Violência & Saúde

CAROLINA CARVALHO BOLSONI
DEISE WARMLING
SABRINA BLASIUS FAUST

ATENÇÃO À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

UFSC
2018

CAROLINA CARVALHO BOLSONI
DEISE WARMLING
SABRINA BLASIUS FAUST

ATENÇÃO À PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

FLORIANÓPOLIS
UFSC
2018

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Ubaldo Cesar Balthazar

Vice-Reitora Alacoque Lorenzini Erdmann

Pró-Reitor de Pós-graduação Hugo Moreira Soares

Pró-Reitor de Pesquisa Sebastião Roberto Soares

Pró-Reitor de Extensão Rogério Cid Bastos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Celso Spada

Vice-Diretor Fabrício de Souza Neves

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Fabrício Augusto Menegon

Subchefe do Departamento Maria Cristina Marino Calvo

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenador Francisco Norberto Moreira da Silva

Coordenadora - substituta Renata Gomes Soares

ASSESSORES TÉCNICOS

Juliano Mattos Rodrigues

Michelle Leite da Silva

Kátia Maria Barreto Souto

Caroline Ludmilla Bezerra Guerra

Cícero Ayrton Brito Sampaio

João Calisto Lobo Ameno

Patrícia Santana Santos

Thiago Monteiro Pithon

GRUPO GESTOR

Coordenadora do Projeto Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora do Curso Sheila Rubia Lindner

Coordenadora de Ensino Deise Warmling

Coordenadora Executiva Gisélida Garcia da Silva Vieira

Coordenadora de Tutoria Carolina Carvalho Bolsoni

AUTORIA DO CURSO

Carolina Carvalho Bolsoni

Deise Warmling

Sabrina Blasius Faust

REVISÃO DE CONTEÚDO

Rodrigo Otávio Moretti-Pires

ASSESSORIA PEDAGÓGICA

Márcia Regina Luz

GESTÃO DE MÍDIAS

Marcelo Capillé

DESIGN GRÁFICO, IDENTIDADE VISUAL E ILUSTRAÇÕES

Pedro Paulo Delpino

DESIGN INSTRUCIONAL

Naiane Cristine Salvi

REVISÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA E ABNT

Eduard Marquardt

DIAGRAMAÇÃO E AJUSTES

Paulo Roberto da Silva

PRODUÇÃO DE MATERIAL ONLINE

Dalvan Antônio de Campos

Naiane Cristina Salvi

Tcharlies Schmitz

Thiago Ângelo Gelaim

CONSTRUÇÃO DE TESTES PARA AVALIAÇÃO EDUCACIONAL

Lizandra da Silva Menegon

Maurílio Átila Carvalho de Santana

© 2018 todos os direitos de reprodução são reservados
à Universidade Federal de Santa Catarina.
Somente será permitida a reprodução parcial
ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

ISBN – 978-85-8267-132-0

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900 Trindade
Florianópolis – SC

Catalogação elaborada na Fonte

B693a Bolsoni, Carolina Carvalho

Atenção à pessoa idosa em situação de violência doméstica [recurso eletrônico] / Carolina Carvalho Bolsoni, Deise Warmling, Sabrina Blasius Faust. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

74 p. : il.; color.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Unidade 1: Violência doméstica contra pessoa idosa: definições, panorama e políticas públicas. – Unidade 2: O contexto familiar da violência contra a pessoa idosa e o impacto na saúde. – Unidade 3: Redes de atenção à pessoa idosa em situação de violência.

ISBN: 978-85-8267-132-0

1. Saúde do idoso. 2. Atenção a saúde do idoso. 3. Violência na família. I. UFSC. II. Warmling, Deise. III. Faust, Sabrina Blasius. IV. Título.

CDU: 364-7

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária responsável: Rosiane Maria – CRB – 14/1588

Apresentação do Curso 10

Objetivo do Curso 12

Unidade 1 – Violência doméstica contra pessoa idosa: definições, panorama e políticas públicas 13

1.1 Envelhecimento populacional 13

1.2 Definições e tipologias da violência contra a pessoa idosa 15

1.3 Panorama da situação de violência doméstica contra o idoso 18

1.4 Políticas de proteção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa 23

Unidade 2 – O contexto familiar da violência contra a pessoa idosa e o impacto na saúde 30

2.1 Violência contra a pessoa idosa no contexto familiar 30

2.2 Características dos autores de agressão contra a pessoa idosa 34

2.3 Impacto na saúde do idoso em situação de violência doméstica.....37

Unidade 3 – Redes de atenção à pessoa idosa em situação de violência 42

3.1 Violência doméstica contra pessoa idosa: estratégias e desafios para sua identificação 42

3.2 Atenção às pessoas idosas em situação de violência..... 52

3.3 Articulação em rede intra e intersetorial na promoção do cuidado integral ao idoso..... 59

Referências..... 67

Minicurrículos das autoras..... 72

Caro estudante, seja bem-vindo!

A violência contra a pessoa idosa é um fenômeno que merece atenção de toda a sociedade, sobretudo dos profissionais de saúde que possuem posição privilegiada tanto territorial quanto de vínculo junto às famílias, podendo detectar possíveis situações de violência e tomar as devidas providências para prestar assistência necessária nesses casos.

Diante da relevância de conhecer as repercussões que a situação de violência pode causar, o presente curso tem como objetivo apresentar os tipos de violência doméstica contra as pessoas idosas, os sinais da sua ocorrência e impactos na saúde, e, a partir das políticas públicas vigentes, identificar estratégias para o seu enfrentamento junto à rede de atenção à saúde.

Os principais tópicos abordados apresentam as definições de violência contra a pessoa idosa, o panorama da situação de violência doméstica contra a pessoa idosa, descrevendo suas prevalências, as políticas públicas e legislações de proteção

e prevenção. Em seguida, contextualizamos esta forma de violência, apresentando como ela ocorre no ambiente familiar e seus impactos sobre as condições de vida e saúde das pessoas idosas. Por fim, apresentamos as redes de atenção e estratégias de atendimento, para que você reconheça como pode atuar de maneira articulada em rede e multiprofissional com sua equipe, bem como estar apto para abordar situações de violência doméstica contra pessoa idosa.

O intuito desse curso é apresentar alguns conhecimentos e dispositivos para a prevenção e o enfrentamento da violência e, como podemos acolher e tratar adequadamente os casos identificados pelas equipes de saúde.

Ao final do módulo, esperamos que você esteja sensível e apto a reconhecer situações de violência doméstica contra pessoa idosa, bem como atuar de forma articulada e multiprofissonal, fortalecendo a rede de atenção e prevenção de violência contra a pessoa idosa.

Bons estudos!

Ao final deste curso você deverá ser capaz de reconhecer os tipos de violência doméstica contra as pessoas idosas, os sinais da sua ocorrência e impactos na saúde, e, a partir das políticas públicas vigentes, identificar estratégias para o seu enfrentamento junto à rede de atenção à saúde.

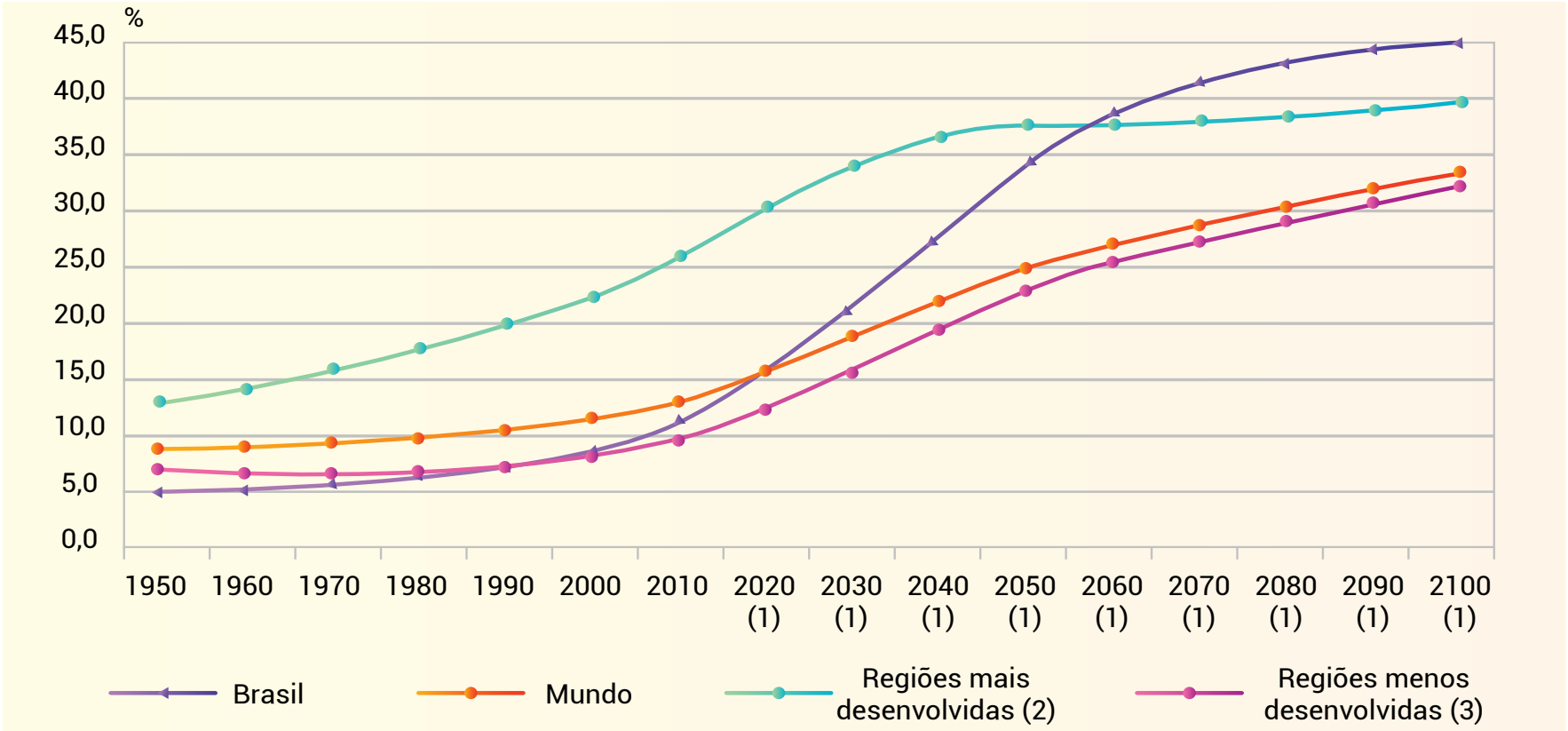
Carga horária recomendada para este curso: 30 horas

1.1 Envelhecimento populacional

O Brasil vem passando por um processo de envelhecimento populacional acelerado, assim como muitos outros países no mundo. Estima-se que entre os anos 2000 e 2020, a população com mais de 60 anos duplicará no Brasil, passando de 13,9 para 28,3 milhões, com expectativa de chegar a 64 milhões de idosos em 2050 (IBGE, 2009).

Em aproximadamente 26% dos lares brasileiros há, pelo menos, uma pessoa idosa. O Brasil conta com uma população de aproximadamente 130 mil habitantes com idade acima de 100 anos (IBGE, 2013). Observe, no gráfico a seguir, como o Brasil teve acelerado crescimento de pessoas acima de 60 anos, a partir do ano 2000. Além disso, a projeção para as décadas seguintes são superiores em relação ao contexto mundial. Essa informação demonstra a necessidade de investimentos e conhecimento das demandas específicas dessa população.

Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na população total - Mundo - 1950/2100



(1) Dados projetados (variante média). (2) Compreende Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão.
(3) Compreende todas as regiões da África, Ásia (exceto Japão), América Latina e Caribe mais Melanésia, Micronésia e Polinésia.
Fonte: Population indicators, In: World population prospects: the 2015 revision. New York: United Nations, Department of Economics and Social Affair, Population Division, 2015.

Sendo assim, vamos conhecer um pouco sobre as principais características dos idosos brasileiros? A maior parcela deste grupo populacional são mulheres (55,7%), com cor de pele branca (54,5%) e residentes em áreas urbanas (84,3%). Em relação à escolaridade, a média é de 4,2 anos de estudo (28,1% menos de um ano, e 7,2% têm ensino superior completo ou mais).

A maioria (76,3%) recebe algum benefício da previdência social. Destaca-se, ainda, que em 64,2% das residências onde vivem pessoas idosas, elas são referências financeiras do domicílio (IBGE, 2014).

Considerando este contexto de transição demográfica, nos anos 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de 'envelhecimento ativo', que consiste em incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que envolvem esta fase da vida. O conceito passou a envolver as políticas públicas para promoção de estilos de vida mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida. Para isso, é preciso favorecer a prática de atividades físicas, o acesso a alimentos saudáveis e redução do consumo de tabaco, bem como a prevenção às situações de violência familiar e urbana, entre outras ações. Tais medidas são necessárias para alcançar o envelhecimento com qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2006).

Frente à importante transição demográfica e envelhecimento populacional que despontou em todo o mundo, com crescimento considerável no Brasil, é fato que junto a esse crescimento as pessoas idosas também passaram a sofrer violência, seja no domicílio ou fora dele. Desta forma, é essencial que você, profissional da saúde, conheça a definição e os principais tipos de violência a que o idoso pode estar submetido.

1.2 Definições e tipologias da violência contra a pessoa idosa

A violência contra a pessoa idosa ainda é tema pouco explorado pela comunidade científica, embora seja um fenômeno que mereça atenção por conta das repercussões causadas na saúde de um grupo populacional vulnerável. Somente na década de 1970 essa problemática passou a ser descrita na literatura científica, mas vem aos poucos ganhando maior visibilidade (ANDRADE, 2015).

Figura 1 – Com o processo de envelhecimento populacional, mais pessoas idosas estarão sob risco de sofrer maus-tratos

Em meio ao processo de envelhecimento populacional, mais pessoas idosas estarão sob risco de sofrer maus-tratos. No entanto, em países desenvolvidos, onde idosos estão presentes na sociedade há mais tempo, esse grupo populacional tem tido a possibilidade de alcançar bem-estar social e saúde. No Brasil, embora tenham ocorrido melhorias sanitárias e de vida, persistem os problemas sociais; uma parcela dessa população possui baixa renda, o que a torna mais dependente e vulnerável (MINAYO, 2005). Acompanhando o aumento deste grupo populacional encontram-se alguns agravos, tais como os acidentes, as quedas, as doenças degenerativas e a violência (GAWRYSZEWSKI, 2004). Neste sentido, são necessárias definições de estratégias e de políticas públicas que atendam aos direitos de saúde e cidadania desses idosos. Para compreender melhor esta temática, apresentamos a seguir as definições de violência contra o idoso.

A partir da Convenção sobre Violência e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência contra a pessoa idosa foi definida como:

> o abuso pode ser de natureza física ou psicológica ou pode envolver maus-tratos de ordem financeira ou material. Qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma redução na qualidade de vida do idoso (KRUG, 2002).

Para Minayo (2005), o maltrato ao idoso é um ato (único ou repetido) ou omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança. Afirma ainda, de acordo com a literatura internacional, que a violência contra o idoso é um dilema universal.

As diversas maneiras pelas quais essa violência se expressa são semelhantes aos tipos de violência e estão citadas em documentos oficiais. A tipologia é definida da seguinte maneira (BRASIL, 2005):

Violência física	Utiliza da força física para obrigar o idoso a fazer o que não deseja e, desta forma, ferir, provocar dor, dano ou morte.
Violência psicológica	Diz respeito às agressões verbais ou gestuais, com o intuito de amedrontar e coagir, humilhar, impedir a liberdade e privar do convívio social.
Violência sexual	Refere-se ao ato sexual, homo ou heterossexual, sem o consentimento da pessoa, e visa a excitação, a relação sexual ou as práticas eróticas, por meio de ameaças e agressão física.
Violência financeira e econômica	Corresponde à exploração ou ao uso não consentido dos recursos financeiros e patrimoniais do idoso, comum no meio familiar.

Negligência	Diz respeito à recusa ou à omissão de cuidados adequados e primordiais por parte dos responsáveis legais, familiares ou institucionais. Este tipo de violência é um dos mais comuns no Brasil e geralmente associa-se a outros tipos de violência, como a física e psicológica.
Autonegligência	Quando o idoso ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados a si próprio.
Abandono	Ausência ou deserção dos responsáveis institucionais, governamentais ou familiares de prestarem cuidados à pessoa idosa.

Na tipologia da violência à pessoa idosa, Minayo (2003) acrescenta as seguintes definições:

Violação dos direitos humanos	Privação de qualquer direito, como a liberdade, o direito de fala e a privacidade.
Abuso médico	Cuidados médicos de forma negligente ou imprópria.
Segregação involuntária	Relaciona-se ao espaço das instituições sociais que abrigam o idoso, e manifesta-se por qualquer forma de segregação em outro ambiente ou ala de um idoso residente, sem o consentimento de seu representante legal.

Além de todos os tipos de violência mencionados, e embora ainda pouco explorada, a violência por parceiro íntimo entre pessoas idosas é definida como quaisquer atos de agressão física, abuso psicológico, comportamento controlador e abuso econômico (KRUG, 2002; STOCKL, 2012). Esta também tem se mostrado evidente entre as pessoas acima de 60 anos como um tipo de violência que, em geral, perpetua-se ao logo da

vida, necessitando de políticas públicas e serviços de atenção voltados para sua prevenção e enfrentamento.

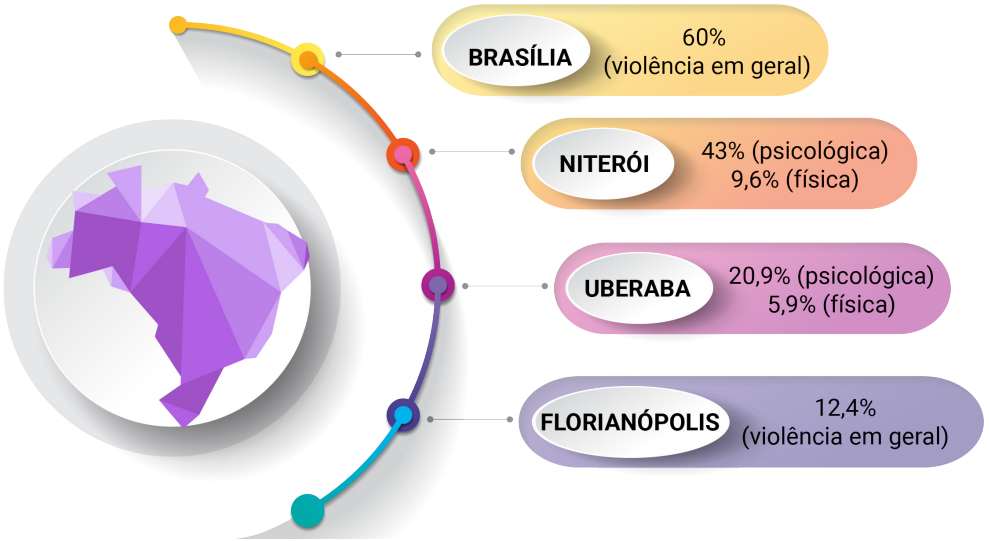
Reconhecer as definições e tipologias da violência contra a pessoa idosa é de fundamental importância para dimensionar a magnitude do problema e compreendê-lo, buscando caminhos para prevenção e atenção a essa população em situação de risco.

1.3 Panorama da situação de violência doméstica contra o idoso

A violência doméstica contra a pessoa idosa é um problema grave de saúde pública, que, segundo a OMS, apresenta prevalência esperada no mundo entre 4% e 6% (KRUG, 2002). No Brasil essa prevalência corresponde a 8,1% – um número preocupante, uma vez que está acima do previsto para esta faixa etária (IBGE, 2010).

Inquéritos populacionais de identificação da violência contra a pessoa idosa realizados no Brasil têm encontrado prevalências superiores às estimadas pela OMS e IBGE. Em Brasília, cerca de 60% das pessoas idosas referiram ter sofrido violência em algum momento da vida, após os 60 anos de idade (FAUSTINO, 2014); em Niterói, 43% das pessoas idosas entrevistadas relataram ter sofrido violência psicológica e 9,6% de violência física (APRATTO et al., 2010); em Uberaba, as

proporções corresponderam a 20,9% para psicológica e 5,9% para física, enquanto em Florianópolis identificou-se 12,4% para violência geral, sendo a violência verbal (10,7%) a mais frequente (BOLSONI et al., 2015). Embora as diferenças das prevalências encontradas possam decorrer das abordagens metodológicas utilizadas, chama-se atenção para a elevada magnitude deste tipo de violência no Brasil.



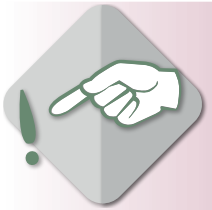
A violência psicológica tem sido a forma de agressão mais frequente contra a pessoa idosa, tanto no Brasil como em âmbito internacional. Tal fato está relacionado ao ciclo da violência, uma vez que antes de ocorrer a agressão física, a vítima frequentemente sofre ameaças ou abusos psicológicos, que, muitas vezes, são negligenciados por não serem considerados graves ou relevantes o suficiente para que sejam denunciados e combatidos (MELO, 2009).

Estudo que comparou a ocorrência da violência psicológica por sexo verificou que as mulheres (73,9%) foram mais vitimizadas que os homens (55,9%). Embora este tipo de violência seja mais frequênte entre as mulheres, destaca-se sua elevada magnitude em ambos os sexos. Já a violência física ocorre cerca de quatro vezes mais entre mulheres, o que caracteriza uma tendência para violência de gênero (MELLO, 2009).

Dentre os atos de agressão psicológica mais frequentes, destaca-se a humilhação, os insultos, a repressão, os gritos e as ameaças, ser tratado de forma deseducada ou ser ridicularizado (FAUSTINO, 2014; LAI, 2011). Em relação ao perpetrador da violência psicológica, estudo multicêntrico, realizado em diversos países (Canadá, Colômbia, Brasil, Albânia), apontou que em 14,8% dos casos esta agressão foi cometida pelo parceiro (GUEDES, 2015).

Figura 2 – Humilhação, insultos, repressão, ameaças são indícios de violência psicológica

Evidencia-se que doenças crônicas, o sentimento de solidão e a falta de apoio social no cotidiano são considerados fatores associados às agressões psicológicas. Porém, este tipo de violência ainda é pouco reconhecido, sendo um tabu entre os idosos, um fenômeno com pouca visibilidade.



IMPORTANTE

A violência psicológica contra idosos é elevada tanto no Brasil quanto no mundo, trazendo prejuízos à saúde física e mental e reduzindo a qualidade de vida, além de desencadear outros tipos de agressões, consideradas mais graves. Diante da gravidade, que impacta em consequências desastrosas na saúde deste grupo populacional, explicita-se a necessidade do seu enfrentamento imediato (APRATTO et al., 2015).

A violência financeira é a segunda mais frequente entre as pessoas idosas. Classifica-se como uma forma de abuso geralmente cometido por alguém próximo ao idoso, o que a torna menos visível e de difícil notificação ou denúncia (ADAMS, 2014). No Brasil, estudo identificou prevalência de 21,9% deste tipo de abuso (FAUSTINO, 2014), superior ao verificado nos Estados Unidos (16,7%) (ADAMS, 2014).

A exploração financeira é mais comum em idosos com idade igual ou maior a 80 anos, casados ou com parceiros, com escolaridade elevada (9 ou mais anos de estudo), em situação de desemprego, com autoavaliação de saúde negativa, incapacidade funcional e problemas emocionais (BOLSONI, 2016). Essas informações apontam para a gravidade da violência financeira na vida dos idosos, pois uma vez que seus bens são extorquidos, ficam em situação de vulnerabilidade, muitas vezes sem recursos para seu próprio sustento.

A violência física contra a pessoa idosa, embora com prevalências inferiores à violência psicológica e financeira, merece atenção no Brasil, pois também apresenta dados alarmantes. Estudo realizado em Recife verificou que 20,9% dos idosos referiram sofrer maus-tratos (17,4% entre homens e 40,0% nas mulheres) (MELO, 2006). Quanto às notificações de violência contra a pessoa idosa informadas pelo Ministério da Saúde (2010), 67,7% dos registros referiam-se a atos de abuso físico (MASCARENHAS, 2012).

A menor prevalência de violência física encontrada no Brasil foi de 5,9% em estudo realizado na cidade de Uberaba. Nestes casos, as vítimas foram principalmente mulheres, com idade entre 60 e 80 anos, sem escolaridade, que possuíam renda, com autopercepção negativa de saúde, hospitalização no último ano e presença de multimorbidades (PAIVA, 2015).

Assim, é possível afirmar que a violência física apresenta altas prevalências, mostrando-se um desafio relevante no contexto de saúde brasileiro. Vale lembrar que os tipos de violência se sobrepõem; normalmente iniciam pela violência psicológica. Quando ocorrem ao mesmo tempo (polivitimização), podem agravar o quadro vivenciado pelo idoso, com consequências negativas à sua saúde.

Além das estimativas, é necessário conhecer alguns fatores de risco para abusos contra idosos, os quais são abordados a seguir, com o intuito de identificar as principais condições a que essa população está submetida, quando vivenciam situações de violência (DORNELLES, 2003). Acompanhe:

01 Qualidade no relacionamento dos idosos com seus filhos no passado.

02 Presença de estresse no cuidador.

03 Presença de psicopatologia entre os agressores.

04 Deficiência mental/ou física do idoso.

05 Relação de dependência entre a vítima e o abusador.

06 Isolamento social do cuidador e do idoso.

07 Abuso de álcool e/ou drogas por parte do cuidador e/ou do idoso.

08 Violência intergeracional (adultos abusados durante a infância podem tornar-se abusadores de seus pais idosos doentes).

Os sistemas de saúde enfrentam grande desafio em relação aos maus-tratos de idosos, por um lado devido ao rápido aumento deste grupo etário e, por outro, devido à falta de recursos materiais e humanos qualificados para atender idosos. Resolver adequadamente este problema requer atenção integral, com a participação de todos os setores da sociedade. É necessário o reconhecimento da problemática da violência contra pessoa idosa, sua magnitude e impacto, bem como a conscientização da sociedade como um todo para o alcance da efetiva oferta dos serviços de atenção integral aos idosos em situação de violência.

Conforme apresentado no início desta unidade, a população está envelhecendo e um dos desafios para o alcance do envelhecimento ativo com qualidade de vida é o enfrentamento da violência, problemática de elevada magnitude no Brasil. Foram instituídas diversas políticas públicas para subsidiar a efetivação da prevenção e proteção das pessoas idosas. A seguir, vamos conhecer um pouco mais sobre estas normativas.

1.4 Políticas de proteção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa

O fenômeno da violência contra a pessoa idosa se constitui um problema de saúde pública por interferir negativamente na qualidade de vida e saúde desta população. Assim, requer a formulação de políticas públicas específicas e a organização de serviços voltados ao enfrentamento das situações de violência, principalmente no âmbito da prevenção e atendimento às vítimas. Acompanhe na linha do tempo a seguir as principais políticas estabelecidas para se assegurar os direitos dos idosos, e para que assim vivam livre de violência.

1982

Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Ocorreu em Viena e foi considerada o marco inicial do surgimento de uma agenda internacional de políticas públicas voltadas à população idosa. O propósito principal da Assembleia foi iniciar um fórum para traçar um Plano Internacional de Ação, sensibilizando os governos e a sociedade da necessidade de instituir um Sistema de Seguridade Econômico Social para idosos, assim como oportunidades de participação e contribuição ao desenvolvimento de seus países.

1991

As Nações Unidas, através da Resolução nº 46/91, incentivaram os governos a incorporar princípios relativos aos direitos humanos. Essa resolução prevê que os idosos devem ter a possibilidade de viver com dignidade e segurança, sem serem explorados ou maltratados física ou mentalmente.

1995

O tema violência voltou a ser pauta de discussão entre as entidades responsáveis em propor estratégias de combate à violência. A Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social propôs-se introduzir e aplicar políticas concretas, programas de saúde pública e serviços sociais que prevenissem e eliminassem todas as formas de violência na sociedade, em particular a doméstica, para proteger as vítimas da violência, prestando especial atenção à violência contra mulheres, crianças, idosos e deficientes.

2002

A Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, 20 anos após a primeira, resultou na definição do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, no qual foram adotadas medidas em âmbito internacional, em três direções prioritárias: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e em-estar na velhice, e, ainda, criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento.

Esses foram os primeiros movimentos internacionais em prol do envelhecimento mais saudável e definição de estratégias para prevenir a violência contra as pessoas idosas.

O envolvimento direto do Brasil nesses eventos se deu na Terceira Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, que ocorreu em San José da Costa Rica, em 2012, quando foi elaborada a Carta de São José sobre os Direitos dos Idosos da América Latina e Caribe. Na carta, os países se comprometem a erradicar todo tipo de violência contra o idoso, fazendo uso de políticas para prevenção, penalização dos responsáveis, fortalecimento de mecanismos judiciais e garantia de proteção aos idosos que, por questões ligadas a gênero, orientação sexual, estado de saúde, incapacidade, religião, origem étnica, situação de rua e outras condições de vulnerabilidade, estejam mais vulneráveis a sofrer violência.

A seguir estão descritas, de forma sintética, as políticas públicas e legislações específicas do Brasil em atenção às pessoas idosas. Acompanhe.

A constituição Federal do Brasil define nos artigos 229 e 230 os deveres da família relacionados aos idosos:
- Os pais têm o direito de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade (Art. 229).
- A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (Art. 230).

1988

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) foi primeira lei específica para assegurar os direitos da pessoa idosa no Brasil, e conforme consta em seu artigo 1º, tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

1990

Foi criada a Política Nacional do Idoso (PNI) (Lei 8842/94), após reinvindicações da sociedade e de grupos de pessoas idosas. Porém, essa legislação não foi bem aplicada; dentre os motivos, cabe ressaltar as contradições dos textos legais e o desconhecimento de seu conteúdo.

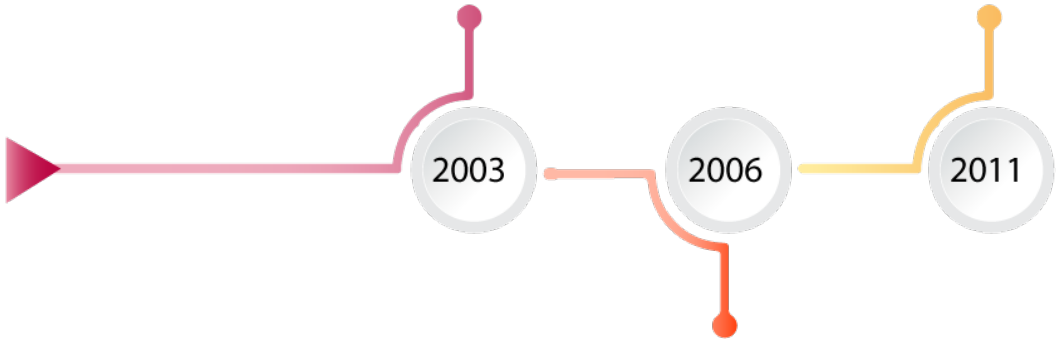
1994

O Caderno de Atenção Básica número 8, intitulado "Violência Intrafamiliar – Orientações para a prática em serviço", elaborado pelo Ministério da Saúde, teve como objetivo orientar os profissionais nas ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da violência. No mesmo ano foi aprovado o Decreto nº 4.227/02, que dispõe em seu artigo 1º da criação, competência e composição do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI.

2002

Foi sancionado o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741) com o propósito de assegurar os direitos consagrados pelas políticas públicas para o idoso. O Estatuto reuniu muitas leis e políticas já aprovadas, além de agregar novos elementos e enfoques, proporcionando tratamento integral e com visão de longo prazo ao estabelecimento de medidas com vistas a proporcionar o bem-estar dos idosos. No que diz respeito especificamente à violência, o Estatuto menciona no seu artigo 4º: "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. É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso. As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados". Além disso, o artigo 47 aponta as linhas de ação da política de atendimento aos idosos. Nos casos de violência, são previstos serviços especiais de prevenção e atendimento aos idosos vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão, prevendo-se também serviços de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência.

Após cinco anos da promulgação da PNSPI foi sancionada a Lei nº 12.461 de 26 de julho de 2011que prevê a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra idosos atendidos em estabelecimentos de saúde públicos ou privados.



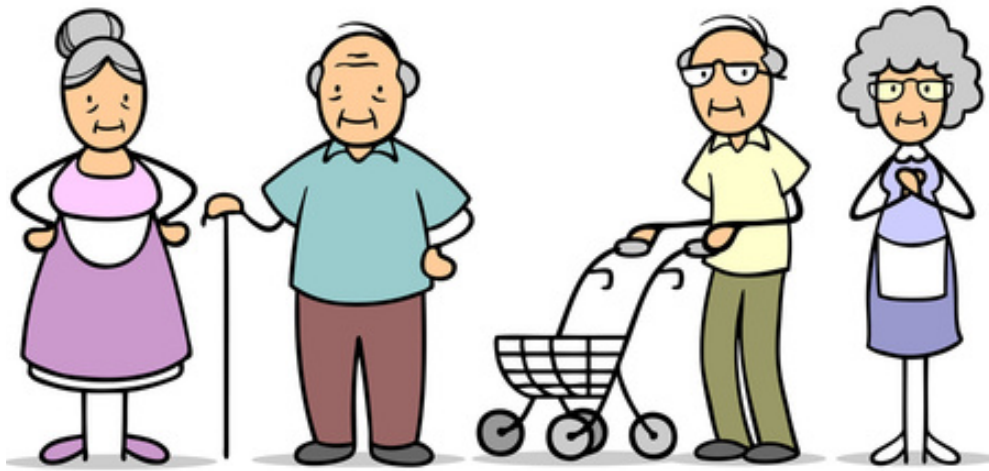
Foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) com a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Publicado o Caderno de Atenção Básica nº 19 sobre o Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, com a finalidade de oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa, de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica. O Caderno disponibilizou instrumentos e promove discussões atualizadas no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população, além de abordar a violência doméstica, as tipologias e as formas de detecção de situações de violência que vitimizam os idosos.

Enfim, é possível reconhecer que as propostas para combater a violência contra a pessoa idosa envolvem a transversalidade das ações, pois incluem diversas diretrizes e legislações. O setor saúde recebe destaque entre os segmentos sociais, pois os profissionais têm amplo acesso a essa população, e podem contribuir para a detecção e o acompanhamento dos casos de violência (WANDERBROOCKE, 2011).

A trajetória das políticas públicas do idoso no Brasil mostra que a sua criação ocorreu de forma tardia e morosa, com tempo demasiadamente longo entre a tramitação, homologação de leis e definição de políticas, sempre influenciadas por eventos nacionais e internacionais. Convém ressaltar que além das medidas legais, faz-se necessária uma mudança de visão da sociedade em relação ao ser humano envelhecido, como, por exemplo, a transformação que passa pela educação no sentido mais amplo, especificamente na formação dos profissionais, associada à influência e ao poder que deve ter o Estado para fazer valer as leis por ele criadas (FLORÊNCIO, 2014). Isso é necessário para atender o preconizado pelo Estatuto do Idoso e a PNSPI e proporcionar efetivamente a atenção e promoção da saúde.

Figura 3 – Estatuto do Idoso e a PNSPI: proporcionar efetivamente a atenção e promoção da saúde



Conforme observamos nesta unidade, o envelhecimento populacional é uma realidade, sobretudo no Brasil, que vem apresentando um rápido crescimento desse grupo, principalmente nos últimos anos. Acompanhado desse envelhecimento, surge a violência como uma condição que acarreta prejuízos na qualidade de vida e bem-estar dos idosos.

Portanto, é imprescindível conhecer as tipologias e definições de violência, a fim de possibilitar seu reconhecimento e enfrentamento no âmbito dos serviços de saúde. Vimos também que há diversas políticas públicas instituídas no Brasil, porém é preciso avançar continuamente, no sentido de que tanto os profissionais quanto a sociedade conheçam e estejam sensibilizados sobre os prejuízos dos maus-tratos contra a pessoa idosa, e assim, possam atuar na sua prevenção, notificação e, acima de tudo na atenção integral aos idosos envolvidos no contexto de violência.

Nesta unidade vamos abordar brevemente sobre como as famílias são estruturadas e o que contribui para que a dinâmica da violência permeie os lares, atingindo também os idosos, visto que grande parte da violência contra a pessoa idosa ocorre dentro do seu domicílio. Descrevem-se as principais características, o perfil dos autores de agressão e, por fim, abordam-se as principais consequências da violência contra a pessoa idosa sob o viés da saúde.

2.1 Violência contra a pessoa idosa no contexto familiar

Paradoxalmente, enquanto uma das funções da família é proteger seus membros, alguns lares são marcados por situações de violência, seja entre parceiros íntimos, seja contra a criança ou idosos. Grande parte das situações de violência cometidas contra as pessoas idosas ocorrem dentro dos lares, e os principais agressores são familiares e cuidadores (NAUGHTON, 2012; PEREZ-ROJO, 2013).

É comum as pesquisas apresentarem a definição de violência doméstica ou familiar, até mesmo usando esses

termos como sinônimos, porém são termos distintos, que serão abordados a seguir.

A **violência familiar** ocorre quando há laços de parentesco entre a vítima e o agressor. Acontece, portanto, ligada ao laço familiar, dentro ou fora do domicílio da vítima.

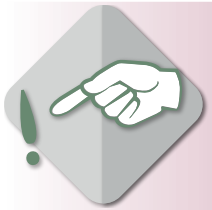
A **violência doméstica** implica em proximidade com a vítima, não exatamente ligada a laços de parentesco, podendo assim ser exercida por pessoas que compartilhem o espaço doméstico, como empregados, agregados ou visitantes.

Ao contrário do que se espera com relação ao âmbito familiar e doméstico, ou seja, locais que deveriam ser de proteção e segurança, em grande parcela das vezes é onde ocorre a violência contra o idoso. As pessoas mais próximas e confiáveis, os filhos, são os maiores perpetradores. Esse quadro se agrava quando o(a) filho(a) assume também o papel de cuidador e reside com o idoso (VERAS, 2010).

Figura 4 – Ao contrário do que se espera, o âmbito familiar e doméstico é onde muitas vezes ocorre a violência contra o idoso

Entre as características dos idosos mais acometidos pela violência destacam-se o sexo feminino, a escolaridade, os solteiros/divorciados e a dependência funcional. Ressalta-se que na maior parte das vezes, os idosos moram com filhos

e netos. Esses dados demonstram que familiares que são cuidadores devem estar preparados e receberem apoio para o rompimento da situação de violência (BOLSONI, 2016).



IMPORTANTE

O profissional de saúde muitas vezes é consultado pelos familiares para a escolha do cuidador. É importante que o cuidador seja uma pessoa tolerante e compreensiva, uma vez que o idoso apresenta oscilações de humor, costuma ser intolerante a mudanças e à aceitação de novas rotinas, o que pode tornar a convivência bastante difícil e até levar à agressão (SANTOS, 2008).

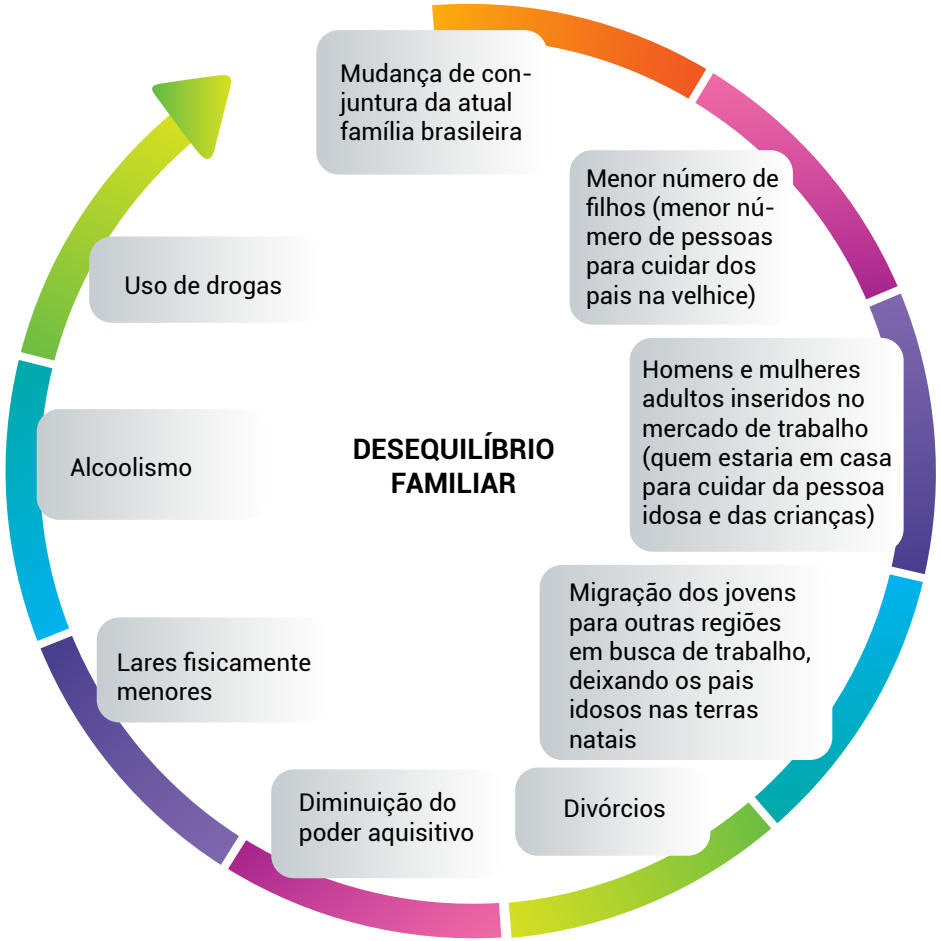
Mesmo com todos os desafios do envelhecimento e da convivência de diversas gerações no âmbito familiar, o convívio com o idoso precisa ser pacífico e digno; ele deve ser ouvido e respeitado (CAMACHO, 2014). A família se configura como um grupo de pessoas que possui trocas afetivas, materiais e de convivência, que dão sentido à vida daqueles que a integram. É um sistema aberto, ou seja, em constante troca com os contextos onde está inserida, em transformação, e que se autogoverna a partir de regras estabelecidas no seu meio.

[66,67]Viver em família tem dois objetivos principais: um interno, que se refere à função de proteger seus membros, e outro externo, de transmitir a seus descendentes a cultura na qual estão inseridos. A violência pode estar presente na "proteção", à medida que o processo de cuidado ao idoso gera conflitos familiares, pode desencadear agressões e, na "transmissão", quando já existem conflitos intergeracionais, a violência pode ser uma estratégia de resolução de problemas no contexto familiar adotada por seus membros.

A violência doméstica pode ser decorrente de comportamento aprendido e transmitido de geração em geração e trata-se de uma dinâmica de poder e controle. O comportamento dos avós, bem como o dos pais, tem efeito significativo sobre as crianças e pode perpetuar o ciclo de violência (HIGHTOWER, 2006). Por exemplo, homens que exercem comportamentos e atitudes negativas no decorrer da vida sobre seus familiares, podem estar mais expostos a situações de maus-tratos quando idosos. Esse fato já foi identificado com homens, evidenciando que eles tendem a minimizar seus sentimentos e problemas, e

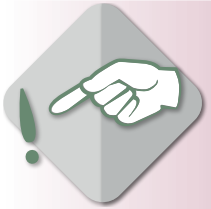
portanto procuram menos ajuda, aumentando assim o risco de vitimização (STRATTON, 2007).

Segundo Florêncio (2014), alguns aspectos favorecem ainda mais o desequilíbrio familiar. Observe o esquema a seguir:



Os idosos são agredidos na maioria dos casos por familiares, e por isso é necessário que as instituições competentes e os profissionais estejam preparados para identificar e atender essa população, considerando que apresentam dificuldades, medo ou vergonha de denunciar seu agressor.

Conforme exposto, são diversos os fatores que contribuem para o desequilíbrio familiar e consequentemente a violência contra o idoso. Ao estudar esse fenômeno, é necessário compreender a gama das relações envolvidas na dinâmica familiar e considerar as diversas possibilidades da ocorrência da violência, que, muitas vezes, não é unicausal e unidirecional, mas intergeracional.



IMPORTANTE

Reforça-se a importância do olhar atento por parte dos profissionais da saúde para identificação da violência, incluindo toda a equipe de saúde da família, que recebem idosos nas unidades de cuidado e os visitam em suas casas, devendo estar cientes que estes usuários são um grupo vulnerável, em risco de sofrer maus-tratos.

É preciso conhecer a dinâmica familiar e ponderar que os laços afetivos podem estar rompidos, antes mesmo do idoso assumir esta condição, o que se agrava com o surgimento de morbidades e dependência, o que exige cuidados e intervenções, tanto da família como dos serviços de saúde. Para ampliar o conhecimento sobre o contexto da violência doméstica contra a pessoa idosa, veremos a seguir algumas das principais características dos autores de agressão.

2.2 Características dos autores de agressão contra a pessoa idosa

A violência doméstica contra a pessoa idosa chama a atenção por ser um tipo de agressão cometida em geral por aqueles que deveriam proteger e cuidar – os familiares, ou seja, filhos e parceiros. Estima-se que mais de um terço dos agressores resida com a vítima e tenha a função de prestar assistência diária ao idoso no momento do abuso. No entanto, para as mulheres idosas, residir com o seu agressor é duas vezes mais frequente se comparado aos homens (AMSTADTER et al., 2010).

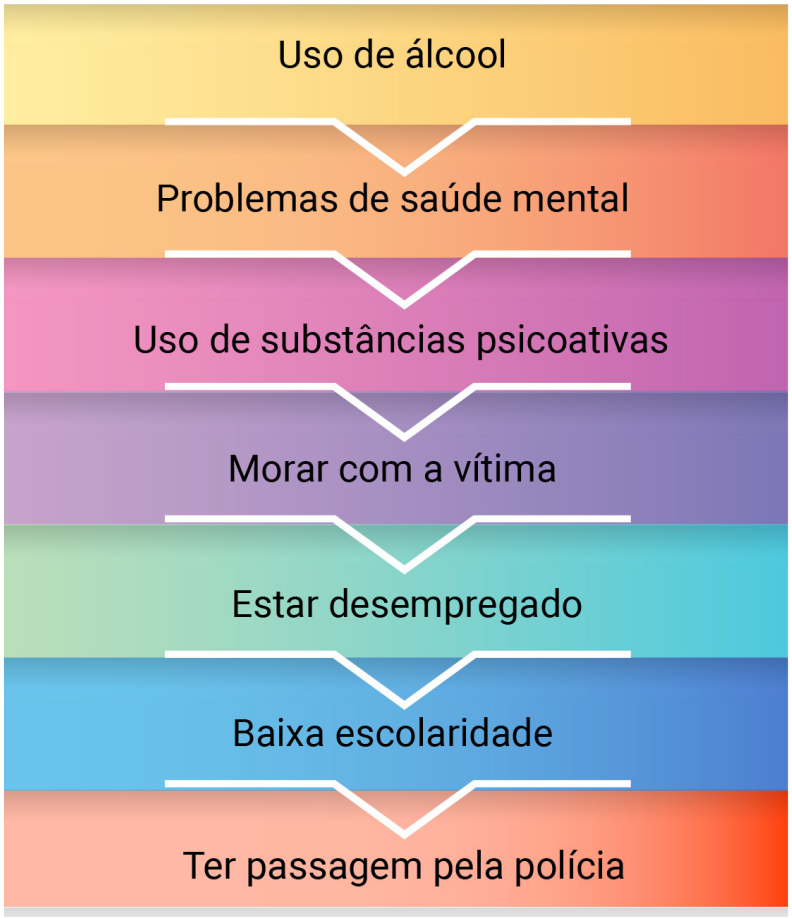
Figura 5 – Violência doméstica: cometida por aqueles que deveriam proteger e cuidar

O vínculo do perpetrador de violência com a vítima varia de acordo com a tipologia da violência. Para o abuso financeiro, destacam-se os filhos como principais agressores, seguidos dos parceiros íntimos; a violência psicológica é cometida em maior proporção pelos parceiros e por demais familiares, enquanto a violência física tem por principal agressor o companheiro. Em relação às diferenças entre os sexos, as mulheres são agredidas, na maioria das vezes, por filhos e parceiros, enquanto os

homens são agredidos por pessoas desconhecidas, em maiores proporções (BOLSONI, 2017).

Os parentes mais próximos são os principais perpetradores da violência financeira (filhos, cônjuges, genros e noras). Apossam-se da renda, da casa, de outros bens, e não é raro acontecer de deixarem faltar recursos, como alimento e medicamento para a própria pessoa idosa (MORGADO, 2006). São tentativas de se apoderar da renda, bens e economias da pessoa idosa ainda em vida. Os homens figuram como vítimas mais frequentes de abuso financeiro quando comparados às mulheres, justamente por possuírem, na maioria das vezes, maior renda e patrimônio (BOLSONI, 2017).

Algumas das principais características dos autores de agressão contra idosos, abordados em revisão de literatura, são:



A suspeita de que o agressor fez uso de bebida alcoólica foi apontada por 40,4% das vítimas (MASCARENHAS, 2010).

As altas prevalências de filhos agressores chamam atenção e reforçam a importância dos vínculos entre pais idosos e

filhos, visto que, quanto menor a qualidade desta relação, maior a probabilidade de abuso (VON HEYDRICH, 2012). A situação frágil e de extrema vulnerabilidade na qual esses idosos estão inseridos são evidentes pois, na maioria das vezes, vivem com o agressor, que é um membro da família, com expressiva prevalência dos filhos e parceiros.

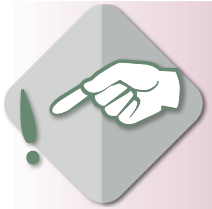
As relações de dependência estabelecidas no âmbito doméstico, seja por vulnerabilidades sociais, de saúde, ou associados aos vínculos familiares, tornam a denúncia e o rompimento do ciclo da violência, condições difíceis de serem alcançadas. No estudo de Gil (2015), 13,5% das vítimas se recusaram a identificar o autor de violência, principalmente no abuso financeiro (22,3%). Além de indicar sentimentos de constrangimento da vítima, essas recusas demonstram potencial subestimação do problema.

No caso da violência por parceiro íntimo, estudo conduzido com idosos em Florianópolis mostrou que homens e mulheres podem ser vítimas e/ou agressores nos relacionamentos íntimos. Esta violência ocorreu em cerca de 50% dos casais que participaram da pesquisa. Porém, ainda há uma abordagem escassa da violência entre pessoas idosas, fato relacionado ao entendimento de que tais agressões não ocorreriam entre parceiros mais velhos (WARMLING, 2017).

Entretanto, as elevadas prevalências de violência perpetrada no relacionamento íntimo, seja pelos homens ou pelas mulheres, mostram a relevância de manter um olhar atento para esta condição também entre pessoas idosas, uma vez que o envelhecimento traz enfrentamentos relativos às condições de saúde próprias deste estágio da vida, com aumento de agravos em saúde, inclusive com situações extremas de violência autoinflingida, como é o caso do suicídio.

Reconhece-se que a família se constitui como a principal causadora da violência, não somente sob o ponto de vista financeiro, mas também sob outras formas de abuso – negligência e abandono, violência psicológica e física, entre outras. As pessoas idosas tornam-se mais vulneráveis à violência intrafamiliar devido às suas demandas de cuidados, que incluem a sua dependência física e mental e tornam as

relações familiares estressantes para quem cuida, muitas vezes sem preparo para exercer tal atividade (OLIVEIRA, 2015).



IMPORTANTE

É fundamental que as equipes de saúde recebam treinamento para identificar e lidar com situações de maus-tratos de idosos. Devido ao isolamento de muitos idosos que sofrem maus-tratos, a visita domiciliar ou consulta pode ser uma oportunidade para a detecção da situação de violência vivenciada.

Diante do cenário apresentado sobre violência no contexto familiar, é necessário que conhecer o impacto da violência doméstica na saúde da pessoa idosa, como veremos a seguir.

2.3 Impacto na saúde do idoso em situação de violência doméstica

As pessoas idosas quando expostas a abusos psicológico, físico, financeiro e negligência, em geral, apresentam maiores chances de ter depressão, déficit cognitivo e incapacidade funcional. Considera-se que tais impactos na saúde podem estar associados à situação de violência, podendo tanto precedê-la como serem decorrentes dela.

A **depressão** é um dos principais agravos em saúde apresentados por esse grupo populacional, vítima de violência. A presença de sintomas depressivos representa até duas vezes mais chance de sofrer violência. Porém se enfatiza que tanto a violência quanto a depressão são multifatoriais, necessitando de abordagem ampla para a sua adequada compreensão e relação entre ambas (CANO, 2015).

O **déficit cognitivo** pode aumentar a chance de o idoso sofrer abuso em cerca de cinco vezes. Os motivos precisos da relação entre estado cognitivo e o abuso contra pessoas idosas ainda não estão definidos. Nesta relação de associação, é possível que o comprometimento cognitivo leve a maiores chances de o idoso ser vítima de violência, desenvolvendo maior perda de cognição (DONG, 2015).

A **incapacidade funcional** também está relacionada à presença de situações de violência contra a pessoa idosa (FAUSTINO et al., 2014). Indivíduos dependentes de ajuda nas atividades do cotidiano foram duas vezes mais propensos a relatar abuso e negligência em comparação com aqueles não

dependentes. A perda da capacidade funcional limita a sua participação social, restringindo-o ao seu contexto domiciliar, diminuindo seu convívio com outras pessoas além dos familiares. Este fato pode dificultar a procura por serviços de saúde ou centros especializados para denúncia quando submetidos a maus-tratos no ambiente doméstico, sendo o contato com profissionais de saúde, por vezes, uma das alternativas possíveis para recorrer e solicitar ajuda (PAIVA, 2015).

A presença de comorbidades associadas às situações de violência pode levar o idoso a mais grave das formas de violência autoinflingida, o **suicídio.** São considerados fatores com potencial de desencadear o suicídio: isolamento social, ser negligenciado em sua situação social ou de saúde, ser acometido por doenças graves, possuir deficiências e/ou transtornos mentais, ter sintomas depressivos, bem como conflitos familiares e conjugais. Porém, que o fator de risco para o suicídio de maior frequência, tanto para homens (32,1%) como para mulheres (31,7%), é o isolamento social (MINAYO, 2015).

Algumas características que impactam mais nos homens são a saída do emprego seguida de falta de perspectivas após a aposentadoria, visto a relevância social do trabalho na vida do homem; deficiências, invalidez e aspectos que interferem na sexualidade; perda de referências familiares e viuvez; questões de honra e, sobretudo, problemas financeiros por endividamento pessoal ou de membros da família (MENEGHEL et al., 2012).

Figura 6 – Desemprego e falta de perspectivas geram impactos à saúde

Já entre as mulheres as características que mais pesam são os sentimentos relativos à perda de função social, uma vez que os filhos estão distantes, muitas já são viúvas, têm seu papel social afetado, considerando que seu principal papel tradicionalmente é cuidar da casa e da família. São perdas familiares, doenças crônicas ou incapacitantes, bem como as violências sofridas, principalmente a doméstica, que levam ao aumento da ideação suicida em idosas. Em relação aos fatores de proteção contra o suicídio, em ambos os sexos destaca-se o fato de estar ativo, ter rede de relacionamentos, apoio social, envolvendo familiares e amigos, momentos de sociabilidade e lazer (BRASIL, 2014). É importante considerar que existem em média quatro tentativas prévias antes do suicídio consumado, informação corroborada por familiares de idosos que se suicidaram (MENEGHEL et al., 2012).

Segundo Naughton et al. (2014), é possível traçar um perfil sociodemográfico e econômico dos idosos que sofrem de violência doméstica. Acompanhe no esquema a seguir:

Dentre os fatores de risco para maus-tratos ao idoso, estima-se que um dos mais consistentes seja o baixo apoio social, composto por recursos ofertados por grupos ou pessoas, por meio de contatos sistemáticos que promovem vínculos emocionais e/ ou comportamentos positivos, classificado em diferentes tipos (ROSA, 2007):

Instrumental ou material	Referente a auxílios em necessidades materiais em geral, tais como auxílio na limpeza da casa, preparo de refeição, provimento de transporte e ajuda financeira.
Afetivo	Envolvendo expressões de amor e afeição.
Emocional	Na forma de empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse.
Interação social positiva	Disponibilidade de pessoas para diversão e relaxamento.

Figura 7 – Fortalecer o vínculo entre pais e filhos e demais familiares: uma forma eficaz de prevenção da violência

É de grande importância considerar que a família é uma das formas de apoio social mais próximas, sendo os familiares, muitas vezes, os principais cuidadores dos idosos. Assim, uma forma eficaz de prevenção da violência seria o fortalecimento do vínculo entre pais e filhos e demais familiares.

As redes de apoio podem ser informais, nos círculos sociais, comunitários e familiares mais próximos, ou também formais, constituídas por políticas públicas para idosos, envolvendo serviços de saúde, instituições jurídicas e de previdência social, estabelecendo-se ações interdisciplinares e intersetoriais.

Conhecer os principais fatores associados à violência contra a pessoa idosa, bem como o impacto na saúde, permite aos profissionais traçar estratégias para incorporar a atenção a situações de violência doméstica no seu cotidiano de trabalho, reduzindo consequências negativas sobre esta população, com vistas a assegurar um processo de envelhecimento ativo e saudável. Além de identificar as situações de violência, é necessário que os profissionais conheçam as redes de atenção à pessoa idosa nesta situação, o que será apresentado a seguir.

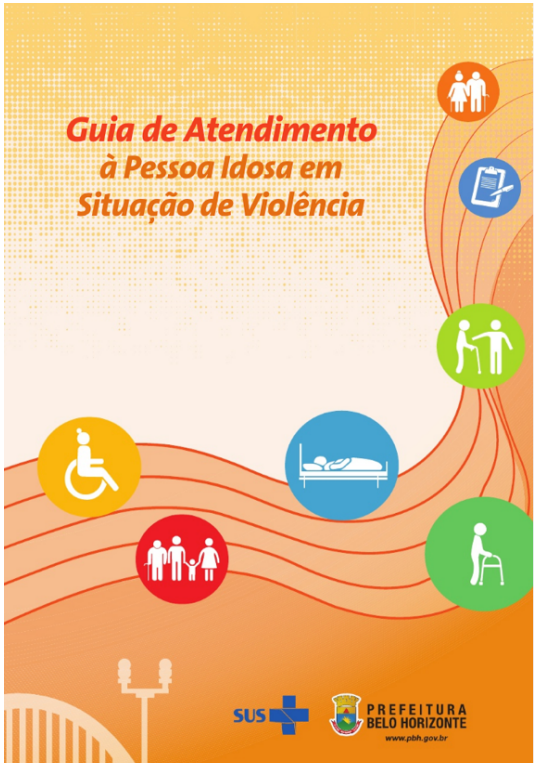
Nesta unidade, você conhecerá a rede de atenção à pessoa idosa em situação e violência. Serão apresentadas estratégias para o reconhecimento da violência contra pessoa idosa nos atendimentos realizados por profissionais de saúde. Em seguida, abordaremos algumas formas de intervenção e atuação dos profissionais na atenção à saúde desta população e, por fim, ressalta-se a importância da Atenção Básica neste contexto e sua articulação com os demais serviços na rede de atenção a pessoas em situação de violência.

3.1 Violência doméstica contra pessoa idosa: estratégias e desafios para sua identificação

Detectar a ocorrência de violência doméstica contra a pessoa idosa não é, na maioria das vezes, uma tarefa fácil. Este é um fenômeno que costuma ser velado e oculto pelos seus protagonistas – vítimas e agressores. Porém, identificar a violência é uma necessidade e responsabilidade também dos profissionais de saúde, que devem estar conscientes de que enfrentarão desafios, e que precisarão superar dificuldades para assegurar a atenção integral à saúde do idoso (SÃO PAULO, 2007).

Todos os casos em que houver suspeita ou confirmação de violência devem ser devidamente notificados pelos profissionais de saúde, conforme o fluxo de Notificação e Atendimento à Pessoa Idosa Vítima de Violência, estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Figura 8 – Guia de Atendimento à Pessoa Idosa em Situação de Violência



Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (2015).

A notificação é considerada um dever do profissional de saúde, um importante meio de proteção aos direitos dos idosos e um instrumento para se conhecer a real magnitude do evento. A partir da coleta destes dados, o Estado (Federal/Estadual/Municipal) terá subsídios para planejar políticas públicas com o objetivo de prevenir e eliminar a violência contra o idoso a partir da realidade local (BELO HORIZONTE, 2015).

Acompanhe o fluxo para notificação dos casos de suspeita de violência contra a pessoa idosa (BELO HORIZONTE, 2015):

LINK

Acesse o documento na íntegra: <https://pt.scribd.com/document/359606144/Cartilha-Atendimento-Idoso--Violencia-1)>

Para fazer a notificação, o profissional de saúde precisa preencher uma via da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, instrumento de coleta epidemiológica padronizado pelo Ministério da Saúde. Além desta,

deve ainda ser preenchida a Ficha Protetiva de Notificação de Suspeita de Violência Contra a Pessoa. Após o preenchimento, encaminhar para Gerência de Epidemiologia do distrito/município. Esta gerência deverá enviar à Gerência Regional de Assistência Social, com cópia para o Conselho Municipal do Idoso (CMI), quando existir.

NOTA

A Ficha Protetiva tem como objetivo garantir o registro da ocorrência de suspeita de violência contra a pessoa idosa através de um instrumento unificado e com fluxo intersetorialmente pactuado. A Notificação Protetiva resguarda o profissional, principalmente em casos de agravamento da situação de violência, e evita sua responsabilização por omissão ou negligência. Caso o profissional sinta-se ameaçado, poderá realizar denúncia anônima através do DISQUE 100 e solicitar ao distrito sanitário a cooperação na elaboração de estratégias assistenciais (BELO HORIZONTE, 2015).

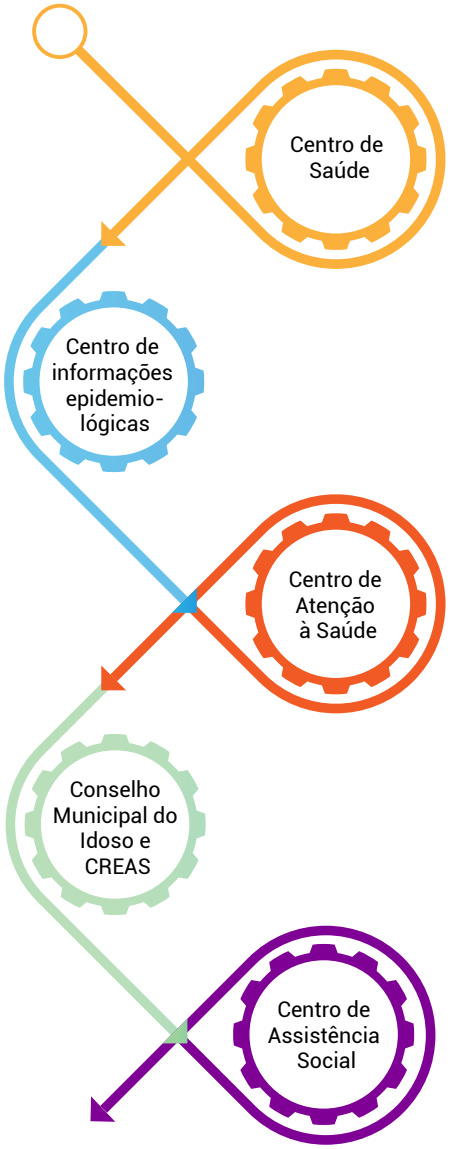
Os casos de violência (suspeitos ou confirmados) devem ser discutidos com toda a equipe e documentados, com o objetivo de organizar a vigilância e o acompanhamento compartilhado, intercalando os atendimentos entre os profissionais. É importante enfatizar os aspectos éticos envolvidos na identificação e condução de cada caso – sigilo, prudência, isenção, responsabilização – pois muitos profissionais da Atenção Básica conhecem e convivem com os usuários em sua comunidade.

Figura 9 – Os casos de violência devem ser discutidos com toda a equipe e documentados

Quando se promove a discussão de cada caso e há envolvimento do Centro de Saúde, do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), abre-se a possibilidade de avaliar as intervenções possíveis para a solução do caso. Onde há casos crônicos devem ser acompanhados intersetorial, clínica e socialmente por longo prazo para reorganização da dinâmica familiar e minimização dos efeitos da violência.

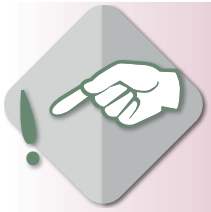
Acompanhe o esquema do fluxo de notificação: os Serviços de Saúde têm acesso à Ficha Notificação Epidemiologia (FN), Ficha Protetiva (FP), Relatório do Caso (RC). O profissional preenche a notificação e encaminha para gerencia de informação epidemiológica. É importante destacar que os casos deverão ser discutidos pelas gerências de regulação e informação epidemiológica e Atenção à Saúde, para os devidos encaminhamentos, envolvendo os equipamentos de base local das duas políticas e estabelecendo prazos para acompanhamento intersetorial dos casos (BELO HORIZONTE, 2015).

Figura 10 – O fluxo de notificação deve ser discutido a partir da rede do local



De maneira geral, entende-se a violência doméstica como uma problemática de responsabilidade dos serviços de segurança pública e justiça. Esta interpretação relaciona-se ao fato de que a maioria das graduações em saúde, bem como muitos programas de educação continuada para profissionais de saúde não abordam essa questão em suas ementas. Isto contribui para que os profissionais de saúde não se sintam aptos a oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo na saúde das vítimas, bem como o receio em intervir em uma situação do contexto familiar do idoso (OLIVEIRA et al. 2012).

Porém, destaca-se que a violência contra a pessoa idosa tem se tornado uma preocupação frequente entre os profissionais de saúde, embora os casos identificados e notificados ainda permaneçam baixos, inferiores aos ocorridos.



IMPORTANTE

Enfatiza-se a importância da detecção da violência sofrida por idosos ser uma meta de alta prioridade para os serviços de saúde, com rastreamento contínuo, além de integrar o plano de atenção à saúde da pessoa idosa.

Para o alcance desta meta, de reconhecimento, identificação e notificação da violência contra a pessoa idosa pelos serviços de saúde, ressalta-se que se deve reconhecer e superar as dificuldades existentes. Estas podem advir das próprias vítimas, os idosos; das famílias e cuidadores; dos profissionais de saúde e até mesmo da sociedade como um todo, que por vezes não enxerga a violência como tal. Convidamos você, profissional da saúde, a conhecer algumas das principais dificuldades existentes na identificação da violência, veja a seguir (SÃO PAULO, 2007).

Dificuldades relativas à pessoa idosa

- Medo de sofrer possíveis represálias, tais como: aumento das agressões, ser institucionalizado e abandonado pela família, perda de liberdade e direitos no âmbito familiar.
- Sentimento de culpa: a vítima pode pensar que é culpada pelas agressões, por estar trazendo muitas demandas e problemas à família, ou ainda por não ter sido um bom pai (ou mãe) no passado.
- Vergonha: a vítima pode se sentir envergonhada por não ter conseguido controlar a situação, bem como por expor à situação abalando a reputação da família.
- Sofrer chantagem emocional por parte do agressor para que mantenha a violência oculta.
- Ter receio que não terá credibilidade por ter mais idade e não ter mais saúde plena, situação relacionada ao estigma de ser idoso na sociedade.
- Déficit cognitivo: não ter condições de detalhar os fatos ocorri dos devido à perda de memória ou confusão mental.
- Isolamento social: não ter oportunidade de pedir ajuda a outras pessoas.
- Ser dependente do cuidador e acreditar que precisa aceitar tal condição.
- Crença negativa sobre ser idoso: acreditar que sofrer os maus tratos é parte do processo de envelhecimento, já que o idoso não tem mais função social.

Dificuldades relativa ao agressor

- Falta de informações suficientes para identificar os sinais de violência e como intervir.
- Ausência de protocolos para detecção e identificação da violência contra pessoa idosa.
- Crença sobre a família, de que sempre proporcionará amor e segurança aos idosos.
- Medo de represálias dos agressores contra o idoso e contra o próprio profissional.
- Medo de se envolver em questões legais, das quais não tem domínio.
- Desconhecimento da rede de atenção a pessoas em situação de violência.
- Não dispor de tempo para uma avaliação minuciosa durante seus atendimentos em saúde.
- Adotar posturas culpabilizadoras dos protagonistas da violência, tais como: acreditar que "roupa suja se lava em casa"; que o idoso está "pagando pelo que fez durante a vida"; que "não é fácil cuidar de idoso" ou ainda "se a vítima quiser, ela pode sair da situação sozinha".

Para se considerar uma suspeita de violência, deve-se observar múltiplas situações, condutas, sinais e sintomas na pessoa idosa. Uma escuta atenta e acolhedora às queixas da pessoa idosa pode auxiliar, porém uma suspeita de violência não confirma o fato em si. Desta forma, é preciso acompanhar o idoso, bem como buscar mais informações para confirmação ou não da violência. Para oferecer subsídios na realização desta tarefa, permeada por diversos desafios, apresenta-se o quadro a seguir, publicado no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG, 2002), elaborado pela OMS, para auxiliar profissionais de saúde a estarem alertas aos indicadores de violência contra a pessoa idosa:

INDICADORES RELATIVOS AOS IDOSOS

FÍSICOS	COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS	SEXUAIS	FINANCEIROS
• Queixas de ter sido fisicamente agredido. • Quedas e lesões inexplicáveis. • Queimaduras e hematomas em lugares incomuns ou de tipo incomum. • Cortes, marcas de dedos ou outras evidências de dominação física. • Prescrições excessivamente repetidas ou mau aproveitamento de medicação. • Desnutrição ou desidratação sem causa relacionada a doença. • Evidência de cuidados inadequados ou padrões precários de higiene. • Procura por assistência médica ou centros médicos variados.	• Mudanças no padrão da alimentação ou problemas de sono. • Medo, confusão ou apatia. • Passividade, retraimento ou depressão crescente. • Desamparo, desesperança ou ansiedade. • Declarações contraditórias ou outras ambivalências que não resultam de confusão mental. • Relutância para falar abertamente. • Fuga de contato físico, de olhar ou verbal com a pessoa que cuida do idoso. • O idoso é isolado pelos outros.	• Queixas de ter sido sexual mente agredido. • Comportamento sexual que não combina com os relacionamentos comuns do idoso e com a personalidade antiga. • Mudanças de comportamento inexplicáveis, tais como agressão, retraimento ou automutilação. • Queixas frequentes de dores abdominais; sangramento vaginal ou anal inexplicáveis. • Infecções genitais recorrentes ou ferimentos em volta dos seios ou da região genital. • Roupas de baixo rasgadas, com nódoas ou manchadas de sangue.	• Retiradas de dinheiros que são incomuns ou atípicas do idoso. • Retiradas de dinheiro que não estão de acordo com os meios do idoso. • Mudança de testamento ou de títulos de propriedade para deixar a casa ou bens para "novos amigos ou parentes". • Bens que faltam. • O idoso "não consegue encontrar" as joias ou pertences pessoais. • Atividade suspeita em conta de cartão de crédito. • Falta de conforto quando o idoso poderia arcar com ele. • Problemas médicos ou de saúde mental que não são tratados. • Nível de assistência incopatível com a renda e os bens do idoso.

INDICADORES RELATIVOS ÀS PESSOAS QUE CUIDAM DOS IDOSOS

A pessoa que cuida do idoso:

- Aparece cansada ou estressada.
- Parece excessivamente preocupada ou despreocupada.
- Censura-o por atos tais como incontinência.
- Comporta-se agressivamente.
- Trata-o como uma criança ou de modo desumano.
- Tem história de abuso de substâncias ou de abusar de outros.
- Não quer que o idoso seja entrevistado ou examinado sozinho.
- Responde de modo defensivo quando questionada; pode ser hostil ou evasiva.
- Está cuidando do idoso por um longo período de tempo.

Fonte: Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG, 2002).

É importante que o profissional esteja atento tanto aos sinais físicos, comportamentais e emocionais, sexuais ou financeiros relatados pela pessoa idosa, bem como dê a devida atenção aos fatores relativos ao possível agressor. Ressalta-se que, na maioria das vezes, a pessoa idosa que sofre violência vai guardar a situação para si sem denunciar o agressor. Desta forma, construir um vínculo pode ser uma forma de quebrar o silêncio e conseguir intervir e auxiliá-lo a sair da situação de violência.

IMPORTANTE

O idoso em situação de violência pode chegar nos serviços especializados, mas a Atenção Básica tem grande potencial para recebê-lo, daí a importância e a necessidade de você conhecer como pode acolhê-lo.

Um fato importante é que os idosos apresentam sintomas atípicos, e, muito frequentemente, a queixa que os leva aos serviços de Atenção Básica não traduz toda a sua necessidade. Assim, recomenda-se realizar o acolhimento e uma avaliação global da pessoa idosa com ênfase na funcionalidade, visando: direcionar a elaboração do plano de cuidados, identificar a necessidade de avaliações especializadas e, por fim, determinar precocemente riscos de agravos e doenças (WATANABE et al., 2009).

Figura 11 – Profissional atento: escuta qualificada

Como não há uma fórmula clara para diagnosticar a pessoa idosa em situação de violência, é importante que o profissional de saúde esteja atento às suas demandas e necessidades, ao contexto familiar, e além de realizar uma escuta qualificada, fazer a intermediação no centro de saúde e no domicílio, observar a estrutura física do seu serviço, para poder receber e oferecer acesso para o idoso e assim garantir vínculo com este usuário.

É fundamental que o profissional do cuidado saiba respeitar a história do idoso, permitindo que ele seja o protagonista do cuidado, sendo possível garantir seus direitos, e promover a possibilidade de ampla rede de cuidados. Respeitar a pessoa idosa é respeitar a si mesmo, é internalizar os princípios da vulnerabilidade, da fragilidade e da finitude em toda a rede de cuidados e construir uma cultura de solidariedade, dignidade e justiça social. Um atendimento humanizado, direcionado às necessidades da pessoa idosa, proporciona uma vida com qualidade (WATANABE et al., 2009).

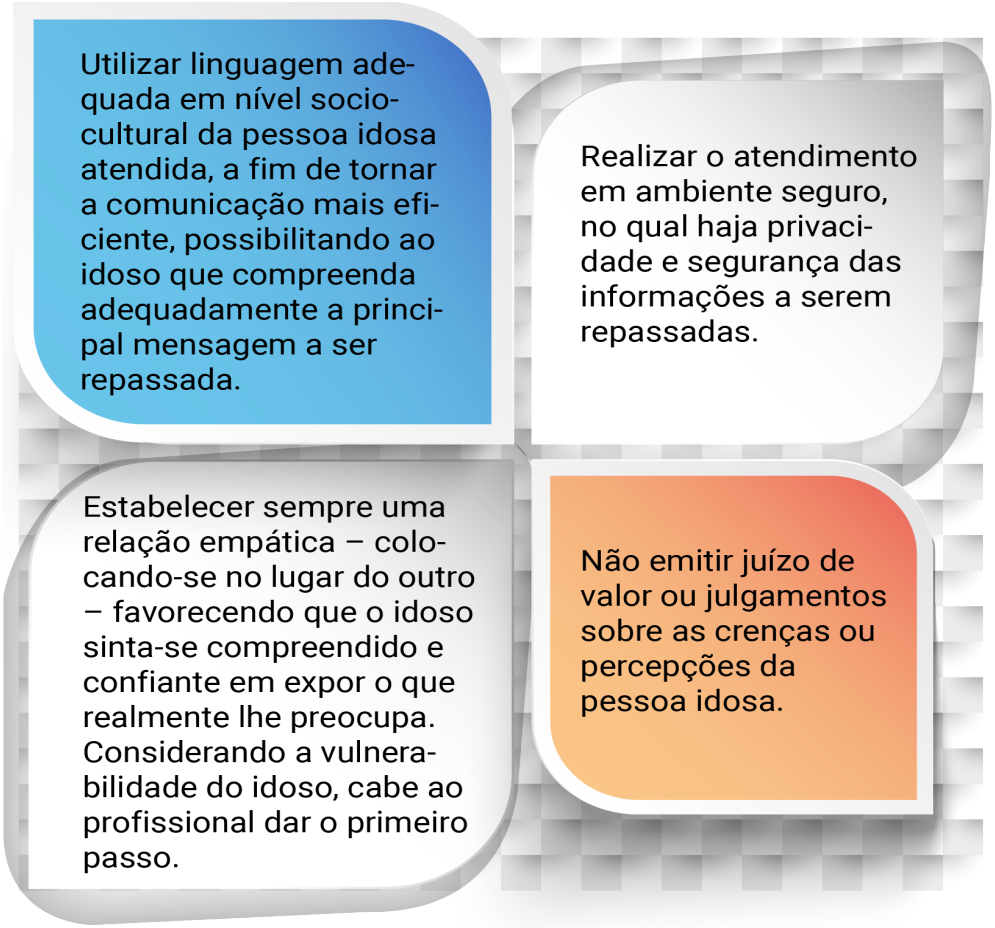
Os profissionais que atuam na Atenção Básica e na Atenção Domiciliar têm grande potencial para identificar e prevenir estes tipos de violência por estarem nos domicílios e pela possibilidade de vínculos com a família. Entre os profissionais, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Enfermeiro, pelo contato e processo de trabalho junto às famílias.

Para enfrentar e combater a violência contra a pessoa idosa é fundamental o envolvimento de toda a equipe. Os profissionais da Atenção Básica, principal porta de entrada para buscar o atendimento, enfrentam situações que vão além do diagnóstico da violência, pois, dada a proximidade com muitas famílias, os profissionais podem orientar e prevenir situações que levam a casos críticos, como situações de conflito e de estresse que podem levar à violência física. Estas situações devem ser orientadas para que a intervenção das equipes de saúde da família seja qualificada, no sentido de auxiliar todos os envolvidos no contexto da violência familiar, tanto vítima e agressor, como os demais membros da família, que em geral sofrem consequências

tais como conflitos familiares derivados da violência. A seguir, serão abordadas algumas ferramentas para promover a atenção à pessoa idosa em situação de violência doméstica.

3.2 Atenção às pessoas idosas em situação de violência

Ao considerar a possibilidade de existência de violência contra a pessoa idosa, o profissional de saúde deve fixar estratégias para superar as barreiras existentes, ofertando um ambiente seguro e acolhedor, que permita ao idoso expressar abertamente o que está vivenciando. Para facilitar este processo, apresentam-se a seguir algumas recomendações (SÃO PAULO, 2007):



Para que você tenha sucesso no atendimento ao idoso em suspeita de violência doméstica, observe algumas posturas e atitudes que podem contribuir positivamente (SÃO PAULO, 2007):

Mantenha uma postura de aproximação com a pessoa idosa.

Observe aspectos da comunicação não verbal, tais como a expressão facial, o tom de voz, o contato visual.

Demostre atenção e receptividade às informações trazidas pelo idoso.

Utilize um tom de voz sereno, sem demostrar surpresa, cansaço ou rejeição ao discurso trazido pelo idoso.

Utilize um tom de voz sereno, sem demostrar surpresa, cansaço ou rejeição ao discurso trazido pelo idoso.

Repita ideias expressadas pelo idoso com as mesmas palavras que ele utilizou (ou as mais próximas possíveis) para compreender melhor a informação que está sendo relatada.

Evite fazer perguntas que possam denotar tom acusatório. Seus questionamentos devem propiciar um clima de escuta e confiança.

Não emita juízo de valor sobre as pessoas e demostre sensibilidade diante das necessidades de todos os membros da família.

Nos casos e situações de violência, é importante que a equipe elabore intervenções de acolhimento ao idoso e procure compreender, quando possível, o contexto da violência perpetrada pelo agressor, concedendo-lhe a oportunidade de ressignificar seu ato contra a pessoa idosa, contribuindo para o restabelecimento da relação entre idoso e agressor (SILVA; DIAS, 2016).

Diante de situações de violência, ressaltamos que ainda se discute pouco o processo de envelhecimento na sociedade, nas escolas, no processo de formação profissional, bem como sobre a falta de preparo do nosso envelhecimento, do envelhecimento dos pais e demais familiares. Pelo crescente número de pessoas acima de 60 anos e diminuição da taxa de fecundidade, é necessário repensar as políticas e práticas de assistência ao idoso para que o cuidado dessa população seja realizado de forma humanizada, visto ser este um paciente especial que requer um cuidado diferenciado.

Para garantir a qualidade da atenção à pessoa idosa e a obtenção de resultados, as equipes dos serviços de saúde devem valorizar o acolhimento, a clínica ampliada. A Política Nacional

de Humanização do SUS propõe que o acolhimento esteja presente em todo o processo de atenção e de gestão (BRASIL, 2014). Estas diretrizes (acolhimento, clínica ampliada) devem ser consideradas para um atendimento integral e adotadas como comuns no contexto da assistência à saúde, de forma que os serviços de saúde do SUS devam estar organizados e interligados de tal forma que a pessoa idosa consiga, na Atenção Básica, ter acesso a eles, de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2014).

Figura 12 – Organização: possibilitar à pessoa idosa o acesso aos serviços de saúde

O acesso, o acolhimento e o cuidado com a pessoa idosa precisam estar centrados na Atenção Básica voltada ao território, por ser melhor administrada, pela facilidade de direcionamento aos serviços da rede nos vários níveis de complexidade, consultas especializadas, exames e internações.

O atendimento à pessoa idosa precisa ser interdisciplinar e multiprofissional. Ramos et al. (2008) identificaram as expectativas de idosos em relação à consulta de enfermagem, em serviço de atenção ao idoso no Recife, por meio de entrevistas aos idosos antes e após a consulta. Verificaram a necessidade de um atendimento de qualidade que valorizasse a sua individualidade, através da humanização, e que resolvesse seus problemas de saúde, não importando a formação acadêmica do prestador de serviço. Após a consulta, os idosos se mostraram satisfeitos, alegando os seguintes motivos: humanização do atendimento, acolhimento, avaliação integral, orientações pertinentes, entre outras intervenções realizadas. Ainda constataram que os pacientes se sentiram valorizados e importantes durante a consulta.

É de suma importância, então, que os profissionais, independente da sua formação, outorguem cuidados centralizados nos usuários e que os cuidados humanizados (a escuta qualificada, o atendimento integral, interdisciplinar com a clínica ampliada) sejam integrados à prática, a fim de melhorar a qualidade da assistência nos serviços de saúde.

Quando identificado o risco de violência, é preciso compreender os conflitos vivenciados, visto que os abusos e negligências perpetuados contra os idosos podem ocorrer devido ao choque entre gerações, problemas de espaço físico, dificuldades financeiras, entre outros. Essas situações e preconceitos precisam ser combatidos, incluídos em campanhas educativas e nas políticas públicas de enfrentamento à violência (SILVA; DIAS, 2016).

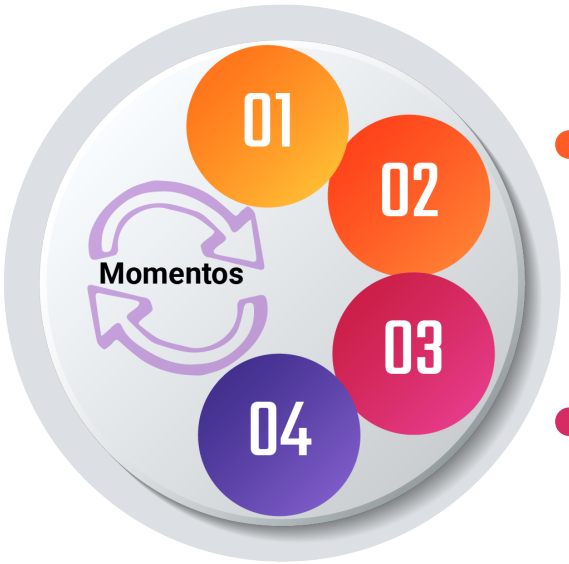
É importante compreender e propiciar um espaço de escuta sobre os sentimentos e as necessidades sentidas pelas pessoas que se envolvem com o cuidado com o idoso, para que a equipe de saúde possa ofertar suporte e apoio nas situações de estresse e enfrentar cada situação em sua complexidade. Por vezes, o agressor foi vítima de violência e pode descarregar nos idosos sentimentos de ambivalência, mágoa e revolta (MINAYO, 2008).

IMPORTANTE

O atendimento ao cuidador é fundamental na rede de atenção ao idoso e na prevenção da violência.

Como ferramentas de atuação, o profissional pode utilizar o Projeto Terapêutico Singular, a Visita Domiciliar, a Entrevista Familiar e o SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo (BRASIL, 2007). É resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial, sempre que se fizer necessário. Geralmente, o PTS é dedicado a situações mais complexas. O processo possui quatro momentos: definição de hipóteses, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Este tipo de ação pode ajudar a equipe de saúde e a família no cuidado com o idoso (LOPES, SOUSA, 2017). Veja o esquema a seguir.



Definição de hipóteses diagnósticas: neste momento deverá ser realizada uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite aos profissionais chegar a uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário.

Definição de metas: são propostas em curto, médio e longo prazo que serão obviamente negociadas com o sujeito pelo membro da equipe que tiver o melhor vínculo estabelecido.

Divisão de responsabilidades: definição de tarefas a cada um com clareza e estabelecimento do profissional de referência, que vai articular e vigiar o projeto, de modo que o processo terapêutico singular ocorra da melhor forma possível.

Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e o que se fará, portanto, as devidas correções de rumo do PTS proposto.

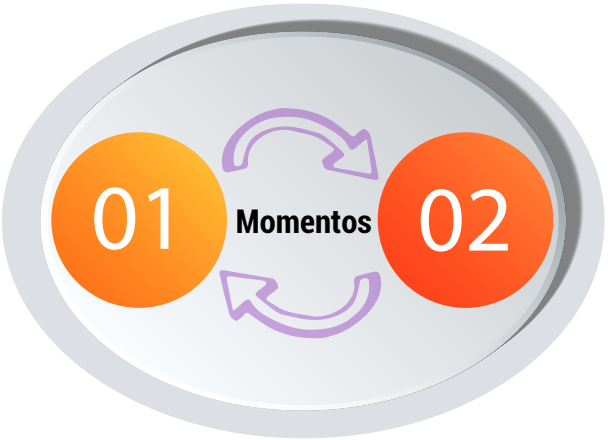
No domicilio, a postura do profissional deve ser de respeitar as defesas, remover culpas e aceitar quando há movimentos inaceitáveis; deste modo é possível manter uma boa comunicação entre os familiares e entre a família e a equipe.

A **Visita Domiciliar** significa um instrumento de ações organizadas, que aborda de modo integral e individualizado a pessoa em seu contexto socioeconômico e cultural (DIAS, LOPES, 2017).

IMPORTANTE

Os conflitos e as interações fazem parte do universo da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros. A violência, bem como a doença, tem efeito direto sobre os diversos estágios do ciclo de vida familiar. Por isso é preciso envolver-se e estar atento como profissional da saúde (DIAS; LOPES, 2017).

O profissional de saúde deve ter uma avaliação da dinâmica da vida familiar, com atitude de respeito e valorização das características peculiares de cada família e do convívio humano.

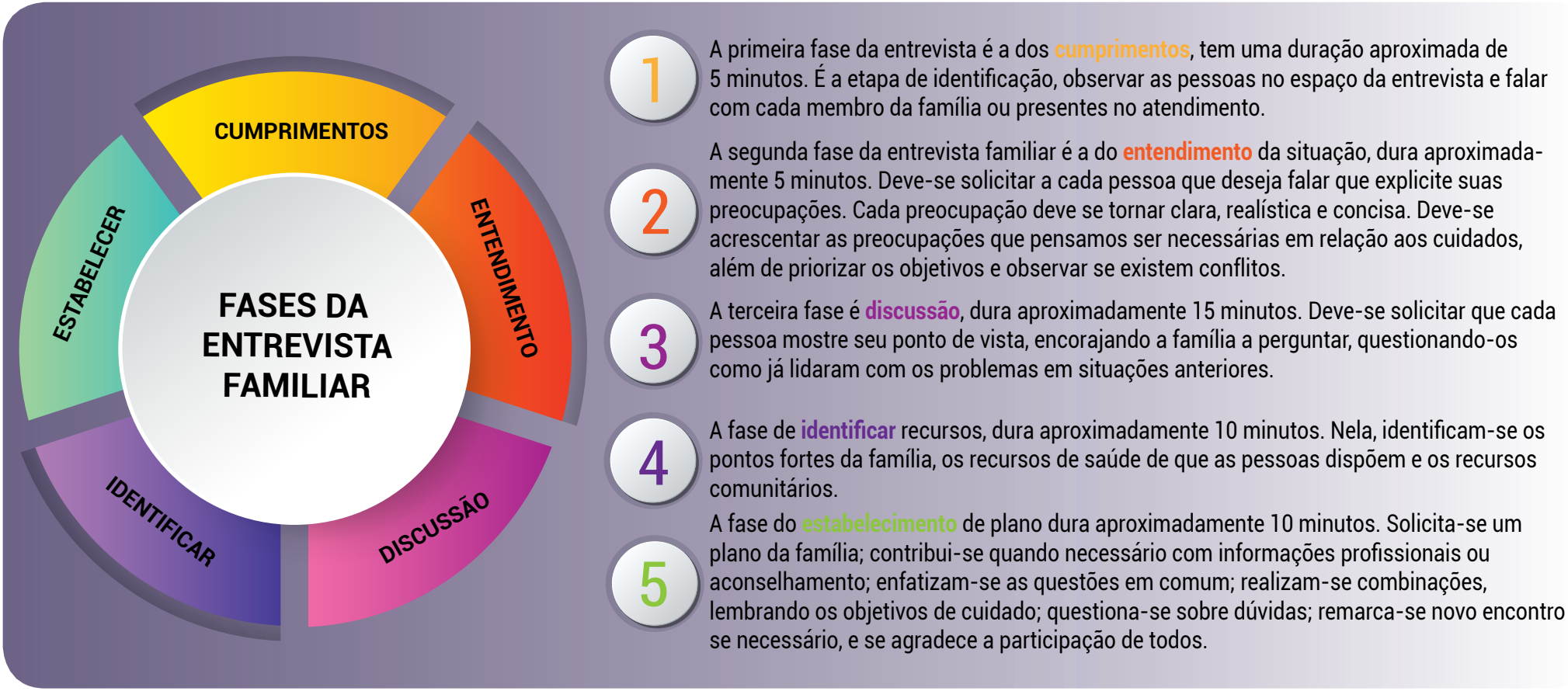


Definição de hipóteses diagnósticas: neste momento deverá ser realizada uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite aos profissionais chegar a uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário.

Definição de metas: são propostas em curto, médio e longo prazo que serão obviamente negociadas com o sujeito pelo membro da equipe que tiver o melhor vínculo estabelecido.

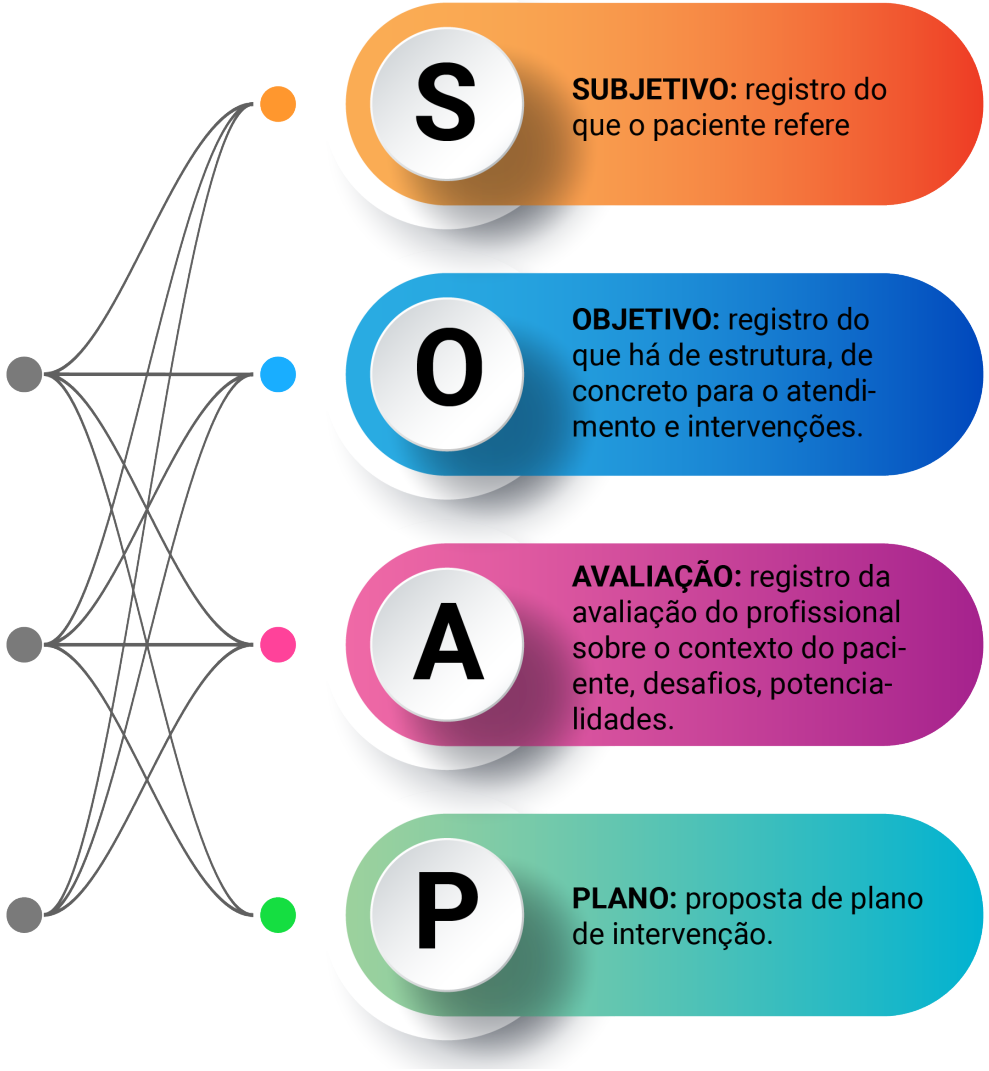
A **Entrevista Familiar** pode ser realizada no domicílio e no centro de saúde. É importante, num primeiro contato com a pessoa que está sendo objeto do cuidado, que seja algo mais privativo, para num momento inicial estabelecer um vínculo e criar confiança, e para isso é suficiente que o contato seja realizado por um ou dois integrantes da equipe (DIAS; LOPES, 2017).

A entrevista familiar tem cinco fases, e estão descritas a seguir (DIAS; LOPES, 2017):



Para a organização e gestão do cuidado, outra ferramenta que pode auxiliar na identificação de situações de violência é o SOAP, uma forma de registro orientado por problemas. Além de possibilitar a coleta das informações, o SOAP estimula o raciocínio clínico na identificação, no manejo das necessidades e na definição de responsabilidades da equipe na prestação de cuidado (DEMARZO; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2018).

O SOAP tem sido utilizado na formação de enfermeiros, equipes de enfermagem e na Atenção Domiciliar, mas pode ser uma ferramenta de registro da equipe. A abreviação significa:



Outro aspecto essencial para desenvolver o primeiro componente da Abordagem Centrada na Pessoa, para entender a experiência da pessoa com o conflito e sua vivência, é a existência de contato visual e escuta ativa por parte do profissional. Esta é uma forma de desenvolver e implementar a empatia, o vínculo e a confiança das pessoas e do idoso que sofre violência (LOPES; SOUSA, 2017).

É importante compreender que ter famílias com grande número de componentes, de convívio plurigeracional, não pode

ser visto como garantia de uma velhice rodeada de cuidados e companhias, e nem mesmo sinal de relações mais amistosas entre as sucessivas gerações. Esse tipo de arranjo familiar pode sobrecarregar os idosos, em níveis financeiro e emocional (CAMARANO; EL GHOURI, 2003; SILVA; DIAS, 2016).

A fragilidade do envelhecimento deve ser destacada, visto a ocorrência de conflitos que se potencializam nesta fase. As exigências, a impaciência e até mesmo um possível processo de demência ou doença mental no idoso pode não ser compreendido pelos familiares. Isso acontece, provavelmente, também por preconceitos ainda existentes no imaginário social acerca dessa fase do ciclo vital. Nesse sentido, é pertinente abordar a importância da capacitação e orientação das famílias acerca do processo de envelhecimento (SILVA; DIAS, 2016).

3.3 Articulação em rede intra e intersetorial na promoção do cuidado integral ao idoso

A Atenção Básica tem um papel importante na atenção à saúde da pessoa idosa, pois deve buscar ativamente (por exemplo, nas visitas domiciliares, intervenções nos centros de idosos) e atender a demanda espontânea que chega até o centro de saúde, inclusive os idosos que se encontram em instituições, públicas ou privadas (BRASIL, 2006).

Na prática dos serviços de saúde é essencial que a rede de atendimento à pessoa idosa se integre com a rede de serviços sociais nos vários níveis de complexidade, otimizando os centros de convivência, entre outros, para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa e conservar sua capacidade funcional. Para que haja a continuidade da atenção e a integração dos serviços, o cuidado precisa ser gerenciado especialmente na Atenção Básica e também nos serviços especializados, na internação, nos domicílios e na rede de serviços sociais (BRASIL, 2007).

Neste contexto é importante a participação de todos os profissionais, e sobretudo a autonomia das pessoas idosas, no processo de tomada de decisão, na organização dos serviços, cujas rotinas e horários devem ser ampla e adequadamente divulgados.

Figura 13 – Integração: palavra-chave para as redes intra e intersetorial na saúde

O desafio para a promoção da saúde do idoso é mantê-lo ativo socialmente. Desta forma, é fundamental a identificação de como as doenças se apresentam nos idosos, os fatores de risco, o diagnóstico e o gerenciamento das doenças crônicas.

Quanto à promoção da saúde da população idosa, as ações devem ser norteadas pelas estratégias contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem por prioridades ações específicas, como alimentação saudável; prática corporal e atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

O profissional que atua na Atenção Básica pode planejar suas ações com os dados da vigilância epidemiológica, que abrange investigação e ações de precaução contra violências e quedas, ações estas fundamentais para as pessoas idosas. Outro apoio da Rede de Atenção pode ser a Vigilância Sanitária, que faz a fiscalização dos asilos e casas de repouso, chamados

Instituições de longa permanência para idosos (Ilpis). As ações da vigilância são importantes para garantir o controle de qualidade das instituições.

Em 2002, o Ministério da Saúde estabeleceu que as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso seriam compostas pelos hospitais gerais e pelos centros de referência de Atenção à Saúde do Idoso, voltados para oferecer serviços de diversas modalidades assistenciais – internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar – constituindo-se referência para a Rede de Assistência à Saúde do Idoso. Em 2006, a aprovação da Portaria nº 2528 – que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - reforça a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

DESTAQUE

Você conhece os espaços de referência ao atendimento, acolhimento e lazer do idoso do seu município?

Em 2014, a porcentagem dos municípios com Abrigos Institucionais ou Casa-Lar destinada a idosos era de 20,3%, 1.780 unidades distribuídas em 1.131 municípios, em todas as unidades da Federação. Na região Norte, 51 unidades encontravam-se em 33 municípios (7,3% do total da região). No Nordeste, 170 unidades em 108 municípios (6% dos municípios nordestinos). No Sudeste, elas estão em 34,8% dos municípios, no Sul, em 22,5%, e, no Centro-Oeste, em 30,4% (BRASIL, 2017). O aumento de abrigos no Sudeste, centro-oeste e sul pode estar relacionado com a expectativa, qualidade de vida e o poder aquisitivo dos idosos nestas regiões.

A presença de Centros de Convivência para idosos foi reportada por 2.529 municípios, 45,4% do total, totalizando 3.861 unidades do equipamento (BRASIL, 2017). Ainda é um número pequeno se comparado ao crescente número de idosos no Brasil, à expectativa de vida e ao crescimento do número de idosos para os próximos anos. Por isso, é estratégico que, como profissional da saúde que busca a atenção à saúde do idoso,

você atue e compartilhe em espaços além do centro de saúde e centros de convivência.

É necessário propor ações de atenção ao idoso relacionadas à saúde bucal, mental, auditiva, ocular e dos pés, atenção farmacêutica com uso racional de medicamentos, assim como ações de reabilitação.

No SUS, a Política de Atenção Integral à Saúde do Idoso (PAISI) propõe aumentar e facilitar o acesso do cidadão a todos os níveis de atenção, com estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado. É necessário ousar na implantação de serviços inovadores e resolutivos, visando sempre preservar a autonomia e a independência funcional do indivíduo, pois o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais por sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica (BRASIL, 2006).

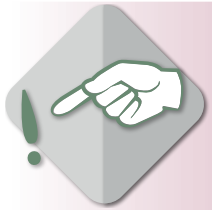
Com foco no envelhecimento ativo, busca-se trazer o idoso para o centro do cuidado, com possibilidades concretas de se tornar protagonista de sua vida na produção de ambientes e hábitos mais saudáveis. O protagonismo e hábitos saudáveis são mais bem interpretados quando o profissional compreende e atende no domicílio da família. Desta forma, para a composição da rede, o Serviço de Atenção Domiciliar também faz parte da rede de atendimento ao idoso.

A atenção domiciliar no SUS está sendo implantada nos municípios e tem como um dos objetivos ampliar o acesso e aumentar a autonomia do idoso para que este possa permanecer vivendo em sua residência pelo maior tempo possível. É organizada em três categorias, AD1, AD2 e AD3.

A categoria **AD1** é ofertada pela Atenção Básica e destina-se a pacientes que possuem problemas de saúde controlados, compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, sendo a realidade de muitos idosos; esta categoria atende pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a Atenção Básica. No geral, a frequência de visitas é de uma vez por mês (BRASIL, 2013).

Nas categorias AD2 e AD3 são ofertados cuidados por equipes especializadas no cuidado domiciliar. A modalidade **AD2** destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado que a modalidade AD1, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. Na modalidade **AD3** os usuários também possuem necessidade de maior frequência de cuidado, e fazem uso de pelo menos um equipamento/procedimento como Suporte Ventilatório não invasivo, diálise peritoneal ou paracentese (BRASIL, 2013).

O atendimento realizado no domicílio tem grandes possibilidades de prevenir, intervir e diagnosticar a violência, pois há possibilidades de identificar o estresse de cuidadores, o envolvimento e relacionamento dos familiares e cuidadores com o idoso, e os sinais de violência que o idoso pode apresentar.



IMPORTANTE

O atendimento multiprofissional e interdisciplinar é essencial para a detecção da violência.

LINK

Conheça mais sobre a Atenção Domiciliar e o quanto ela pode ser parte da Rede de Atenção à Saúde no seu município através do link: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>

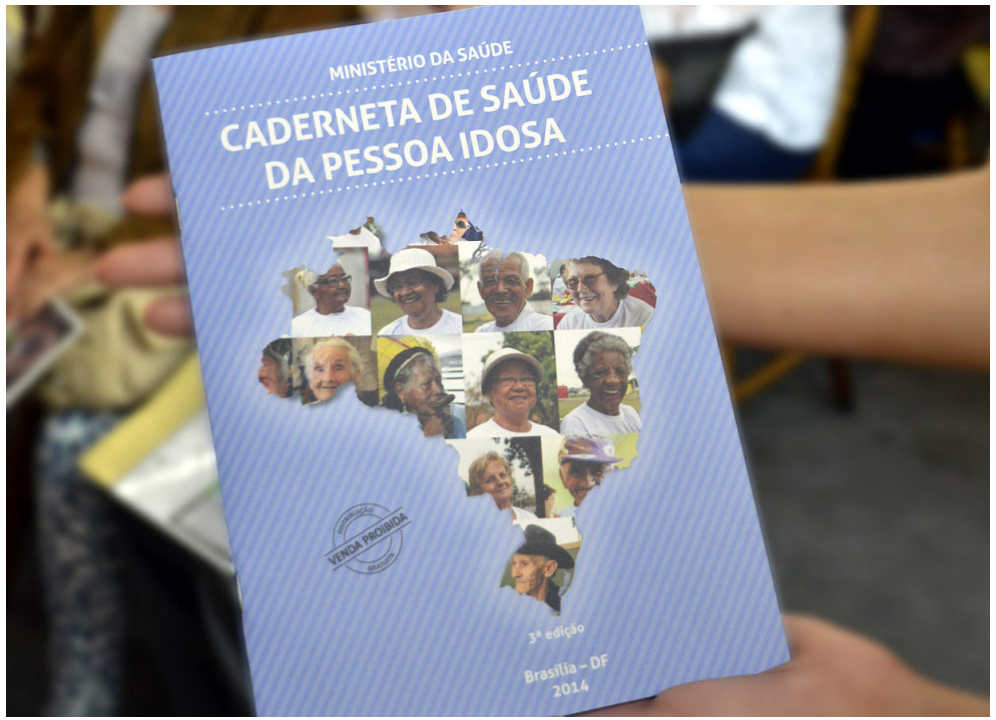
Como potencialidade para o cuidado com o idoso, pode-se destacar a interface entre as áreas social e de saúde, como a formação e capacitação de cuidadores de idosos. É necessário oferecer apoio, inserindo-os na rede do SUS, auxiliando-os em centrais de informação e gerenciamento e propondo-lhes alternativas de cuidados, pois estes cuidadores poderiam melhorar a condição do idoso, constituindo-se em grandes parceiros para o sistema de saúde.

Portanto, é importante que a rede de atenção à saúde do idoso esteja integrada à rede de serviços sociais para atender e otimizar as respostas do governo às necessidades da população idosa.

Pensar em estratégias para informar sobre violência aos idosos, cuidadores, família é fundamental para a garantia de direitos dos idosos e uma importante intervenção dos profissionais de saúde. O Estatuto do Idoso é um documento que protege e garante minimamente os direitos da pessoa idosa (BRASIL, 2003) e pode ser utilizado na pesquisa e orientação dos profissionais.

A Caderneta da Pessoa Idosa (BRASIL, 2014) é um documento que pode e tem o objetivo de orientar os profissionais e qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no SUS. É um instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores. É um material que pode orientar o atendimento ao idoso.

Figura 14 – Caderneta da Pessoa Idosa



Fonte: Ministério as Saúde (2018) http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/Caderneta-de-Saude-do-Idoso_c_3_G.jpg.

LINK

Acesse a Caderneta da Pessoa Idosa em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf>

Desta forma, é importante que os gestores e profissionais de saúde dos municípios organizem um programa de educação permanente em envelhecimento e saúde da pessoa idosa que privilegie a capacitação dos profissionais da Atenção Básica e atenção domiciliar, sobretudo dos Agentes Comunitários de Saúde, para a efetiva incorporação das ações na Atenção Básica. É também importante a implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa e a utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial, com o objetivo de identificar riscos de fragilidade e vulnerabilidade (BRASIL, 2002).

Com o processo de envelhecimento da população acelerado, é primordial que sejamos críticos no sentido de discutir o planejamento do cuidado, da atenção e preparação para nova organizações da rede de atendimentos e das possibilidades que o setor saúde pode ofertar à pessoa idosa e sua família.

ADAMS, V. M. et al. Financial abuse of older people by a family member: a difficult terrain for service providers in Australia. J. Elder. Abuse Negl., v. 26, n. 3, p. 270-290, 2014.

AMSTADTER A. B. et al. Prevalence and correlates of poor self-rated health in the United States: the national elder mistreatment study. Am. J. Geriatr. Psychiatry, v. 18, n. 7, p. 615-623, 2010.

ANDRADE C. F. T. A.; VERÍSSIMO, M. T. M. Os maus-tratos em idosos: artigo de revisão. Dissertação de mestrado. 99p. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2015.

APRATTO JUNIOR, P. C. The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niteroi (RJ, Brazil). Ciênc. Saúde Colet., v. 15, n. 6, p. 2983-2995, 2010.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Guia de Atendimento à Pessoa idosa em Situação de Violência. Belo Horizonte: Sistema Único de Saúde, 2015.

BOLSONI, C. C. et al. Prevalence of violence against the elderly and associated factors – a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 19, p. 671-682, 2016.

BOLSONI C. C. et al. Violência contra o idoso: uma meta-síntese. Saúde & Transformação Social, v. 8, n. 1, p. 98-105, 2017.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. Observatório Nacional do Idoso. Sobre os Centros. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/centros/index.php>. Acesso em: 30 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso. Guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, 2002.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Textos Básicos de Saúde. Série B. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963 de 27 de março de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Centros de Referência de Assistência Social crescem 45% em quatro anos. 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/05/numero-de-centros-de-referencia-de-assistencia-social-salta-45-em-quatro-anos>. Acesso em: 7 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das Pessoas idosas no SUS: proposta de Modelo de Atenção Integral. Brasília, 2014.

_____. Ministério dos Direitos Humanos. Disque 100: balanço de 2017 1. Disponível em: <http://www.mdh.gov.br/disque100/balanco-2017-1>. Acesso em: 1 nov. 2017.

_____. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. Brasília, 2005.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa: É possível prevenir. É necessário superar. Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. Brasília, 2014.

CAMACHO, A. C. L. F; ALVES, R. R. Revisão integrativa sobre maus-tratos contra os idosos na perspectiva da enfermagem. Journal of Nursing UFPE on line. Recife, v. 9, n. 2, p. 927-935, 2015.

CAMARANO, A. A.; EL GHOURI, S. K. Famílias com idosos: ninhos vazios? Texto para discussão, v. 95. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2003.

CANO, S. M et al. Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, v. 33, p. 67-74, 2015.

DIAS, L. C.; LOPES, J. M. C. Abordagem familiar na atenção domiciliar. Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Domiciliar. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2017.

DONG, X. et al. Association of cognitive function and risk for elder abuse in a community-dwelling population. Dement Geriatr Cogn Disordv. v. 32, n. 3, p. 209-215, 2011.

DEMARZO, M. M. P.; OLIVEIRA, C. A.; GONÇALVES, D. A. Gestão da Prática Clínica. Disponível em:<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade27/p_01.html>. Acesso em: 12 fev. 2018.

DORNELLES, B.; COSTA, G. J. C. (Org.). Investindo no envelhecimento saudável. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

FAUSTINO, A. M.; GANDOLFI, L.; MOURA, L. B. D. A. Capacidade funcional e situações de violência em idosos. Acta Paul Enferm., v. 27, n. 5, p. 392-398, 2014.

FLORÊNCIO, M. V. D. L. Rastreamento de violência contra pessoas idosas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa PB. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2014.

GAWRYSZEWSKI V. P.; JORGE, M. H. P. D. M.; 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. Med. Bras., v. 50, n. 1, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000100044>. Acesso em: 8 mar. 2018.

GIL, A. P. et al. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 1234-1246, 2015.

WATANABE, H. A. W. et al. Rede de atenção à pessoa idosa. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social; Fundação Padre Anchieta, 2009.

GUEDES, D. T. et al. Socioeconomic status, social relations and domestic violence (DV) against elderly people in Canada, Albania, Colombia and Brazil. Arch. Gerontol. Geriatr., v. 60, n. 3, p. 492-500, 2015.

HIGHTOWER, J.; SMITH, M. J.; HIGHTOWER, H. C. Hearing the voices of abused older women. J. Gerontol. Soc. Work, v. 46, n. 3-4, p. 205-27, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Estimativas populacionais para o TCU. Estimativas da população para 1º de julho de 2009. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/default.shtm>. Acesso em: 14 jan. 2018.

_____. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004/2014 e Projeção da população do Brasil por Sexo e Idade para o período de 2000-2060. Revisão 2013.

_____. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2018.

KRUG, E. G. et al. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS, 2002.

LAI, D. W. Abuse and neglect experienced by aging chinese in Canada. J Elder Abuse Negl., v. 23, n. 4, p. 326-347, 2011.

LOPES, J. M. C.; SOUSA, A. I. A gestão do cuidado na Atenção Domiciliar. Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Domiciliar. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2017.

MASCARENHAS, M. D. et al. Violence against the elderly: analysis of the reports made in the health sector – Brazil, 2010. Ciênc. Saúde Colet., v. 17, n. 9, p. 2331-2341, 2012.

MELO, Z. M.; SILVA, D. M.; CALDAS, M. T. Intrafamilial violence: criminal acts against women in Recife's Metropolitan Area. Psicol. Estud., v. 14, n. 1, p. 111-119, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a14v14n1.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2018.

MENEGHEL, S. N. et al. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. Ciênc. Saúde Colet., v. 17, n. 8, p. 1983-1992, ago. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800009>. Acesso em: 31 out. 2017.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2. ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

_____. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cad. Saúde Pública, v. 19, p. 783-791, 2003

_____. Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa: é possível prevenir e superar. In: BORN, T. (Ed.). Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, p. 38-45, 2008.

_____.; CAVALCANTE, F. G. Suicide attempts among the elderly: a review of the literature (2002/2013). Ciênc. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2015.

MORGADO, R. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Ciênc. Saúde Colet., v. 11, p. 537-540, 2006.

NAUGHTON, C. et al. The relationship between older people's awareness of the term elder abuse and actual experiences of elder abuse. Int. Psychogeriatr., v. 25, n. 8, p. 1257-1266, 2013.

OLIVEIRA, M. L. C. et al. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. Rev. bras. geriatr. gerontol., v. 15, n. 3, p. 555-566, set. 2012.

OLIVEIRA, C.; MADRID, D. M. Violência intrafamiliar contra o idoso. Etic-nctro de Iniciciação Científica, v. 7. 2015.

PAIVA, M. M. D.; TAVARES, D. M. S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. Rev. Bras. Enferm., v. 68, p. 1035-1041, 2015.

PÉREZ-ROJO, G. et al. Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. Medicina Clínica, v. 141, n. 12 p. 522-526, 2013.

RAMOS, J. B. et al. Expectativas de idosos em relação à consulta de enfermagem. Revista de Enfermagem UFPE On Line, v. 2, n. 1, p. 61-68, 2008. Disponível em: <www.ufpe. br/revistaenfermagem/index.php/revista/.../407>. Acesso em: 20 jan. 2009.

ROSA, T. E. C. et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 12, p. 2982-2992, dez. 2007.

SANTOS, A. M.; LEITE, M. T.; HILDEBRANDT, L. M. Maus-tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 11, p. 209-221, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS. Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. São Paulo: SMS, 2007.

SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, n.3, p. 637-652, jul./set. 2016.

STRATTON, D. C.; MOORE, A. J. Fractured relationships and the potential for abuse of older men. J. Elder. Abuse Negl., v. 19, n. 1-2, p. 75-97, 2007.

VERAS, R. Vida plena sem violência na maturidade: a busca Contemporânea. Ciên. Saúde Colet., v. 15, n. 6, p. 2669-2676, 2010.

VON HEYDRICH, L.; SCHIAMBERG, L. B.; CHEE, G. Social-relational risk factors for predicting elder physical abuse: an ecological bi-focal model. Int. J. Aging. Hum. Dev., v. 75, n. 1, p. 71-94, 2012.

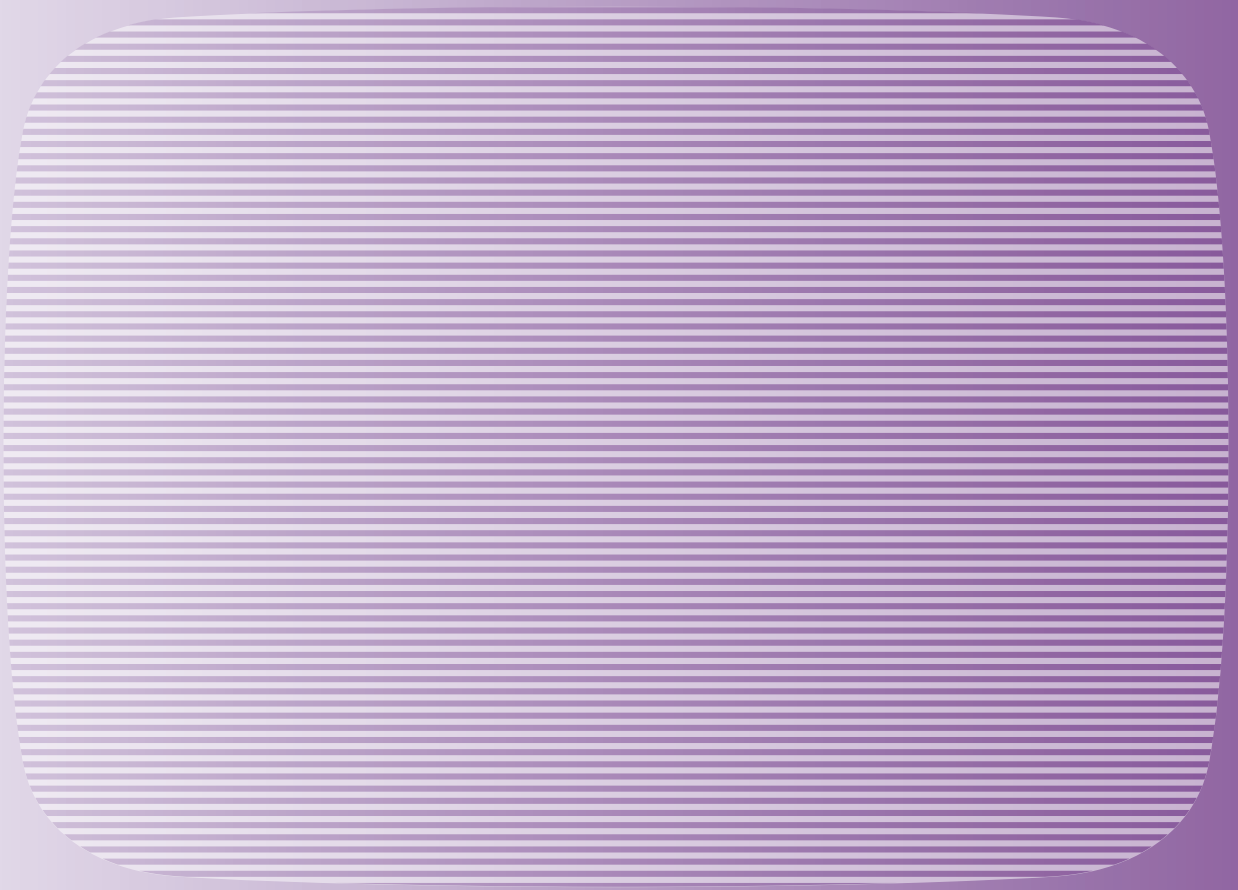
WANDERBROOCKE, A. C. N. S. A violência familiar na perspectiva de idosos e Profissionais no contexto da atenção primária à Saúde [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

CAROLINA CARVALHO BOLSONI

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2009). Mestra em Saúde Coletiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (2012). Doutora em Saúde Coletiva (2017) e Especializanda em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa pela Universidade Federal de São Carlos. Área de pesquisa: Violência e Saúde; Saúde do Idoso. Endereço do currículo na Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6654871617906798>.

DEISE WARMLING

Graduada em Nutrição, com Especialização Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre e doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. Desenvolve seus estudos na linha de pesquisa Violência e Saúde. Endereço do currículo na Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8072187390411463>.

SABRINA BLASIUS FAUST

Graduada em Enfermagem. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Santa Catarina (UFSC). Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFSC. Desenvolve seus estudos na linha de pesquisa Humanização e Saúde. Endereço do currículo na Plataforma Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4270585121162578>.