmente em termos salariais.

Em um estudo, que avaliou 10 grandes centros urbanos, a maioria tinha, diferentemente do município de Uberlândia, na organização do PSF, equipes mínimas associadas à equipe de saúde bucal. Em Aracajú as equipes recebiam apoio de assistente social e, somente em Vitória, Espírito Santo, de profissionais como psicólogos, assistentes sociais, além de odontólogos (ESCOREL, 2002).

O município de Sobral, situado no sertão do Ceará, há anos vem estruturando o serviço de saúde à partir da Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre seus princípios básicos, a visão integral do indivíduo, da família e da comunidade, contemplando os aspectos sócio-culturais, além dos biológicos, com o intuito de alcançar a prevenção e promoção da saúde. Para tanto, foi fundamental a inserção nas equipes de outras categorias profissionais, como educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. O impacto da equipe multiprofissional já pôde ser visualizado pela formação de inúmeros grupos de idosos para realização de atividades físicas e de lazer, grupos terapêuticos, grupos de gestantes e de adolescentes (ANDRADE et al., 2004). Os educadores físicos, nesse município, têm demonstrado sua importância, à medida que a atividade física regular é reconhecida cientificamente como importante instrumento de prevenção de vários agravos, da promoção da saúde e qualidade de vida da população (COELHO; OLIVEIRA; CANUTO, 2004).

Entretanto, o trabalho em equipe deve ter uma característica interdisciplinar, em que cada profissional atue em sua área específica, mas compartilhe os saberes e decisões em campos de intervenção comum, através de comunicação eficiente objetivando os mesmos fins (PEDUZZI, 2001).

Oliveira e Spiri (2006), ao examinar a experiência do trabalho em equipe no PSF, verificaram a importância da interação entre os membros para o melhor desempenho na assistência aos pacientes, bem como na formação de vínculo com os indivíduos e as famílias.

A organização do PSF em Uberlândia, com a presença apenas dos profissionais exigidos pelo MS na composição básica das ESF, revela a possibilidade de um cenário incipiente com pouca resolutividade, como demonstram Copque e Trad (2005) ao estudar a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. Além da ampliação das equipes com aquisição de novas categorias profissionais com saberes distintos, é imprescindível que a formação dos mesmos, inclusive médicos e enfermeiros, na graduação e pós-graduação, seja coerente com a política de saúde do país. Ao contrário, o processo de preparação permanece com tendência a superespecialização, o perfil dos profissionais formados distante da realidade do mercado de trabalho, prevalecendo as práticas curativas e pontuais do modelo biomédico, a superficialidade da abordagem na relação médico-paciente, sem a dimensão psicossocial, necessária à atenção integral do indivíduo e efetividade da ESF (CANESQUI; SPINELLI, 2006; GIL, 2005; FRANCO; BASTOS; ALVES, 2005; SANTANA, 1999).

Cotta e colaboradores (2006) ao pesquisar o perfil dos profissionais do PSF no Município de Teixeiras, no Estado de Minas Gerais, verificaram que as equipes tinham uma composição mínima, somente com médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e ACS. A ausência de outras categorias profissionais foi apontada pelos entrevistados como uma das dificuldades para a organização e reestruturação da atenção básica em saúde.

Garcia, Rodrigues e Borega (2005), ao estudarem a satisfação do usuário e a qualidade dos cuidados prestados pela atenção primária à saúde do idoso, verificaram que as queixas mais frequentes eram relativas à dificuldade de agendar consulta e à falta de médicos, o que reforça a permanência do modelo biomédico como centro das atividades no serviço de saúde. Os autores sugerem que o trabalho em equipes multiprofissionais, privilegiando o vínculo, o acolhimento e a responsabilização com os pacientes, possibilitaria a melhoria da satisfação dos usuários.

5.2 Sexo, idade e formação profissional

Rabello, Godoy e Padilha (2000) mencionam que, historicamente, as mulheres sempre desenvolveram atividades ligadas ao âmbito doméstico e dedicavam-se, também, às tarefas de cunho humanitário como cuidar de doentes, o que deu origem às “parteiras” e às assistentes durante os períodos de epidemias e guerras.

Com o desenvolvimento tecnológico e incremento do ensino superior, entre 1965 e 1975, no Brasil, as mulheres passaram a representar mais de 40% da população estudantil. O setor saúde, assim

como educação, lazer e setores sociais representavam a preferência da população feminina, uma vez que a flexibilidade de horários e outras características dessas profissões possibilitavam o não rompimento com as atividades do âmbito doméstico. O processo de “feminilização” [aumento da participação feminina] vem ocorrendo no setor saúde, desde 1970, especialmente no nível superior e mais claramente nas categorias médica e odontológica. Essa tendência veio acompanhada de aumento da mão-de-obra jovem, porém mantendo desigualdades salariais entre os sexos (MACHADO, 1986; RABELLO; GODOY; PADILHA, 2000).

A maior prevalência de adultos jovens e do sexo feminino encontrada no presente estudo corrobora com outros estudos encontrados na literatura (COTTA et. al, 2006; OLIVEIRA; SPIRI, 2006; FRANCO; BASTOS; ALVES, 2005). Gil (2005) também encontrou uma proporção maior de pessoas na faixa etária de 20 a 30 anos e de mulheres ao pesquisar os alunos de 16 cursos de Especialização e nove Residências Multiprofissionais de várias regiões do Brasil.

Um estudo realizado no município de Camaragibe, Recife, de 2000 a 2003 constatou que 100% das 148 ACS entrevistadas eram do sexo feminino, fato explicado segundo relato delas, em parte, pela resistência ao agente do sexo masculino por parte da comunidade. Houve também, como no presente estudo, predomínio de adultos jovens, com distribuição igual na faixa etária de 18 a 29 anos e 30 a 39 anos (BEZERRA; ESPÍRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005).

Entretanto, em outro estudo realizado em municípios do Estado de Mato Grosso, Canesqui e Spinelli (2006) encontraram predomínio de profissionais maduros, com mediana de idade de 36,0 anos, e a maioria mulheres.

Segundo Machado (1986), em 1980, 62,84% das mulheres médicas e 71% das enfermeiras tinham menos de 39 anos. Neste ano, 68% das médicas recebiam menos de 10 salários, enquanto somente 21% dos médicos se encontravam nessa faixa salarial. Apesar da profissão de enfermagem ser constituída essencialmente por enfermeiras, em 1980, 15% recebiam até três salários mínimos e não havia nenhum homem nessa situação.

A ESF tem significado a ampliação do mercado de trabalho para os profissionais de saúde, especialmente para médicos e enfermeiros, recém graduados. Tem sido demonstrado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para a atuação na atenção à saúde dos indivíduos de forma integral, contemplando todas as ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação, necessárias para uma atenção primária de qualidade (GIL, 2005).

Cotta e colaboradores (2006) encontraram resultados semelhantes aos do presente estudo em relação à escolaridade dos profissionais. A maioria dos ACS tinham segundo grau completo e todos os auxiliares de enfermagem eram de nível técnico. Entre os 148 ACS entrevistados em Camaragibe,

Pernambuco, também se verificou que 55% tinham segundo grau completo (BEZERRA; ESPÍRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005).

Canesqui e Spinelli (2006) ao estudar os perfis de médicos e enfermeiros do PSF no estado do Mato Grosso, verificaram que 18% dos profissionais haviam concluído curso de especialização em Saúde Pública e 14,8% em Saúde da Família. No censo realizado no Estado da Bahia, no ano de 2000, com os médicos do PSF, 40,6% tinham menos de cinco anos de formado, apenas 34,4% haviam cursado a residência médica e dentre as especialidades relatadas, a Saúde Pública ou Coletiva representou 7,3% e, em segundo lugar, a pediatria 5,2% (FRANCO; BASTOS; ALVES, 2005).

Machado (BRASIL, 2000b), ao analisar o perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil, encontrou que 43,84% dos médicos e 31,86% dos enfermeiros da região Sudeste haviam feito curso de especialização. Esta falta de qualificação, também observada no presente estudo, além da tendência à superespecialização dos profissionais, do distanciamento entre as políticas de formação do modelo de saúde atual, tem sido um desafio para o SUS (GIL, 2005; SANTANA, 1999).

Como uma das estratégias de incentivo à expansão do PSF, o MS criou em 1998, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, com o objetivo de fortalecer a relação ensino-serviço, identificando as necessidades educacionais dos profissionais de saúde inseridos nas equipes. Uma das ações dos pólos predominante foi a realização de cursos introdutórios da ESF, devido ao aumento acelerado de números de equipes e alta rotatividades dos profissionais. Entretanto, essa capacitação era insuficiente para garantir o conhecimento necessário para a atuação esperada, especialmente dos profissionais de nível superior. Nesse contexto, o MS incentivou a realização de cursos de pós-graduação *lato sensu*, nas modalidades de especialização e residência multiprofissional em saúde da família (GIL, 2005).

Em Uberlândia, no momento da coleta de dados da pesquisa, estava ocorrendo o curso de especialização em saúde da família, com participação de alguns dos entrevistados. A menor proporção de médicos observada, tanto no curso em andamento quanto no relato de especialização concluída, em relação aos enfermeiros, também foi encontrada por Gil (2005), no levantamento do perfil dos participantes dos cursos de pós-graduação em saúde da família no Brasil, o que demonstra a necessidade de criar mecanismos mais eficientes para atrair a categoria médica para o campo da saúde pública.

Além disso, a precariedade dos vínculos empregatícios, da remuneração e a falta de carreira geram insatisfação, desgaste e ocasionam, por conseguinte, a rotatividade dos profissionais, particularmente dos médicos, comprometendo toda a ESF, interferindo na continuidade das ações e na sua credibilidade (CANESQUI; SPINELLI, 2006; GIL, 2005; BRASIL, 2004; BRASIL, 2000b; SANTANA, 1999).

Canesqui e Spinelli (2006) observaram que 90,5% dos 253 profissionais médicos e enfermeiros, sujeitos da pesquisa realizada no Estado do Mato Grosso, vinculavam-se às prefeituras, porém, 65,2% possuíam vínculos precários, sendo considerado pelos autores um dos fatores que dificultam a implementação do PSF, gerando insatisfação dos profissionais.

Segundo Santana (1999), uma das possíveis soluções para a inadequada formação dos profissionais, seria a parceria das instituições, Secretarias Municipais de Saúde e escolas médicas, sinalizando aos alunos a tendência do mercado de trabalho, promovendo adequação curricular e incentivos à atuação na atenção primária. O ingresso dos médicos no PSF deveria ser feito por meio de concurso ou outra modalidade de seleção que envolvesse as instituições parceiras. As propostas de especialização e educação permanente deveriam ter estreita relação com o sistema de remuneração.

A ausência de uma política de valorização do trabalho do médico de família, a inadequação da educação na graduação com as necessidades do mercado de trabalho, estimulando a formação de especialistas em detrimento de profissionais generalistas podem explicar a pequena porcentagem de médicos especialistas em Saúde da Família encontrada no presente estudo (SANTANA, 1999).

Diferentemente dos resultados do presente estudo, Machado (BRASIL, 2000b) verificou que 35,6% dos médicos atuavam no PSF há menos de um ano. Na avaliação normativa do PSF, realizada em 2001 e 2002, o tempo de permanência do médico foi menor ou igual a um ano em 76,8% das equipes (BRASIL, 2004).

Cotta e colaboradores (2006), de forma semelhante ao presente estudo, encontraram no município de Teixeira, Minas Gerais, uma média de tempo de permanência de 24 meses. Há dificuldade de se avaliar a rotatividade dos profissionais devido ao curto período de existência do programa em Uberlândia, implantado em setembro de 2003.

5.3 Conhecimento dos profissionais do PSF sobre o tema de violência contra o idoso

A Estratégia Saúde da Família demanda profissionais generalistas com qualificações específicas e vem contribuindo para inovações nos modelos de educação das escolas médicas (DALLA, 2004).

Algumas faculdades de medicina como a de Marília, de Juazeiro do Norte, Ceará, e Estácio de Sá vêm implementando mudanças curriculares, enfatizando a aprendizagem na atenção primária e na ESF. O objetivo é a formação de profissionais generalistas, que tenham uma visão ampliada do processo de saúde-doença, saibam trabalhar em equipe, reforçando a importância da construção de vínculo para o cuidado, proporcionando a compreensão da saúde individual e coletiva nas diversas

dimensões que envolvem o processo de adoecimento (TSUJI; SILVA, 2006; BORBA; BRUNO, 2006; LEVY et al, 2006).

A violência é uma questão complexa que envolve vários setores, à medida que deriva das relações humanas, sociais, econômicas, políticas e culturais. O setor saúde até há alguns anos, observava passivamente o fenômeno da violência, contando eventos, reparando os estragos nos atendimentos de emergência e de reabilitação. O interesse do setor pelo tema vem aumentando progressivamente e na década de 90 foi assumido oficialmente. Fato que se deve à própria ampliação contemporânea da consciência do valor da vida e dos direitos de cidadania. Contribuiu, também, a observação da transição epidemiológica que vem ocorrendo no Brasil, com elevação dos indicadores, de morbi-mortalidade conseqüentes às causas externas (MINAYO, 2004; MINAYO, SOUZA, 1999).

Souza e colaboradores (2003) encontraram apenas nove trabalhos publicados sobre violência e acidentes sofridos pelos idosos a partir da segunda metade da década de 90. A análise das tendências da produção científica brasileira sobre o tema não foi possível, na ocasião, por se tratar de investimento novo e incipiente na área da saúde, especialmente no que se refere aos serviços.

Como no presente estudo, outros autores também destacam a falta de informações dos profissionais no que se refere à temática da violência (KENNEDY, 2005; MINAYO, 2003; HIRSCH; LOEWY, 2001; NJAINE; SOUZA; MINAYO; ASSIS, 1997; MINAYO, 1994). O fato de muitos profissionais de nível fundamental e médio terem referido contato como tema pela televisão e outras mídias é preocupante, uma vez que, segundo Njaine e colaboradores (1997), esses meios de comunicação contribuem para a desqualificação das informações sobre violência, veiculando-as de forma banalizada, distorcendo a realidade, por meio da espetacularização das notícias e estética das imagens, desviando o foco da atenção para o perigo imaginário que se restringe a alguns indivíduos de camadas sociais menos favorecidas. Transmitem as informações dos órgãos oficiais do governo, sem a reflexão necessária das dimensões que envolvem o fenômeno da violência. Nesse contexto, a informação deixa de ser um elemento de mudança e de transformação social.

Kennedy (2005) ao pesquisar a experiência, conhecimento e atitudes de 392 médicos da atenção primária, de família e generalistas, no estado de Ohio, Estados Unidos, sobre a temática da violência contra os idosos, constatou que, apenas 13% mencionaram ter tido algum conteúdo sobre o tema na residência, enquanto 79% relataram terem tido treinamento sobre violência contra a mulher e 94% sobre violência contra crianças; 98% concordaram ser necessário instituir medidas para a educação médica.

Menezes, Souza e Cardoso (2007), ao avaliarem o conhecimento, em relação à velhice, de 75 estudantes do último período do curso de fisioterapia da Universidade Católica de Goiás, verificaram um índice baixo de acertos no Questionário Palmore-Neri-Cachioni para Avaliação de Conhecimentos

Básicos sobre Velhice, instrumento utilizado pelas autoras. O domínio de menor porcentagem de acertos foi o social, demonstrando a visão negativa e preconceituosa sobre o envelhecimento. Segundo Diogo (2004), a formação de recursos humanos, capacitados para atender à clientela idosa, tem relação direta com a sua qualidade de vida, uma vez que o ambiente com recursos físicos e pessoais adequados e responsivos ao desempenho funcional e competência comportamental do idoso, tem relação direta com o bem-estar percebido.

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) recomenda a inclusão de conteúdos voltados para o processo de envelhecimento nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formais, como uma tentativa de solucionar, pelo menos em parte, a carência de profissionais capacitados para atender à população idosa.

Garcia e colaboradores (2006), como no presente estudo, verificaram o interesse em capacitação voltada à atenção aos idosos de profissionais que trabalhavam em sete Unidades Básicas de Saúde em Campinas, São Paulo. Quase metade dos ACS, entrevistados em Camaragibe, Pernambuco, identificaram a necessidade de ter habilidade para lidar com os problemas de saúde do idoso na sua prática profissional e 39,8% mencionaram a falta de treinamento na área como uma das dificuldades (BEZERRA; ESPÍRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005). Já, no presente estudo, todos demonstraram interesse em obter maiores informações sobre a temática de violência contra o idoso, principalmente em razão de o tema fazer parte de sua atuação profissional.

5.4 Fatores associados à percepção e capacidade dos profissionais em identificar os casos de violência

Segundo Wagner, em relato no Seminário Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa (2004), o MS através de uma pesquisa por amostragem realizada em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública, constatou que 73% dos idosos, quase 16 milhões, têm um vínculo formal e uma dependência significativa do SUS. Uma parte considerável destes são atendidos pelas equipes de Saúde da Família, sustentando a necessidade dos profissionais estarem qualificados a identificar e atender as situações que envolvem a violência contra o idoso. Ressalta, ainda, que a maior parte das denúncias de instituições de longa permanência para idosos inadequadas são provenientes das equipes de saúde da família, através dos ACS que visitam e cadastram as mesmas.

O ACS tem uma situação peculiar, pois reside e faz parte da comunidade em que trabalha, participando de forma mais intensiva do cotidiano das famílias. Este contato mais íntimo com os usuários nas visitas domiciliares possibilita o reconhecimento precoce de situações de vida conflitantes. Além disso, os pacientes, à medida que confiam no ACS, revelam segredos, como

mostram Fortes e Spinetti (2004) em pesquisa com ESF, em São Paulo, sobre a privacidade das informações dos usuários. Os ACS passam a ser portadores de segredos, muitas vezes de situações ilícitas, que podem colocar suas vidas em risco. Há um dilema ético, pois o agente, teoricamente, deve repassar todas as informações para a equipe por não estar preparado para interferir em algumas situações, especialmente de violência doméstica, como também assinalam Andrade e Inojosa (2004). Apesar dessas considerações, o ACS pode ser um ator fundamental para romper o silêncio da violência oculta que ocorre dentro de lares e famílias. Segundo Trad e Bastos (1998) espera-se que a interação mais intensa entre os agentes de saúde e as famílias acarrete mudanças no contexto familiar.

Garcia e colaboradores (2006), como também os profissionais do presente do estudo, acreditam que os ACS devem identificar situações de risco e de suspeitas de violência contra o idoso, além de avaliar o ambiente familiar e acompanhar o projeto terapêutico de cada paciente formulado pela equipe, o que inclui supervisão do uso de medicamentos e ações educativas.

Mas, segundo Fortes e Spinetti (2004), em concordância com a opinião das assistentes sociais entrevistadas no presente estudo, o envolvimento do ACS em situações de violência deve ser limitado, evitando expô-lo a riscos, como na investigação das suspeitas, por exemplo.

A avaliação funcional do idoso é um dos parâmetros mais importantes da avaliação geriátrica, que permite uma visão global do indivíduo, possibilitando um controle das doenças crônico-degenerativas, reduzindo o risco de incapacidades, e aumentando a expectativa e a qualidade de vida. Além disso, a evidência de declínio funcional alerta para a possível existência de doença ligada ao quadro que, algumas vezes, pode não estar diagnosticada, devido às manifestações atípicas que podem ocorrer nessa faixa etária, o que representa um desafio para os profissionais de saúde (FREITAS; MIRANDA, 2006).

A PNSPI tem como objetivo principal recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, ou seja, as habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária. A política prevê a implementação de avaliação funcional individual e coletiva através de inventários realizados pelas ESF (BRASIL, 2006).

A capacidade para executar as AVD básicas, ou seja, o autocuidado e a capacidade de desempenhar as AVD instrumentais tem relação estreita com a funcionalidade do idoso. Portanto, os profissionais podem identificar situações de dependência e vulnerabilidade com perguntas simples ou utilização de escalas padronizadas, como por exemplo, o Índice de Katz (autocuidado) e a Escala de Lawton-Brody (AVD instrumentais). Além disso, a presença de dependência funcional, definida como a incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda, devido a limitações físicas ou cognitivas, deve desencadear uma ampla investigação clínica, buscando doenças que são, na maioria, total ou

parcialmente reversíveis como sugere o caderno de Atenção à Saúde do Idoso da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006).

A confecção dessa linha guia, que tem apoio financeiro do PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), representa o reconhecimento da necessidade de capacitação dos profissionais do PSF, da atenção básica, para o atendimento dos idosos com qualidade e efetividade. Poderão ser detectados os problemas prevalentes da população cadastrada na área de abrangência e planejar ações que aumentem a resolutividade dos serviços de saúde. O documento prevê, ainda, o monitoramento dos indicadores da atenção à saúde do idoso, incluindo a prevalência de idosos dependentes para as AVD Básicas e Instrumentais, idosos com incontinência urinária e fecal e prevalência de quedas e suas repercussões.

Segundo Diogo (2000), a avaliação funcional faz parte do cuidado da enfermagem, devendo assistir ao idoso de maneira individualizada, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais. Assim sendo, faz parte da consulta de enfermagem, além do levantamento relativo aos dados pessoais, de saúde e da família, a “avaliação das atividades da vida”, que descreve as AVD, os problemas relacionados, rotinas anteriores e execução atual. O planejamento de assistência e de intervenção de enfermagem propõe, entre outros itens, a diminuição da dependência do idoso, tornando-o habilitado para o autocuidado, fornecendo estratégias de auxílio quando necessárias, como uso de equipamentos, adaptações do ambiente, auxílio humano.

Um dos objetivos da avaliação funcional é servir de guia para escolha de medidas terapêuticas e orientação para mudanças e adaptações no ambiente em que o idoso vive, no sentido de preservar sua independência através de instalação de barras de apoio nos banheiros, elevação dos assentos dos vasos sanitários, aumento da iluminação, troca de degraus por rampas, garantir acesso ao telefone e outras adaptações que podem ser necessárias. Além disso, quando se realiza visita domiciliar pode-se ter uma visão mais completa das condições de vida do paciente e do ambiente, possibilitando intervenções mais eficazes (COSTA et al., 2001).

Os resultados do presente estudo demonstraram que, provavelmente, a maioria dos profissionais não dispunham de conhecimento sobre a avaliação da capacidade funcional, uma vez que apenas uma minoria relatou pesquisar a realização de AVD básicas e de forma aleatória. As adaptações possíveis de se realizar no ambiente doméstico também não são consideradas intervenções possíveis para a maioria, pois apenas alguns citaram algum tipo de adaptação. Fatores do ambiente que representam riscos de quedas, embora mencionados por um número maior de profissionais, são negligenciados pela maioria.

A dependência nas ações, ocasionada por limitações físicas, não deveria determinar perda da autonomia e da capacidade de decisão. Entretanto, na velhice, muitas vezes, configura como perda de

espaço, de valores e de autodeterminação, como consequência da impossibilidade de administrarem suas próprias vidas. O impacto negativo na qualidade de vida e na auto-estima das pessoas idosas é ainda maior quando a dependência associa-se à perda da autonomia, como mostra Sanchez (2000) ao entrevistar onze idosos que apresentavam incapacidade funcional. Os resultados sugerem uma discriminação por parte dos familiares, impedindo os idosos de participarem das decisões ou mesmo de tomarem conhecimento das situações, inclusive quando o maior interessado é o próprio idoso. Essa atitude das famílias, restringindo a liberdade, acaba por tornar o idoso cada vez mais dependente.

As barreiras ambientais também são fatores limitantes para o idoso manter o convívio social e a interação com as pessoas, culminando no isolamento social. Manter contato com os amigos e pessoas conhecidas, mesmo que sejam apenas visitas a parentes enfermos, é gratificante para o idoso. Muitas vezes, o que impede os idosos de realizar tal tarefa é a impossibilidade de algum familiar os acompanhar. Esse comportamento insensível e negligente da família pode ser abordado pelos profissionais, uma vez capacitados, auxiliando no aproveitamento do potencial individual do idoso, de suas capacidades residuais, aprendendo a conviver com as limitações, mantendo o desejo e o direito de manifestar-se, preservando a auto-estima e auto-imagem positiva. Segundo Sanchez (2000), a falta de habilidade e condição para o manejo das situações que envolvem dependência, têm sido, entre outros fatores, decisiva no sentido de restringir o livre exercício da autonomia, com todas as consequências que tal processo acarreta para qualquer pessoa.

Segundo Rosa e colaboradores (2003), os fatores socioeconômicos e demográficos que determinam risco de incapacidade funcional, são pouco sujeitos a intervenções de prevenção que incluam a ação direta dos profissionais de saúde. Porém, outros fatores podem ser abordados para manter a capacidade funcional, como os problemas de visão, o controle da hipertensão arterial e saúde mental. Além disso, podem-se estimular atividades sociais, promovendo a formação de grupos de idosos, atividades recreativas, físicas e culturais, que são essenciais para um envelhecimento saudável.

Giacomin e colaboradores (2005) afirmam que a incapacidade funcional é que determina a necessidade de cuidador, tendo prevalência estimada de 23% na população idosa estudada na cidade de Bambuí em Minas Gerais. O estudo também destaca a associação entre a necessidade de cuidador e baixa escolaridade e renda domiciliar.

Entretanto, a abordagem incorreta às questões de saúde dos idosos acarreta problemas, agravando seu estado. São comuns os diagnósticos incorretos e mesmo corretos, levando ao uso inadequado de drogas e polifarmácia. Segundo Chaimowicz (1997), os profissionais de saúde, que não conhecem as peculiaridades na prescrição e uso de medicamentos em idosos, cometem iatrogenias, tratando, muitas vezes, sintomas, que na verdade são decorrentes de efeitos adversos a drogas, ou utilizando doses excessivas que podem causar complicações graves. Diante disso, são preocupantes os

dados do presente estudo no que se refere à atenção dos profissionais ao uso de medicamentos em idosos.

Segundo Chaimowicz (1997), o envelhecimento populacional pode representar mais um problema que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos sejam vividos com dependência, presença de múltiplas doenças e baixa qualidade de vida. Isto geralmente implica em custos elevados para o sistema de saúde e acarreta dificuldades para o Estado e para a sociedade. Uma das alternativas é a compressão da morbidade, ou seja, a possibilidade de adiar o surgimento de doenças e seqüelas, mantendo fixa a expectativa de vida e, assim, reduzindo o período de vida com doenças e incapacidades até a morte, uma vez que manter a capacidade funcional e autonomia do idoso se relaciona diretamente à qualidade de vida.

A promoção de saúde e a prevenção primária e secundária de doenças, inclusive após os 65 anos, são as opções que apresentam melhor custo-benefício para alcançar a compressão da morbidade. Essas estratégias devem ser enfatizadas nos cursos de graduação, pós-graduação e de educação continuada da área da saúde. Além da prática de exercício físico, a abstenção do cigarro deve ser estimulada. O controle da hipertensão arterial, o rastreamento de neoplasias, práticas de imunização, orientações higieno-dietéticas, a prevenção primária e secundária de quedas, devem ser abordadas por equipes interdisciplinares. Mas, medidas simples, como a utilização consciente de medicamentos, especialmente anti-hipertensivos e psicotrópicos, e o aconselhamento ambiental podem reduzir a incidência de quedas, diminuir ou evitar a dependência. Além disso, o diagnóstico precoce e acurado dos déficits cognitivos, das demências e depressão, e a correta intervenção, podem alterar o curso das doenças e manter a qualidade de vida por tempo prolongado. Todas essas intervenções podem e devem ser realizadas nas proximidades do domicílio do idoso nas unidades de atenção básica, desde que os profissionais sejam capacitados e a rede estruturada (CHAIMOWICZ, 1997).

A relevância econômica dos gastos com o idoso dependente tanto para a família quanto para o sistema de saúde e o Estado, impõe a necessidade de pesquisas e estudos para fornecerem, aos formuladores de políticas públicas, subsídios para o enfrentamento do problema. A dependência deve ser reconhecida como importante questão de saúde pública e seu impacto não pode ser subestimado. É um processo dinâmico, cuja evolução pode ser modificada se houver assistência adequada, apoio e informação aos cuidadores, incluindo adaptação do ambiente ao idoso (CALDAS, 2003).

Dentre as atribuições da equipe está a identificação dos problemas de saúde e situações de risco que a população idosa está exposta, além da elaboração de um plano de enfrentamento dos mesmos, que possam prevenir agravos ou minimizar as suas conseqüências. O papel do médico e do enfermeiro é ainda mais abrangente. Além de conhecer as condições de vida das pessoas e seu contexto familiar, eles devem identificar o perfil de morbi-mortalidade por causa específica, a ocorrência de mau-trato e

abandono, entre outros (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). Neste contexto, são preocupantes os dados do presente estudo, que mostram uma dificuldade por parte dos profissionais de reconhecer adequadamente os fatores de risco e compreender a função de cada membro da equipe no que se refere à temática da violência contra os idosos. Apesar do ACS residir na área de abrangência e estar exposto a possíveis represálias, foi apontado por muitos como responsável por investigar os casos de violência.

Segundo Caldas (2003), o PSF pode ser uma estratégia eficiente para enfrentar o desafio, mas seria necessário que a questão do idoso dependente fosse incorporada pelo programa de forma específica, incluindo previsão de financiamento das ações e estabelecimento de suporte institucional.

Entretanto, a realidade da atenção básica no país está aquém do almejado. É fundamental a capacitação dos profissionais, inclusive dos ACS, a realização de cursos de pós-graduação, além de adequação curricular na graduação (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

A violência contra os idosos tem sido negligenciada especialmente pelos médicos, apesar do impacto que pode causar na saúde física e psíquica do paciente, impedindo um cuidado efetivo. Somente o desenvolvimento de uma consciência e educação dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos fatores de risco, dos sinais de maus-tratos pode auxiliar os pacientes a evitar ou, ao menos, amenizar as situações de violência, constituindo uma importante estratégia de prevenção para a vulnerável população idosa. A determinação do risco de cada paciente para sofrer maus-tratos depende do entendimento do grau de dependência deste, da avaliação da capacidade de decisão e funcional, seja através de instrumentos para avaliar a execução das AVD básicas e instrumentais e testes formais para avaliar o estado mental. Para os idosos mais dependentes, como assinalam Hirsch e Loewy (2001), a visita rotineira ao médico pode ser a única oportunidade da violência ser reconhecida.

O profissional da atenção primária, devido à proximidade e ao fato de ver regularmente o idoso, está na melhor posição para detectar, prevenir e intervir, inclusive nas conseqüências, nos casos de violência contra idosos (LEVINE, 2003; SWAGERTY, 2003; HIRSCH; LOEWY, 2001; KURRLE et al., 1997).

No estudo com 392 médicos da atenção primária em Ohio, Estados Unidos, 63 % dos médicos entrevistados relataram que nunca ou quase nunca perguntaram aos seus pacientes idosos sobre maus-tratos e ainda 69 % relataram não terem observado nenhum caso num período de um ano. Dos 31% que identificaram casos de maus-tratos os mais freqüentes foram: negligência (57%), abuso físico (19%), abuso emocional (7%), exploração financeira (15%) e abuso sexual (2%). Dos médicos que observaram maus-tratos contra os idosos, quase 94% não denunciaram alegando não terem provas das suspeitas, apesar das leis deste Estado exigirem que os profissionais notifiquem casos suspeitos a uma agência de serviço de proteção aos adultos. Entre os motivos para não denunciar, 44% dos médicos citaram o fato de a violência envolver sinais sutis, 23% a vítima negar o abuso e 31%, de forma

semelhante ao presente estudo, a falta de informação no que se refere aos procedimentos, às leis e aos recursos da comunidade acessíveis (KENNEDY, 2005).

Dados da pesquisa nos Serviços de Proteção aos Adultos, nos estados americanos, realizada pelo Centro Nacional de Abusos contra os Idosos (NCEA, 2006), evidenciaram 37,2% de casos de auto-negligência, 20,4% de negligência, 14,8 % de abuso psicológico, 14,7% de abuso financeiro, 10,7% de abuso físico, 1% de abuso sexual e 1,2% de outros não especificados.

Apesar da maioria dos profissionais do PSF de Uberlândia terem suspeitado de casos de violência contra o idoso, e muitos afirmarem que nenhum motivo os impediria de denunciá-los, apenas uma minoria já havia notificado algum caso. Até mesmo, nos casos hipotéticos, a maioria reconheceria como situações de violência, mas também não notificaria aos órgãos responsáveis, a despeito da obrigatoriedade prevista no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Os órgãos não foram identificados de forma clara por grande parte dos entrevistados, que também não dispunham de conhecimento para opinar sobre a atuação dos mesmos. Entre os casos de violência vivenciados pelos profissionais do presente estudo predominam os de negligência, em concordância com outros autores (KENNEDY, 2005; NCEA, 2006). Os casos de violência financeira foram apontados por uma minoria, talvez pelo fato de muitos acreditarem que essa abordagem foge do escopo da medicina e das suas responsabilidades profissionais, como foi citado por 62% dos 392 médicos da atenção primária entrevistados por Kennedy (2005).

Kurrlle e colaboradores (1997), ao pesquisarem quatro equipes de avaliação dos cuidados ao idoso australianas, verificaram 63 vítimas de abuso no ano de 1994, sendo que 44 sofreram abuso psicológico, 29 físico, 22 financeiro, 14 negligência e 41 foram submetidas a múltiplas formas de abuso.

A dificuldade de classificar os tipos de violência, afirmando ser física em todas as situações por grande parte dos profissionais, reafirma que a necessidade de compreensão da violência é premente para os profissionais de saúde (ANDRADE; INOJOSA, 2004; WHO, 2002).

Segundo Swagerty (2003) reconhecer os maus-tratos contra o idoso é, com frequência, uma tarefa difícil. Além da possibilidade de déficit cognitivo do idoso, a obtenção de uma história detalhada pode ser prejudicada pelo medo da vítima. O autor sugere que os médicos de família questionem os pacientes, inicialmente, com perguntas sobre sua percepção de segurança em casa e, se houver suspeita de violência, mais especificamente, com a utilização de questões diretas, como “você tem medo de alguém em casa?” No presente estudo, a maioria questionava o idoso sobre o tratamento dispensado pela família ou cuidador, entretanto, de forma sutil sem a possibilidade real de identificar maus-tratos.

5.5 - Feedback e necessidades para melhorar os serviços

O MS (BRASIL, 2000a) oficializou a responsabilidade das equipes de Saúde da Família, incluindo os ACS na assistência às vítimas de violência por meio da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. O documento prevê ações de capacitação dos recursos humanos envolvidos da área da saúde e de outros setores. Além do atendimento às vítimas, da manipulação dos registros e ações de vigilância epidemiológica, há que se promover comportamentos e ambientes saudáveis, nos diversos contextos sociais e culturais. Segundo a OMS (WHO, 2002), na Declaração de Toronto, a prevenção da violência contra os idosos envolve vários setores da sociedade, sendo que identificar os casos não é suficiente, necessitando-se, portanto, desenvolver serviços de saúde, sociais, de proteção legal, entre outros, que responda de forma apropriada ao problema. Minayo (2005) sugere a promoção de ampla divulgação do Estatuto do Idoso, que representa o reconhecimento dos direitos e importância dos idosos, pois “o maior antídoto da violência é a ampliação da inclusão da cidadania”.

Segundo Njaine e Souza (2003), os profissionais de saúde, especialmente os médicos, subestimam a importância dos registros, considerando a função de preenchê-los a menos importante de suas ações. Isto se deve, primeiramente, a uma cultura que desvaloriza os registros e, também, à falta de comunicação, pois o profissional responsável pelo registro não é informado das ações e consequências que derivam das informações geradas (NJAINÉ; SOUZA, 2003).

A notificação da violência contra o idoso, exigida pela lei, tem papel fundamental, uma vez que, além de combatê-la, pode ser um instrumento para articular ações e recursos, públicos e privados, como também pode ser útil para ampliar a compreensão das condições sociais, econômicas e culturais que afetam a dinâmica familiar e, finalmente, criar alternativas de intervenção para os conflitos (FONSECA; GONÇALVES, 2003).

A necessidade de capacitação dos profissionais sobre o tema de violência contra idosos, observada no presente estudo, provavelmente ocorre em outras áreas temáticas, pois, como mencionam Copque e Trad (2005), não há uma política de educação permanente que envolva as ESF e os gestores, o que deveria estar, inclusive, correlacionado com o sistema de remuneração, para incentivo da qualificação e atualização dos profissionais e, conseqüentemente, maior resolutividade das ações e valorização do trabalho especialmente do médico de família (SANTANA, 1999).

A avaliação normativa do PSF no Brasil constatou que a capacitação das equipes era insuficiente em diversas áreas, devido a gama de ações da atenção primária e desempenho esperado, frente ao perfil dos profissionais em atuação. A qualificação destes é imprescindível para que a ESF contribua para a transformação das práticas de saúde e sua maior resolutividade (BRASIL, 2004).

Quase todos os médicos e enfermeiros do PSF (96,63%), na região Sudeste, de forma semelhante aos profissionais do PSF de Uberlândia em relação à temática da violência contra o idoso, expressaram necessidade de aperfeiçoamento técnico e científico, reafirmando a importância de se investir em treinamento (BRASIL, 2000b).

Apenas recentemente a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, vem implantando o Programa de Educação Permanente (PEP), que é uma intervenção integrante do Projeto Saúde em Casa, com o objetivo de consolidar e qualificar a atenção primária à saúde. O PEP aborda a educação médica permanente vinculada à melhoria da qualidade da prática profissional. As abordagens educacionais propostas pelo PEP induzem à reflexão sobre a prática e a construção de conhecimentos a partir do engajamento na resolução de problemas e análise de situações relevantes para o médico de família. Neste programa, o médico tem direito a dezesseis horas por mês, em horário protegido, para sua aprendizagem, em grupo e individualmente. A grande satisfação pessoal com o PEP, relatada por 86% dos médicos participantes em avaliação preliminar do programa, demonstra que a iniciativa, sem dúvida, tem potencial efetivo de mudar a prática, melhorar o desempenho profissional e poderá possibilitar a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população (SILVÉRIO, 2008).

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais do PSF de Uberlândia são, em sua maioria, mulheres e adultos jovens, confirmando a tendência à *feminilização* do setor saúde, assim como a absorção de profissionais recém graduados pela ESF. Sobre a temática de violência contra idosos, a maioria nunca obteve informações, e para o restante, este contato foi, muitas vezes, informal. O fato de a graduação ser referida, apenas por alguns, como contexto de aprendizagem revela a necessidade de inclusão dessa temática nos currículos mínimos dos diversos cursos da área da saúde. A falta de conhecimento dos profissionais em relação ao conteúdo do Estatuto do Idoso, especialmente a obrigatoriedade dos profissionais em notificar os casos suspeitos de violência contra os idosos, torna imperativo a divulgação dessa legislação. Entretanto, os profissionais percebem a necessidade de compreensão e demonstram interesse em discutir o tema.

A notificação não é uma intervenção adotada pelos profissionais diante de casos suspeitos, inclusive nos hipotéticos, que foram considerados violência para grande parte dos profissionais. Muitos justificam o fato de não notificar os casos pela falta de informação e medo de prejudicar o paciente. Apesar da notificação não significar a resolução da situação de violência, é um recurso disponível, legalmente obrigatório, que pode ser útil, à medida que, possibilita a discussão e acompanhamento da dinâmica familiar em questão por outros profissionais. Além disso, o fato de notificar não equivale à separação definitiva entre agressor e vítima. Muitas situações são resolvidas por meio do diálogo entre as partes envolvidas, intermediadas por profissionais habilitados.

A maioria dos profissionais identificam o Conselho Municipal do Idoso como órgão adequado, entretanto mais de um terço também mencionam o SOS Idoso, órgão inexistente em Uberlândia, o que demonstra a incerteza e insegurança nas respostas. Os profissionais não conseguem opinar sobre a atuação desses órgãos, pois nunca tiveram contato com os mesmos.

Apesar de grande parte dos profissionais reconhecerem, entre os apresentados, fatores de risco para maus-tratos contra o idoso, um número considerável também identifica fatores considerados de proteção como risco. Grande parte dos profissionais questionam ao idoso sobre o tratamento dispensado pela família ou cuidador, entretanto a maioria o fazem de forma sutil sem a real possibilidade de identificar situações de maus-tratos. Entre outros fatores associados à percepção da violência, constatou-se que os profissionais desconhecem a avaliação funcional de forma sistemática, questionando algumas AVD de forma isolada sem o objetivo de avaliar o nível de dependência do idoso. Negligenciam os riscos do ambiente, especialmente para quedas, apesar de estarem em posição privilegiada e com reais possibilidades de intervenção. Percebe-se uma preocupação, por grande parte dos entrevistados, com o uso de medicamentos entre os idosos, mas apenas uma minoria, mesmo entre

os médicos, mencionam a polifarmácia e interação de medicamentos como uma prioridade no atendimento à pessoa idosa. Portanto, é notável a falta de conhecimento do processo de envelhecimento e as peculiaridades do idoso por parte dos profissionais do PSF. Esse desconhecimento pode gerar situações de iatrogenia, violência em sua forma institucional e perpetuar situações desfavoráveis à clientela idosa. A necessidade de capacitação é premente, pois os profissionais da atenção primária significam o elo do idoso com o sistema de saúde público, onde as situações podem ser percebidas precocemente.

Somente o desenvolvimento de uma consciência entre os profissionais sobre a vulnerabilidade da pessoa idosa, associado a uma capacitação sobre o processo de envelhecimento, compreensão das particularidades do atendimento ao idoso e da temática da violência nessa população, poderá modificar este panorama e possibilitar que a atenção primária seja resolutiva e eficiente, e não parte do problema.

Diante da incontestável lacuna de conhecimento sobre o assunto e a necessidade de capacitação dos profissionais, uma das alternativas pode ser a sensibilização dos gestores e do Conselho do Idoso para essa realidade, possibilitando a promoção, em parceria, de seminários de capacitação e fóruns de discussão para as diversas categorias profissionais. Para os médicos, que dispõe, atualmente, do PEP, o estímulo da reflexão sobre a prática pode propiciar a identificação de suas necessidades educacionais no que se refere à saúde do idoso, incluindo a temática da violência, e desenvolvimento de estratégias para um aprendizado teórico e prático efetivo, ocasionando uma mudança real na sua prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, D.C.I. et al. A violência no Idoso. *Nursing*. São Paulo, v. 5, n. 47, p. 26-30, abr, 2002.
- ANDRADE, L.O.M.; INOJOSA, R.M. Saúde da família, violência e cultura da paz. *Rev. Brasileira de Saúde da Família*. Ano V, n.7, ed. Especial, p. 55-61, 2004.
- ANDRADE, L.O.M. et al. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. *SANARE*. Sobral, Ceará, ano V, n.1, p. 09-20, jan/mar, 2004.
- ANETZBERGER, G.J. Community resources to promote successful aging. *Clinics in Geriatric Medicine*. Estados Unidos, v.18, n. 3, p. 611-625, ago, 2002.
- ANGELO, M. O Contexto Familiar. In: Duarte, Y. A. de O.; Diogo, M. J. D'E. *Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005, cap. 3, p.27-31.
- BEZERRA, A. F. B.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815, 2005.
- BORBA, P.C. BRUNO, J.A. A formação de médicos para a atenção integral: a trajetória da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte-Ceará. *Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, sup. 1, p. 34-39, 2006.
- BRASIL. Lei 8080, de 19/09/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- _____. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Lei da Política Nacional do Idoso. Brasília, 1994.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. *Rev. de Saúde Pública*. São Paulo, v. 34, n. 4, p.327-330, ago, 2000a.
- _____. Ministério da Saúde. *Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil: relatório final* (Região Sudeste). Coordenado por Maria Helena Machado. Brasília, DF, 2000b, 90p.
- _____. Ministério da Saúde. *O programa de saúde da família e a atenção básica no Brasil*. Brasília: MS, 2002, 11p. Disponível em < www.bireme.br >. Acesso em novembro de 2005.
- _____. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Brasília: MS, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil, monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família: 2001-2002*. Coordenação de Eronildo Felisberto. Brasília, DF, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: MS, out, 2006.

- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, mai/jun, 2003.
- CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. dos S. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamento dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1881-1892, set, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 10 de janeiro de 2008.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, abr, 1997.
- COELHO FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos, *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 34, n. 6, p. 666- 671, dez, 2000.
- COELHO, M.A.A.A.; OLIVEIRA, E.N.; CANUTO, O.M.C. Educação física na estratégia saúde da família: uma experiência com pessoas na terceira idade. *SANARE*. Sobral, Ceará, Ano V, n. 1, p. 151-158, jan/mar, 2004.
- COPQUE, H L F.; TRAD, L.A.B. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Salvador, v. 14, n. 4, p. 223-233, 2005.
- COSTA, E.F.A. et al. Semiologia do Idoso. In: PORTO, C.C. *Semiologia Médica*. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001, cap. 9, p.165-197.
- COSTA, E.F.A.; MONEGO, E.T. Avaliação Geriátrica Ampla. *Revista da UFG*. Goiânia, v. 5, n. 2, não paginada, dez, 2003 on line. Disponível em: <www.proec.ufg.br>. Acesso em: setembro de 2005.
- COTTA, R. M.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. v. 15, n. 3, jul/set, 2006.
- CUNHA, J.P.P.; CUNHA ROSANI, R.E. Sistema Único de Saúde –SUS: princípios. In: Campos, F.E.; Oliveira Júnior, M.; Tonon, L.M. *Cadernos de Saúde: Planejamento e Gestão em saúde*. Belo Horizonte: Coopmed, cap.2, p. 11-26, 1998.
- DALLA, M.D.B. Saúde e educação médica - voltando ao caminho pela medicina de família. *Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Curitiba: SBMFC, v.1, n. 1, p. 17-23, abr, 2004.
- DIOGO, M. J. D'E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Rev. Latini-am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan, 2000.
- DIOGO, M. J. D'E. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. *Rev. Latini-am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 280-282, mar/abr, 2004.
- DOMINGUES, M.A.; QUEIROZ, Z.P.V. Atitudes, Mitos e Estereótipos Relacionados ao Envelhecimento e a Sua Influência no Atendimento Domiciliar. In: Duarte, Y. A. de O.; Diogo, M. J. D'E. *Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005, cap.7, p.79-86.

DUARTE, Y. A. de O.; DIOGO, M. J. D'E. Atendimento Domiciliário: Um Enfoque Gerontológico. In: Duarte, Y. A. De O.; Diogo, M. J. D'E. *Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005, cap.1, p. 3-17.

ESCOREL, S. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos*. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde, 2002. 228p. Relatório final.

FONSECA, M.M.; GONÇALVES, H.S. Violência contra o idoso: suportes legais para a intervenção. *Interação em Psicologia*. v.7, n. 2, p. 121-128, jul/dez, 2003.

FORTES, P.A. de C; SPINETTI, S.R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, set/out, 2004.

FRANCO, A.L.S.; BASTOS, A.C.de S.; ALVES, V.S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 246-355, jan/fev, 2005.

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: Freitas, E. V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap. 93, p. 900-909.

GARCIA, M.A.A.; RODRIGUES, M.G.; BOREGA, R.S. Satisfação e qualidade na atenção à saúde do idoso. *Rev. Ciências Médicas*. Campinas, v. 14, n. 6, p. 515-522, nov./dez., 2005

GARCIA, M.A.A. et al. A atuação das equipes de saúde da família junto aos idosos. *Rev. de Atenção Primária à Saúde*. v. 9, n. 1, p. 4-14, jan./jun, 2006.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; MELLO JORGE, M.H.P.; KOIZUMI, M.S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev. Assoc. Méd. Bras*. v. 50, n. 1, p. 97- 103, 2004.

GIACOMIN, K. C. et al. Projeto Bambuí : um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 80-91, jan/fev, 2005.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar/abr, 2005.

HIRSCH, C. H.; LOEWY, R. The management of elder mistreatment: the physician's role. *Wien Klin Wochensh*. Austria, v. 113, n. 10, p. 384-392, fev, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Indicadores Sociais Municipais: Uma análise dos resultados de amostras do censo demográfico, 2000*. Disponível em: < www.ibge.gov.br >. Acesso em: outubro de 2005.

JOGERST, G.J. et al. Community characteristics associated with elder abuse. *J Am Geriatr Soc*. Estados Unidos, v. 48, n. 5, p. 513-518, mai, 2000.

- KENNEDY, R. D. Elder Abuse and Neglect: The Experience, Knowledge, and Attitudes of Primary Care Physicians. *Family Medicine*. v. 37, n. 7, p. 481- 485, jul/ago, 2005.
- KURRLE, S.E. et al. Elder abuse: prevalence, intervention and outcomes in patients referred to four Aged Care Assessment Teams. *Med J Aust*. v.166, p. 119-122, fev,1997.
- LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev.Brasileira de Epidemiologia*. v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005. Disponível em: <www.scielo.org >. Acesso em fevereiro de 2009.
- LEMOS, N.D.; QUEIROZ, Z.P.V. Programas de assistência domiciliar a idosos fragilizados como proposta de prevenção de negligência doméstica. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 26, n. 4, p.472-478, out/dez, 2002.
- LEVINE, J.M. Elder neglect and abuse: a primer for primary care physicians. *Geriatrics*. v. 58, n. 10. p. 37- 44, out, 2003.
- LEVY, M.A. et al. PSF-LAPA : Unidade de ensino-serviço ou serviço-ensino? *Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, sup. 1, p. 40-45, 2006.
- LOUZÃ, J.R.; LOUZÃ NETO, M.R.; COHEN, C. Os avós maltratados. *Rev. Paul. Med*. São Paulo, v. 105, n. 2, p. 108-111, mar./abr., 1987.
- MACHADO, L.M. Perspectiva internacional de combate e prevenção à violência contra os idosos. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 26, n. 4, p. 464-466, out./dez., 2002.
- MACHADO, L.M.; QUEIROZ, Z. P.V. Negligência e Maus-Tratos. In: Freitas, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2º. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006, cap. 121, p. 1152-1159.
- MACHADO, M. H. A participação da mulher no setor saúde no Brasil – 1970/80. *Cad. de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 449-465, out./dez, 1986.
- MARSHALL, C.E.; BENTON, D.; BRAZIER, J.M. Elder abuse: Using clinical tools to identify clues of mistreatment. *Geriatrics*. v. 55, n. 2, p. 42-50, 2000.
- MENEZES, R. L.; SOUZA, M. R.; CARDOSO, T. R. C. O conhecimento de acadêmicos de fisioterapia em relação à velhice e ao envelhecimento. *Fragmentos de Cultura*. Goiânia, v. 17, n. ¾, p. 293- 301, mar./abr., 2007.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção a saúde do idoso*. Belo Horizonte: SAS/MG. 2006, 186 p.
- MINAYO, M.C. de S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.10, supl. 1, p. 07-18, 1994.
- _____. Violência conta idosos: relevância para um velho problema. *Cad. de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, maio/ jun., 2003.
- _____. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor Saúde. *Cad. de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 646-647, maio/jun, 2004.

_____. *O avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. 2 ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005. 48 p.

MINAYO, M.C.de S.; COIMBRA Jr., C.E.A. Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Minayo, M. C. de S.; Coimbra Jr., C.E.A.(org). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p.11-23.

MINAYO, M.C. de S.; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7- 23, 1999.

MINAYO, M.C. de S.; SOUZA, E.R. As Múltiplas Mensagens da Violência contra Idosos. In: Minayo, M.C. de S. Souza, E.R. (org.) *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 223-242.

NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE; AMERICAN PUBLIC HUMAN SERVICES ASSOCIATION. National elder abuse incidence study: final report, 1998. 136 p. Disponível em: http://www.ncea.aoa.gov/NCEAroot/Main_Site/Library/Publications/Publications.aspx. Acesso em: 16 de setembro de 2008.

NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE. Abuse of adults aged 60+: 2004 survey of Adult Protective Services, 2006. Disponível em: http://www.ncea.aoa.gov/NCEAroot/Main_Site/Library/Publications. Acesso em: 16 de setembro de 2008.

NJAIN, K.; SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.de S.; ASSIS, S.G. A produção da (des) informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cad. de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 405-414, jul/set, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?>>. Acesso em: 14 de maio 2008.

NJAIN, K.; SOUZA, E.R. Informação e comunicação sobre violência: instrumentos para a cidadania. In: Minayo, M.C. de S., Souza, E.R. (org.) *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 1ª reimpressão, 2006, p. 269- 282.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006.

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002, cap.1, p. 2-12.

PEREIRA, L.S.M. Avaliação pelo fisioterapeuta. In: Maciel, A. *Avaliação Multidisciplinar do paciente geriátrico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, cap. 2, p. 43-86.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev.de Saúde Pública*. São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, fev, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. População. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/secretaria.php?id=17&id_cg=114>. Acesso em: agosto de 2009.

QUEIROZ, Z. P.V. Violência contra a Velhice: Considerações Preliminares Sobre Uma Nova Questão Social. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 21, n. 4, p. 204-207, jul./ ago., 1997.

QUEIROZ, Z. P.V. Ações Preventivas à Violência Contra Idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 13, n. esp., pt. 1, p. 176-180, 2000. Número Especial.

RABELLO, S.B.; GODOY, C.V.; PADILHA, W.W.N. Por que a Odontologia se transformou numa profissão de mulheres? *Revista Brasileira de Odontologia*. Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p.118-123, mar./abr, 2000.

ROSA, T.E.C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003. Disponível em: <www.bireme.br>. Acesso em jul. de 2005.

SANCHEZ, M. A. S. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. *Textos Envelhecimento*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, fev, 2000. Disponível em: <www.bireme.br>. Acesso em jul. de 2006.

SANTANA, J.P. Reflexões sobre a formação médica para o Programa de Saúde da Família. *Rev. Assoc. Saúde Pública Piauí*. Teresina, v. 2, n. 1, p. 84-86, jan./jun., 1999.

SEMINÁRIO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA (2004, Brasília). *Anais do Seminário Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa*. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2004, 176 p.

SILVÉRIO, J.B. Programa de educação permanente para médicos de família. *Rev Med Minas Gerais*. v. 18, n. 4, sup. 4, p. 60-66, 2008. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/rmmg>. Acesso em: jul. de 2009.

SILVESTRE, J.Á.; COSTA NETO, MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio/jun., 2003.

SIMÕES, C. C. S. *Perfis de Saúde e da Mortalidade no Brasil*: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Opas/OMS. Brasília, 2002. Disponível em: <www.opas.org.br>. Acesso em: set. de 2005.

SOUZA, E.R. et al. Tendências da produção científica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90. In: Minayo, M.C. de S., Souza, E.R. (org.) *Violência sob o olhar da saúde*: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 1ª reimpressão, 2006, p. 49-81.

SWAGERTY, D. Elder mistreatment: identification and assessment. *Clinics in Family Practice*. v. 5, n. 1, mar., 2003.

SZYMANSKI, H. Teorias e “teorias” de famílias. In: Carvalho, M. C. B. (org.) et al. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez, 2006, 7º ed., cap. 2, p. 23-27.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C. de 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, p. 429-435, abr./jun., 1998.

TSUJI, H. SILVA, R.H.A. Faculdade de Medicina de Marília e sua relação com a Medicina de Família e Comunidade. *Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, sup. 1, p. 26-33, 2006.

UCHÔA, E.; FIEMO, JOA; LIMA-COSTA, MF. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo, M. C. de S.; Coimbra Jr., C.E.A.(org). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, cap.1, p. 25-35.

WHO. Social Development and Ageing: Crisis or Opportunity? In: *Special panel at Geneva*. Geneva: World Health Organization, 2000. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: set. de 2005.

WHO. *The Toronto Declaration: on the Global Prevention of Elder Abuse*. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <www.who.int> . Acesso em out. de 2005.

WHO/ INPEA. *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <www.who.int> . Acesso em out. de 2005.

ZIMERMAN, G.I. *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, 229p.

ANEXOS

Anexo 1 : Questionário de avaliação dos profissionais do Programa de Saúde da família

Data ____/____/____

➤ Dados gerais:

Profissão () médico; () enfermeiro; () ACS- agente comunitário de saúde; () dentista

() fisioterapeuta; () auxiliar ou técnico de enfermagem; () assistente social; () psicólogo.

Idade _____

Sexo () masculino; () feminino.

Formação profissional

() 1º grau incompleto; () 1º grau completo; () 2º grau incompleto; () 2º grau completo;

() graduação; () pós-graduação; () curso de nível técnico; () residência ou especialização;

() outro _____

Formação em saúde da família

() nenhum; () especialização; () residência; () outro _____

Tempo de trabalho no PSF _____

➤ 1. Você já recebeu algum tipo de informação sobre violência contra idosos?

() sim () não , se sim, qual o tipo de informação? _____

() cursos; () palestra; () educação continuada.

onde recebeu as informações? _____

() graduação; () especialização; () residência ou pós-graduação; () capacitação do serviço de saúde no PSF; () outros _____

➤ 2. Já suspeitou de algum tipo de mau-trato ou violência contra o idoso?

() sim () não, se sim qual tipo? _____

➤ 3. Qual a sua atitude na ocasião?

() denunciou aos órgãos competentes;

() acompanhou o caso e concluiu que não se confirmava a suspeita;

() preferiu não se envolver;

() não é sua função;

() comunicou a outro profissional da equipe de PSF;

() outra _____

➤ 4. Você acha que sua conduta, na ocasião, foi:

☐ a mais correta possível;

☐ correta;

☐ incorreta, mas a única possível;

☐ não sei;

☐ outra _____

➤ 5. Quais são os órgãos responsáveis por receber as denúncias de violência contra o idoso?

☐ Polícia Militar

☐ Conselho do Idoso

☐ Divisão do Idoso

☐ Secretaria de Saúde

☐ SOS Idoso

☐ Polícia Civil

☐ INPEA

☐ Secretaria de Desenvolvimento Social

☐ OMS

☐ outros _____

Qual a sua experiência pessoal e opinião com a atuação desses órgãos?

☐ não sei, pois nunca notifiquei nenhum caso;

☐ atuação satisfatória, pois sempre fui prontamente atendido;

☐ notifiquei, porém a situação continua sem resolução;

☐ fui prontamente atendido, mas não houve contato do órgão para retorno do caso;

☐ morosidade é uma de suas características;

☐ a existência desses órgãos é imprescindível;

☐ outro _____

➤ 6. Na sua opinião, quais profissionais da equipe de PSF são responsáveis pelas seguintes ações:

a) identificar situações de violência contra o idoso ☐ médico; ☐ enfermeiro; ☐ ACS;
☐ auxiliar ou técnico de enfermagem; ☐ assistente social; ☐ psicólogo; ☐ dentista;
☐ fisioterapeuta.

b) investigar situações de violência ☐ médico; ☐ enfermeiro; ☐ ACS;
☐ auxiliar ou técnico de enfermagem; ☐ assistente social; ☐ psicólogo; ☐ dentista;
☐ fisioterapeuta.

c) notificar ou denunciar as situações de violência para os órgãos responsáveis
☐ médico; ☐ enfermeiro; ☐ ACS; ☐ auxiliar ou técnico de enfermagem;
☐ assistente social; ☐ psicólogo; ☐ dentista; ☐ fisioterapeuta.

➤ 7. Quais motivos o levariam a não denunciar um caso de violência contra o idoso?

- ☐ () medo de represália;
- ☐ () falta de informação: não sabe onde denunciar;
- ☐ () por não ser sua função;
- ☐ () falta de tempo;
- ☐ () por ser um problema de ordem privada;
- ☐ () medo de prejudicar o paciente;
- ☐ () não quer se envolver com a questão judicial;
- ☐ () por não achar necessário;
- ☐ () outros _____.

➤ 8. Quais das situações abaixo relacionadas você identifica como risco para maus-tratos e violência contra o idoso?

- ☐ () incontinência urinária ou fecal;
- ☐ () insistir para o idoso sair de casa, fazer compras;
- ☐ () dependência econômica;
- ☐ () cuidador que oferece alimentos com pouco sal e gordura apesar do idoso preferir outros alimentos;
- ☐ () dependência para fazer compras, ir ao médico ,ir à igreja, fazer a comida, lavar a roupa;
- ☐ () condições de higiene adequada;
- ☐ () história de alcoolismo no idoso ou familiar;
- ☐ () idoso com quadro de depressão;
- ☐ () história de dependência química no ambiente familiar;
- ☐ () colocar barras de proteção no banheiro para o idoso tomar banho sozinho;
- ☐ () cuidador dependente financeiramente do idoso;
- ☐ () cuidador que oferece todos os medicamentos prescritos;
- ☐ () cuidador com história de depressão ou outro problema de saúde mental;
- ☐ () comportamento provocativo do idoso;
- ☐ () alteração cognitiva, como demência;
- ☐ () insistir com idoso para andar sozinho;
- ☐ () cuidador que movimenta o idoso acamado várias vezes ao dia;
- ☐ () cuidador com pouco ou nenhum conhecimento;
- ☐ () cuidador com sobrecarga de trabalho;

- ☐ ambiente violento;
- ☐ isolamento social;
- ☐ carência de recursos materiais;
- ☐ distúrbio de comportamento;
- ☐ idoso com situação sócio-econômica privilegiada;
- ☐ dependência para atividades de vida, como tomar banho, comer, vestir;
- ☐ outros _____

➤ 9. Qual ou quais dos sujeitos abaixo você identificaria como agressores mais frequentes nos casos de violência contra o idoso?

- ☐ filho; ☐ filha; ☐ vizinho; ☐ nora ou genro; ☐ ACS; ☐ visitante de instituição religiosa; ☐ cônjuge; ☐ médico; ☐ enfermeiro; ☐ assistente social; ☐ técnico de enfermagem; ☐ netos; ☐ cuidador profissional;
- ☐ outro _____

➤ 10. Você tem por hábito perguntar ao paciente idoso sobre a satisfação com o tipo de tratamento dispensado pela família ou cuidador?

- ☐ sempre; ☐ nunca; ☐ às vezes; ☐ quase sempre;

Como?

- ☐ pergunto ao idoso independente de estar acompanhado ou não;
- ☐ pergunto quando está sozinho se é bem tratado pela família e cuidador;
- ☐ pergunto de forma sutil “Como estão as coisas em casa? ”;
- ☐ outro _____

➤ 11. Você tem alguma preocupação especial com a medicação de seus pacientes idosos?

- ☐ sim ☐ não Qual? _____

➤ 12. Quando atende ou visita um idoso, você:

- a) questiona ao idoso sobre quedas ☐ sempre; ☐ quase sempre; ☐ às vezes; ☐ nunca.
- b) pergunta sobre as atividades da rotina de sua vida diária que o idoso realiza com e sem ajuda ☐ sempre; ☐ quase sempre; ☐ às vezes; ☐ nunca.

Quais atividades tem por hábito questionar? _____

c) na casa de seu paciente, o que observa? _____

➤ 13. Você sabe quantas pessoas acima de 60 anos residem na sua área de abrangência?

() sim () não Quantas? _____ Como obteve o dado? _____

➤ 14. Você tem conhecimento do Estatuto do Idoso?

() sim () não () um pouco

Quais os artigos ou conteúdo considera mais importante?

1 _____

2 _____

3 _____

➤ 15. Se o idoso vem várias vezes à unidade de saúde à procura de atendimento, apesar de já estar estabelecido o tratamento correto de uma doença crônica, você :

() acha que o paciente é carente e aceita a situação;

() recusa-se a continuar atendendo o mesmo;

() suspeita de alguma outra causa, mas prefere não se envolver;

() suspeita de uma situação de risco e procura investigar;

() notifica como caso de violência contra o idoso;

() outra atitude _____.

➤ 16. Você visita um paciente idoso acamado e o encontra sozinho, o mesmo relata estar há mais de 12 horas sem receber alimentação, devido à filha estar trabalhando e você:

() compreende que alguém precisa trabalhar, apesar de constatar a necessidade do idoso;

() procura saber mais informações sobre a situação, pois não quer ser injusto com a filha;

() acha um absurdo e denuncia o caso aos órgãos responsáveis;

() acha errado a atitude da filha, mas não se envolve porque não é da sua competência;

() a situação social que ocasionou a dificuldade do cuidado, não sendo de responsabilidade de ninguém;

☐ outra _____.

Você acha que nessa situação ocorreu algum tipo de violência contra o idoso?

☐ não ☐ sim; se sim, qual ou quais tipos de violência?

☐ física; ☐ psicológica; ☐ financeira; ☐ sexual; ☐ negligência; ☐ outra _____

➤ **17. Você acompanha um idoso acamado que devido à insônia foi prescrito ansiolítico (calmante) para uso ocasional, mas o responsável, o cuidador vem trocar receitas constantemente do calmante alegando que o idoso não consegue dormir e você percebe que há um uso excessivo do medicamento. Diante dessa situação o que você faria?**

☐ acharia normal, pois o idoso deve estar mesmo dependente da medicação;

☐ faria um controle rigoroso do fornecimento de receita;

☐ controlaria a receita, mas não deixaria de fornecer, pois é difícil de lidar com a dependência dos medicamentos;

☐ não tomaria atitude alguma, pois não é sua função;

☐ comunicaria ao restante da equipe para ficar alerta;

☐ visitaria o idoso com frequência e questionaria sobre o tratamento dispensado pelo cuidador;

☐ não se envolveria, pois tem medo de represália;

☐ notificaria aos órgãos responsáveis como violência contra o idoso;

☐ outra _____.

Você acha que nessa situação ocorreu algum tipo de violência contra o idoso?

☐ não ☐ sim; se sim, qual ou quais tipos de violência?

☐ física; ☐ psicológica; ☐ financeira; ☐ sexual; ☐ negligência; ☐ outra _____

➤ **18. Você atende ou visita um idoso, que é parcialmente dependente do cuidador para algumas atividades como tomar banho e vestir-se, e está acompanhado de seu filho, percebe que o idoso está há dias sem tomar banho, inclusive com mau cheiro. Você, então:**

☐ conclui que o idoso não gosta de tomar banho;

☐ procura conversar com o idoso sozinho para saber como está se sentindo e como é tratado;

☐ notifica aos órgãos responsáveis;

☐ questiona ao filho sobre o cuidado com idoso;

☐ acha um absurdo mas prefere não se envolver pois as pessoas podem entender mal e ficarem ofendidas;

☐ não se envolve, mas orienta que a higiene é importante;

☐ não diz nada, pois tem medo de represália;

☐ outra _____.

Você acha que nessa situação ocorreu algum tipo de violência contra o idoso?

☐ não ☐ sim; se sim, qual ou quais tipos de violência?

☐ física; ☐ psicológica; ☐ financeira; ☐ sexual; ☐ negligência; ☐ outra _____

➤ 19. Você atende ou visita um idoso que se encontra bem orientado no tempo e espaço e está com um ferimento na cabeça e quando pergunta o que aconteceu, o idoso relata que caiu quando caminhava em direção ao banheiro durante a noite. Você pergunta à filha, após alguns minutos, distante do idoso e a mesma responde que o idoso bateu com a cabeça na porta pela manhã ao acordar. Diante dessa situação, você:

☐ procura saber mais informações sobre a situação, pois não quer ser injusto com a filha;

☐ acha um absurdo e denuncia o caso aos órgãos responsáveis;

☐ não se envolve porque não é da sua competência;

☐ questiona à filha sobre o cuidado com idoso;

☐ comunicaria ao restante da equipe para ficar alerta;

☐ não se envolve pois tem medo de represália;

☐ outra _____.

Você acha que nessa situação ocorreu algum tipo de violência contra o idoso?

☐ não ☐ sim; se sim, qual ou quais tipos de violência?

☐ física; ☐ psicológica; ☐ financeira; ☐ sexual; ☐ negligência; ☐ outra _____

➤ 20. Você gostaria de receber informações/treinamento sobre o tema de violência contra o idoso?

☐ não ☐ sim; se sim, como?

☐ palestras

☐ mini cursos

☐ jornadas

☐ aulas

Por quê?

- ☐ () constantemente me deparo com essa problemática;
- ☐ () é um tema interessante;
- ☐ () nunca tive contato com o tema;
- ☐ () gosto de trabalhar com idosos;
- ☐ () sempre defendi os idosos;
- ☐ () faz parte da minha atuação profissional;
- ☐ () necessito de maiores conhecimentos ou capacitação;
- ☐ () sinto-me despreparado para lidar com esse tema;
- ☐ () outro _____

Anexo 2



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 062/06

Registro CEP: 041/06

Projeto Pesquisa: "Violência contra idosos em área de atuação do Programa de Saúde da Família em Uberlândia, MG"

Pesquisador Responsável: Lindioneza Adriano Ribeiro

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto "Violência contra idosos em área de atuação do Programa de Saúde da Família em Uberlândia, MG"

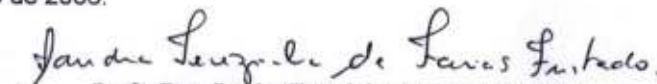
Situação: Aprovado

Data para entrega do Relatório Final: abril/2007

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

Uberlândia, 31 de março de 2006.


Prof. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador:

(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.

Anexo 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____

Aceito participar da pesquisa “ Violência contra os idosos em áreas de atuação do Programa de Saúde da Família em Uberlândia, MG” com o objetivo de avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde de nível superior, técnico e agentes comunitários de saúde do PSF sobre a violência e maus-tratos contra os idosos.

O estudo tem a orientação da Doutora Lindioneza Adriano Ribeiro, professora de Medicina Preventiva e do Mestrado em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e a participação de Kenia Pereira Vilela, médica do PSF Jardim das Palmeiras I do município de Uberlândia.

Serão avaliados os profissionais de 34 Equipes de Saúde da Família, que estão distribuídas em três núcleos (Morumbi, Planalto e Pampulha) do município de Uberlândia.

Sei que minha participação é voluntária e, deverei responder a um questionário que ficará em sigilo, sob a responsabilidade da médica Kenia Pereira Vilela e que, se me negar a participar desse estudo, não sofrerei nenhuma penalização ou prejuízo e também, caso deseje, poderei desistir a qualquer momento.

E, ainda qualquer dúvida sobre o estudo me será esclarecido pronta e pacientemente, tendo à minha disposição para contato os seguintes telefones: da médica Kenia Pereira Vilela (0XX34) 3223-9264 (res.), 9971-3806 (cel.), (0XX34) 3254-4442 da UBSF Jardim das Palmeiras I e do CEP- Comitê de Ética em Pesquisa, (0XX34) 32194131.

A assinatura deste documento deverá ser realizada pelo sujeito da pesquisa, sendo que o consentimento deverá ser obtido pela pesquisadora Kenia Pereira Vilela.

Assinatura: _____ RG: _____

Uberlândia, ____ de _____ de 200 ____.