



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ELAIANE DOS SANTOS SILVA

**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA VIOLENCIA CONTRA A
PESSOA IDOSA NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA**

TERESINA
2015

ELAIANE DOS SANTOS SILVA

**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA VIOLENCIA CONTRA A
PESSOA IDOSA NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado- TCM,
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família

Orientadora: Prof^a. Dra. Eliana Campêlo Lago

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Formação de recursos
humanos na atenção à Saúde da Família

TERESINA
2015

S586s SILVA, Elaiane dos Santos

Formação do enfermeiro na prevenção da violência contra a pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família/ Elaiane dos Santos Silva. Orientador (a): Prof. Dra. Eliana Campêlo Lago - Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2015.

80p.

Monografia (Pós-Graduação Stricto Sensu) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina-PI, 2015.

1. Idoso . 2. Violência. 3. Enfermeiros 4. Estratégia Saúde da Família II.Título

CDD 614. 052 6

ELAIANE DOS SANTOS SILVA

**FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA VIOLENCIA CONTRA A
PESSOA IDOSA NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA**

Trabalho de Conclusão de Mestrado-TCM,
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família

Data a Aprovação: 26/06/2015

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago (Presidente)
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes (1º Examinador)
Universidade Federal do Piauí - UFPI



Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura (2ª Examinadora)
Centro Universitário UNINOVAFAPI



Profa. Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim
Suplente (UNINOVAFAPI)

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer inicialmente ao meu Deus Pai Todo Poderoso, por ter me proporcionado essa oportunidade, pelo amor infinito e pela eterna proteção.

Agradeço ao meu esposo, Ulysses Halley, pelo apoio incondicional, pelo seu amor grandioso, sempre acreditando no meu crescimento, sendo meu companheiro em todos os momentos. Juntos estamos formando uma família linda.

Agradeço aos meus pais Enoque e Rute, e ao meu irmão Rafael, por todo o amor e incentivo pra eu investir nessa formação.

Aos meus colegas do mestrado, pelas parcerias e amizades vividas nesses 2 anos.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra Eliana Campelo Lago, pelo orientação e conhecimento que me proporcionou e me ajudou na conclusão dessa etapa em minha vida.

Às doutoras da banca examinadora pela disponibilidade e orientações.

A equipe de coordenação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do UNINOVAFAPI, aos professores e funcionários que me proporcionaram conhecimentos valiosos.

Agradeço à coordenadora Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura por sua ajuda e resolutividade e à colaboradora Gelsemânia pelo acolhimento.

RESUMO

Com o aumento da população idosa, a sociedade tem voltado sua atenção às questões políticas, econômicas, sociais e de saúde direcionadas à Terceira Idade. Nesta etapa da vida, muitos idosos sofrem rejeição familiar e social, bem como vários tipos de violência. Dessa forma, é necessária a atuação de profissionais da Atenção Básica capacitados para lidarem com esses tipos de violência. O estudo tem como objeto a formação do enfermeiro na prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família e como objetivos: analisar a formação do enfermeiro na prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família; pontuar os aspectos que interferem na formação do enfermeiro na prevenção da violência contra a pessoa idosa; descrever como a formação dos enfermeiros contribui para a prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família; e elaborar uma cartilha educativa abordando os primeiros sinais de violência contra idosos, a legislação pertinente e as ações específicas diante de situação de violência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com 24 enfermeiros que atuam na ESF do Município de Timon-MA. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semi-estruturada, processado no software IRAMUTEQ e analisada pela Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados foram apresentados em seis classes a saber: Classe 04: A falta de capacitação como principal problema; Classe 03: Dificuldade do atendimento à pessoa idosa vítima de violência na ESF; Classe 02: Formação dos Enfermeiros na prevenção da violência contra a pessoa idosa; Classe 05: Pacientes idosos vítimas de violência na Estratégia Saúde da Família; Classe 01: O cuidado dado a pessoa idosa na ESF; Classe 06: Cuidados na visita domiciliar a pessoa idosa. Os enfermeiros que participaram da pesquisa afirmaram que tiveram pouca ou nenhuma capacitação para atuar na prevenção da violência contra a pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família e, embora sendo profissionais de nível superior, relataram que a graduação e a pós-graduação não foram suficientes para prepará-los no combate a esse tipo de violência. A principal dificuldade encontrada por eles foi a identificação da violência e a falta de capacitação foi citada como o principal problema para o combate da violência contra a pessoa idosa. Diante do exposto é notável a necessidade de uma educação permanente dos profissionais a fim de que os mesmos estejam preparados e orientados para intervenções específicas nos casos de violência, sendo o enfermeiro um dos principais profissionais deste processo pois, por fazer parte da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, realizando visitas domiciliares, tem a oportunidade de detectar in loco situações de violência contra a pessoa idosa e realizar as devidas intervenções.

Palavras- chave: Idoso. Violência. Enfermeiros. Estratégia de Saúde da Família

ABSTRACT

With the increasing elderly population, society turned its attention to the political, economic, social and health questions aimed at Elderly. At this stage of life, many seniors suffering family rejection and social rejection, as well as various types of violence. Thus, it is necessary the work of professionals trained in primary care to deal with these kinds of violence. The objective of this study was study nursing education in preventing violence against the elderly in the Family Health Strategy and the following objectives: to analyze the training of nurses in the prevention of violence against the elderly in the Family Health Strategy; point out the aspects that interfere in nursing education in preventing violence against the elderly; describe how the training of nurses contributes to the prevention of violence against the elderly in the Family Health Strategy; and develop an educational booklet addressing the first signs of violence against the elderly, the relevant legislation and the specific actions in the face of situations of violence. It is a qualitative survey of 24 nurses working in the FHS of the Municipality of Timon-MA. The data was produced through a semi-structured interview, processed in IRAMUTEQ software and analyzed by Hierarchical Classification Descending. The results were presented in six classes as follows: Class 04: The lack of training as the main problem; Class 03: difficulty in attendance to the elderly victim of violence in the FHS; Class 02: Training of Nurses in preventing violence against the elderly; Class 05: Elderly patients victims of violence in the Family Health Strategy; Class 01: The care given to elderly people in the FHS; Class 06: Care at the home visit of the elderly people. Nurses who participated in the survey said they had little or no training to work in the prevention of violence against the elderly in the Family Health Strategy and still reported that the undergraduate and the graduate were not enough to prepare them in combating in this type of violence. The main difficulty for them was the identification of violence and the lack of training was cited as the main problem to combat violence against elderly. Given the above it is remarkable the need of continuing education of professionals for being ready and geared towards specific interventions in cases of violence, and the nurse is a leading professionals of this process because takes part of the multidisciplinary Team of Strategy Health, because they do visits having the opportunity to detect situations of violence in loco against the elderly and make the necessary interventions.

Key words: Elderly. Violence. Nurses. Family Health Strategy

RESUMEN

Con la creciente población de edad avanzada, la sociedad volvió su atención a las cuestiones políticas, económicas, sociales y de salud dirigidos a personas mayores. En esta etapa de la vida, muchas personas mayores sufren el rechazo de la familia y el rechazo social, así como diversos tipos de violencia. Por lo tanto, es necesario el trabajo de profesionales capacitados en la atención primaria para hacer frente a este tipo de violencia. El objetivo de este estudio fue estudiar enfermería la educación en la prevención de la violencia contra las personas mayores en la Estrategia Salud de la Familia y de los siguientes objetivos: analizar la formación de enfermeras en la prevención de la violencia contra las personas mayores en la Estrategia Salud de la Familia; señalar los aspectos que interfieren en la educación de enfermería en la prevención de la violencia contra las personas mayores; describen cómo la formación de enfermeras contribuye a la prevención de la violencia contra las personas mayores en la Estrategia Salud de la Familia; y desarrollar un folleto educativo frente a los primeros signos de violencia en contra de la, la legislación pertinente de edad avanzada y las acciones específicas en el rostro de las situaciones de violencia. Se trata de un estudio cualitativo de 24 enfermeras que trabajan en el FHS de la Municipalidad de Timon-MA. Los datos se produce a través de una entrevista semiestructurada, procesados en el software IRAMUTEQ y analizada por Jerárquico Clasificación descendente. Los resultados fueron presentados en seis clases de la siguiente manera: Clase 04: La falta de formación como el principal problema; Clase 03: dificultades en la asistencia a las personas mayores víctimas de la violencia en la ESF; Clase 02: La formación de enfermeras en la prevención de la violencia contra las personas mayores; Clase 05: las víctimas de los pacientes mayores de violencia en la Estrategia Salud de la Familia; Clase 01: La atención que se brinda a las personas de edad avanzada en la ESF; Clase 06: Cuidado en la visita a la casa de las personas de edad avanzada. Las enfermeras que participaron en la encuesta dijeron que tenían poca o ninguna formación para trabajar en la prevención de la violencia contra las personas mayores en la Estrategia Salud de la Familia y el y todavía informado que en el pregrado y el posgrado no fueron suficientes para prepararlos en la lucha contra este tipo de la violencia. La principal dificultad para ellos fue la identificación de la violencia y la falta de formación fue citada como el principal problema para combatir la violencia contra las personas mayores. Teniendo en cuenta lo anterior, es notable la necesidad de educación continua de los profesionales por ser listo y orientado a intervenciones específicas en los casos de violencia, y la enfermera es uno de los principales profesionales de este proceso porque participa del equipo multidisciplinario de la Estrategia de Salud, porque lo hacen visitas que tienen la oportunidad de detectar situaciones de violencia in loco contra los ancianos y hacer las intervenciones necesarias.

Palabras clave: Ancianos. Violencia. Enfermeras. Estrategia de Salud Familiar

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS –	Agente Comunitário de Saúde
CHD -	Método da Classificação Descendente
DM –	Diabetes Mellitus
ESF –	Estratégia Saúde da Família
HAS –	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PNRMAV -	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PNSPI -	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS-	Unidade Básica de Saúde
UCE -	Unidade de Contexto Elementar
UCEs –	Unidade de Contexto Elementar
UCI -	Unidade de Contexto Inicial

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	09
1.1 Contextualização do problema.....	09
1.2 Objetivos	11
1.3 Justificativa e Relevância	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 Política Nacional da Atenção a Pessoa Idoso.....	13
2.2 Violência na Terceira Idade.....	15
2.3 Formação do Enfermeiro na Prevenção da Violência ao Idoso na Estratégia Saúde da Família	17
3 METODOLOGIA	19
3.1 Tipo de Estudo.....	19
3.2 Cenário do Estudo.....	19
3.3 Participantes do Estudo.....	19
3.4 Técnica e instrumento para produção de dados.....	20
3.5 Processamento e Análise dos dados.....	20
3.6 Aspectos Éticos e Legais.....	21
3.7 Riscos e Benefícios.....	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
4.1 Manuscrito 01 - Formação do Enfermeiro na Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa na Estratégia Saúde da Família.....	23
4.2 Produto: Cartilha de Orientação para profissionais da Estratégia Saúde da Família – Violência Contra a Pessoa Idosa.....	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICES.....	53
ANEXOS.....	59

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Contextualização do problema

A violência é uma situação que ocorre em toda sociedade, das mais diversas formas, assumindo diversos matizes, e no contexto da terceira idade vem aumentando significativamente. Sabe-se que o número de idosos que sofrem algum tipo de abuso é tão grande que o fato é, atualmente, questão de Saúde Pública.

Com a queda da fecundidade e da mortalidade, a população idosa é a que mais cresce no Brasil. O fenômeno do envelhecimento é mundial, trazendo discussões acerca dos direitos dos idosos. No Brasil, os direitos dos idosos são garantidos pela Constituição de 1988, pela Política Nacional do Idoso de 1994, pelo Estatuto do Idoso, de 2003 e, no setor saúde, pela Política Nacional de Saúde do Idoso de 1999, atualizada em 2006 (SOUZA; RIBEIRO; ATIE, *et. al.* 2008).

A violência contra o idoso impacta diretamente o setor da saúde, podendo ser observada por meio dos indicadores de morbimortalidade disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Em 2008, 20.303 idosos morreram por causas externas (acidentes e violência), significando 3,1% das mortes dessas pessoas no Brasil. Nesse mesmo ano, 65,4% dos mortos por essas causas precisaram de atendimento e faleceram quando ainda estavam sendo atendidos em uma unidade de saúde. (RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012).

Essa violência está cada vez mais evidente nos dias atuais e ganhando maior proporção e oportunidade de visibilidade em diversos locais de ocorrência, como por exemplo, em igrejas, ruas, escolas, e em ambiente intrafamiliar, este último sendo um local onde o idoso deveria sentir-se amparado e protegido, tratado com conforto, respeito e dignidade e não sendo vítima de maus tratos. Entretanto, em muitas famílias a violência tem se perpassado por diversas naturezas, como física, psicológica, patrimonial, matrimonial, verbal e sexual.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua maus-tratos a pessoa idosa como ato único ou repetido, ou ainda, como ausência de ação apropriada que ocasione dano, sofrimento ou angústia, e que ocorra dentro de um relacionamento de confiança. Essa violência e violação dos direitos humanos trata-se de um fenômeno biopsicossocial. (SOUZA; WHITE; SOARES, *et.al.* 2010).

No Brasil, as violências contra os idosos também se expressam sob formas de discriminação, sendo os idosos denominados como “descartáveis e um peso social”. A negligência e os maus-tratos contra idosos não é um acontecimento novo, no entanto, somente nas últimas duas décadas é que esse problema começou a despertar o interesse da comunidade científica. (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007).

A Lei nº 8.842/1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências, em seu capítulo IV define que é dever de todo cidadão denunciar maus-tratos ou negligência cometida contra o idoso. No artigo 10, inciso IV, esclarece que é papel da justiça "promover e defender os direitos da pessoa idosa, zelar pela aplicação de normas sobre o idoso, determinar ações para evitar abusos e lesões a seus direitos". A violência com a exposição da integridade física ou psíquica do idoso está prevista no Código Penal. Para profissionais da área de saúde que negligenciam e não denunciam a violência identificada, pode-se aplicar multa de R\$ 500 a R\$ 3.000, podendo ser dobrada no caso de reincidência. (SOUSA; WHITE; SOARES, *et.al.* 2010).

O artigo 230 da Constituição Federal de 1988 descreve: "A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida", ou seja, é dever da família e do Estado colaborar para uma velhice digna e tranquila. A família deve ser conscientizada de seu papel em relação à tutela jurídica e amparo, já que o Estado não poderá sozinho oferecer os subsídios necessários para os idosos (SOUSA; WHITE; SOARES, *et.al.* 2010).

Segundo Souza, Freitas e Queiroz (2007), nos dias de hoje, o envelhecimento da população tornou-se um dos maiores desafios para a saúde pública, pois se exige uma implementação efetiva da estratégia de educação em saúde para uma tentativa de uma manutenção da capacidade funcional dos idosos. Devido ao aumento da expectativa de vida da população mundial, muitos países convivem com idosos de diversas gerações que exigem políticas assistenciais distintas, pois possuem necessidades variadas. Estima-se que no Brasil, o número de idosos, em 1960, cresceu de 3 milhões para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, espera-se que, em 2020, atinja-se um total de 32 milhões de idosos em todo País.

Devido ao preconceito cultural que ainda existe contra o idoso em nosso país, faz-se necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados na prevenção, identificação e tratamento de maus-tratos em idosos, uma vez que os serviços de saúde em geral, e mais particularmente os setores de emergência e os ambulatorios, constituem uma das principais portas de entrada das vítimas de maus-tratos (FREITAS et al, 2006).

Muitos profissionais da saúde não promovem a educação continuada relacionada à violência nas comunidades em que atuam, talvez por falta de formação e conhecimento de sua prevenção ou mesmo por impossibilidades diversas inerentes ao serviço no qual atuam. Muitos não estão capacitados para a detecção e a intervenção da violência de forma correta, o que, de certa forma, é preocupante haja visto o aumento da população idosa brasileira nos últimos anos.

Os movimentos de mudança da atenção e formação em saúde no Brasil possuem uma elevada influência do educador Paulo Freire já que se toma a educação como elemento transformador dos sujeitos em indivíduos capazes de refletir criticamente sobre sua realidade para realizar a intervenção de acordo com a necessidade. (CARDOSO, 2012)

A preocupação com a formação dos profissionais enfermeiros surge pelo fato destes profissionais estarem inseridos na equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, realizando suas atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento juntamente com outros profissionais, por meio de buscas ativas em visitas domiciliares, bem como atendimentos em hospitais, postos de saúde, ambulatórios, home care, apresentando assim, uma maior proximidade e oportunidade de conviver com o público em questão. Diante dessa problemática, o estudo tem como objeto a formação do enfermeiro na prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família.

1.2 Objetivos

- Analisar a formação do enfermeiro na prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família
- Pontuar os aspectos que interferem na formação do enfermeiro na prevenção da violência contra a pessoa idosa
- Descrever como a formação dos enfermeiros contribui para a prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família;
- Elaborar uma cartilha educativa abordando os primeiros sinais de violência contra idosos, a legislação e o que fazer diante da situação de violência.

1.3 Justificativa e Relevância

A enfermagem atua na prevenção, percepção e tratamento da saúde do idoso, baseada em estudos científicos, com a necessidade permanente de educação sobre a temática relacionada à Terceira Idade.

O interesse pelo estudo surgiu pela observação das relações desenvolvidas pelos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com os idosos/seus cuidadores, e se os mesmos saberiam como agir em casos de violência, se possuíam a capacitação e formação nesta área, tendo em vista a conduta adequada nas situações acima descritas.

Este estudo poderá, após publicação, servir de base para a realização de outras pesquisas nesta área, fortalecendo assim, a disseminação das informações relativas à violência. Ainda, servirá de alerta para o serviço sobre a relevância do tema e a necessidade de educação continuada de seus integrantes. A cartilha produzida será distribuída, não só na Unidade Básica de Saúde, mas na Secretaria de Saúde do Município de Timon, com o objetivo de sensibilizar os gestores e representar um guia prático a ser utilizado para os diversos casos de violência.

2 REFERENCIAL TEORICO

2.1 Política Nacional da Atenção a Pessoa Idoso

No Brasil, os direitos do idoso ganhou força desde a década de 1990 com a promulgação e regulamentação da Política Nacional do Idoso (Lei Federal 8.842/1994), apesar das Políticas Públicas que contemplam o problema da violência contra os idosos, a trajetória de implementação das mesmas estão apenas no início. (WANDERBROOCKE; MORE, 2012).

O Congresso Nacional aprovou, em 2003, o Estatuto do Idoso, construído com a participação de várias entidades. É papel do SUS garantir da atenção à saúde do idoso em todos os níveis de maneira integral, embora a prática da legislação brasileira que garante os cuidados com a saúde da pessoa idosa, ainda não fosse satisfatória, o que tornou fundamental que se readequasse a PNSI (BRASIL, 2010).

O Estatuto do Idoso garante que os direitos individuais, políticos, civis, sociais e econômicos dos idosos brasileiros são reconhecidos. As redes de apoio social ao idoso podem ser formais (políticas públicas direcionadas à população idosa, agregando serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos, órgãos da previdência social, dentre outros) e informais (relações que auxiliam o idoso a manter os vínculos e proporcionam bem-estar). Considera-se como rede informal a família, a comunidade, os amigos e os vizinhos, e essas relações que ocorrem na vida social do idoso contribuem para a proteção e o apoio dos direitos previstos por lei. (SOUZA; RIBEIRO; ATIE, *et. al.* 2008).

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2010) o Artigo 1º da Lei 8.842 afirma que a política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

O sistema de saúde brasileiro, ao ampliar o seu contato com a realidade específica de cada região, ficou mais complexo. Assim, o Ministério da Saúde, juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASSEMS) firmaram, no documento Pacto Pela Vida, Em Defesa do SUS e da Gestão, a responsabilidade das três esferas, propondo inovações para alcançar mais efetividade, eficiência e qualidade na solução das demandas. Esse compromisso se dá

em torno de seis prioridades, uma delas é a Saúde do Idoso, considerando-se como tal pessoas com 60 anos ou mais, que requerem diretrizes e ações estratégicas, todas seguindo os princípios do SUS (BRASIL, 2006 a).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI (Portaria N° 2.528, de 19 de outubro de 2006) tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. (BRASIL, 2010)

Para atualizar a PNSI, o Ministro aprovou pela portaria n° 2.528, de 19/10/2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que prioriza ações preventivas. Para isso, é necessário que todos os membros da equipe de saúde realizem vigilância por meio de instrumentos de avaliação e testes de triagem, que detecte distúrbios cognitivos, de mobilidade, de audição, visuais e outros. Deve ser considerado em cada etapa da intervenção o desejo dos idosos e seus familiares (BRASIL, 2006 b).

Diante de algum ato de violência contra a pessoa idosa, o art. 8º da Lei n° 6.259 ressalta que a notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente. (BRASIL, 2010). Nos estudos realizados por Araújo, Cruz e Rocha (2013) é destacada a importância da notificação por ser um instrumento no combate à violência, assim, o profissional de saúde possui o dever de notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência, no entanto a sua pesquisa destaca que existe um pouco de dificuldade, por parte dos mesmos, para identificar e denunciar os casos de violência contra idosos, pois há muita negligência nessa área.

Em uma pesquisa realizada por Martins e Massarollo (2010), 95,2% eram do sexo feminino, 50,8% viúvos, 54,0% aposentados e 57,1% atendidos na rede pública de saúde . Os participantes, possuíam média de idade de 73,56, renda média de $\pm$ R\$ 657,36. Além disso, 38,1% moravam sozinhos, 79,4% em residência própria, 93,7% utilizavam como meio de transporte, o público, 74,6% realizavam atividades de lazer e 73,0% não recebiam apoio para as atividades do dia a dia. Quando perguntados sobre seus direitos, 42 idosos (66,6%) responderam ter conhecimento sobre os mesmos, e 36 (57,1%) afirmaram que acreditavam que estes direitos eram respeitados. Desses, 09 acreditavam que os direitos eram respeitados, acreditavam que eram respeitados parcialmente e 11 acreditavam que não eram respeitados.

Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população têm diversas dimensões e dificuldades, e nada mais justo do que garantir ao idoso seus direitos e a sua integração na comunidade. O envelhecimento da população influencia o mercado de trabalho, o comércio a saúde e assistência médica, a composição e organização da família e vem acompanhada por doenças típicas da velhice como hipertensão e diabetes. O envelhecimento é um processo normal e inevitável, assim, deve ser tratado com intervenções sociais, econômicas e ambientais.

2.2 Violência na Terceira Idade

Os abusos físicos, psicológicos, sexuais, financeiros e negligências, assim como as outras formas de violência geralmente não chegam ao conhecimento das equipes de saúde, permanecendo, somente em ambiente familiar, ou sob o conhecimento dos prestadores de cuidados aos idosos, porém, a detecção de fatores de risco é uma iniciativa para prevenção, detecção precoce e promoção de condutas apropriadas para evitar esse tipo de violência. (SOUSA; WHITE; SOARES, *et.al.* 2010).

Na pesquisa realizada por Duque, Leal e Marques (2012), dos 274 idosos entrevistados, certificou-se a existência de 57 (20,8%) com sinais indicativos de violência. A maioria das vítimas de violência foi do sexo feminino (23,91%), numa razão de 1,65 mulheres para cada homem. Predominaram as vítimas com idades entre 60 e 69 anos (22,64%), os idosos analfabetos e os que não tinham companheiros foram os que mais sofreram com a violência. Quanto ao arranjo familiar, os idosos que moravam com 6 ou mais moradores, corresponderam a 33,33% dos casos. Destacando-se ainda que foram mais vitimizados os idosos que recebiam até um salário mínimo (22,86%) e os que contribuíam para o sustento da casa (20,88%).

A literatura referencia as tipologias da violência/maus-tratos que os idosos sofrem, tais como: maus-tratos físicos (uso da força física para compelir os idosos a fazerem o indesejado); maus-tratos psicológicos (agressões verbais ou gestuais); abuso financeiro ou material (uso não consentido de recursos financeiros patrimoniais); abuso sexual (ato ou jogo sexual por meio de aliciamento, violência física ou ameaças); negligência (recusa ou omissão de cuidados necessários pelos cuidadores); abandono (ausência ou deserção dos responsáveis); autonegligência (idoso que ameaça a própria saúde ou segurança, pela recusa);

negligência social difusa (é a omissão, negligência dos direitos e representatividade social); violação dos direitos humanos (privação de qualquer direito inalienável); abuso médico (cuidados médicos de forma negligente ou imprópria); segregação involuntária (qualquer forma de segregação em outro ambiente ou ala de um idoso residente, sem o consentimento de seu representante legal) (SOUSA; WHITE; SOARES, *et.al.* 2010).

Os serviços de atenção básica são estratégicos para lidar com casos de violência familiar, funcionando como a porta de entrada dos serviços públicos de saúde. A literatura da última década informa que os profissionais já vêm incorporando em suas rotinas as determinações de políticas públicas direcionadas ao enfrentamento da violência familiar. (WANDERBROOKE; MORE, 2013).

A violência não letal, mas grave ao ponto de levar o idoso a procurar atendimento, pode ser observada pelos dados de internação hospitalar. Em 2009, as causas violentas resultaram em 6% das hospitalizações de idosos no país, para fazer frente a essa demanda, o tema da violência está incluído em políticas e as leis brasileiras trazendo orientação ao atendimento de saúde para idosos, constituindo o embasamento na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (RIBEIRO; SOUZA; VALADARES, 2012).

Os sinais físicos suspeitos de maus-tratos nem sempre são recentes, pois a cicatrização do idoso é demorada, no entanto, quando provocadas, surgem com rapidez. Também pode haver diferentes estágios de cicatrização, resultado de agressões repetidas, localização em locais incomuns, apresentação na forma de fraturas de dentes, nariz e outros ossos com evidência radiológica de desalinhamento. Perda de peso e desnutrição também são indicadores de maus-tratos, assim, tanto negligência quanto a violência física são os principais causadores, na mesma dimensão, pelo sofrimento e aumento da morbidade e mortalidade desses idosos. (SOUSA; WHITE; SOARES, *et.al.* 2010).

Com relação aos sinais subjetivos cita-se: o idoso demonstra medo do seu responsável, apresenta depressão, respostas vagas e imprecisas, relacionamento indiferente, comportamentos bizarros, transtornos neuróticos, transtornos de conduta, dentre outros. (BRASIL, 2002)

Os maus-tratos contra o idoso representam uma grave violação de seus direitos como cidadãos, demonstrando assim, o retrocesso da evolução social quanto às afirmações dos direitos humanos, pois as mudanças ocorrem constantemente no país e no mundo. (GONDIM, 2011).

É importante ressaltar que, embora os idosos estejam amparados legalmente pela lei, a violência que mais os atinge é a negação dos direitos de cidadania conquistados por eles. (SOUZA; RIBEIRO; ATIE, *et. al.* 2008).

2.3 Formação do Enfermeiro na Prevenção da Violência ao Idoso na Estratégia Saúde da Família

Educar em saúde é promover a descoberta do que se é, da consciência de existir; promover a liberdade, desenvolvendo, assim, a capacidade de escolher, de pensar e desenvolver um olhar crítico sobre o mundo; desenvolver a responsabilidade e a solidariedade; canalizar para ações positivas as ações negativas; cultivar a alegria e a paz e desenvolver a empatia, também é questionar e reordenar valores; promover a justiça; agregar valor à pessoa; desenvolver a autoestima da pessoa e da comunidade e desvelar o preconceito (COSTA; CARBONE, 2009).

Segundo Heidemann et al. (2010), algumas academias usam as ideias do educador Paulo Freire para propor novos modelos de formação e ação no sistema de saúde, inclusive a incorporação dos princípios da promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. Freire (2011) afirma que é preciso que se convença de que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou construção. Defende também que o educando seja estimulado a uma reflexão crítica da realidade onde se insere.

Estudos têm reconhecido que os profissionais de saúde são considerados essenciais na identificação de indivíduos e grupos populacionais de risco para a violência, pela posição que ocupam na prestação de serviços à população, e para a promoção e prevenção. Entretanto, a crescente necessidade de atendimento às vítimas de violência que chegam aos serviços de saúde, evidencia precariedade na estrutura do sistema de saúde e dificuldades de seus profissionais no atendimento e acompanhamento dessas pessoas, contribuindo para a reincidência e agravamento de casos. Muitos desses problemas estão relacionados ao processo de formação e capacitação dos membros das equipes de saúde. (SOUZA; RIBEIRO; PENNA, *et. al.* 2009).

Em seu livro *Pedagogia da Autonomia*, Freire (2011), enfatiza que “formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas”, afirmando o respeito ao conhecimento trazido pelo educando, já que ele é um ser social e histórico.

Nesse sentido, torna-se necessária a capacitação dos profissionais de saúde visando a identificar e intervir com competência na violência sofrida pelos idosos, resgatando sua dignidade. Na prática direta com os idosos que usam os serviços de saúde, cabe ao profissional de saúde investigar e identificar os casos de violência e maus-tratos contra os idosos e agir coordenadamente com outros profissionais para traçarem intervenções eficazes (ARAUJO; CRUZ; ROCHA, 2013).

A tarefa dos profissionais junto às vítimas de maus tratos é bastante difícil porque, além de acolher e detectar os casos, é preciso acompanhar as vítimas. A falta de preparo para lidar com situações de violência está relacionada ao sentimento de impotência, que surge quando o profissional se depara com casos e não se sente suficientemente capacitado para abordá-lo. Além desse sentimento, existe o medo do profissional pela perda de controle da situação, de ser invasivo e ofensivo, de cometer injustiça com a pessoa atendida, caso a suspeita não se confirme e o medo da exposição e de represálias por parte do agressor (WANDERBROOKE; MORE, 2013).

A maior parte dos estudos que abordam a questão da capacitação de profissionais da saúde em relação à violência indica a necessidade de se desenvolver estratégias para prepará-los melhor sobre o tema. Além da necessidade de investir na conscientização dos profissionais sobre a violência e de recursos disponíveis para a sua abordagem, indicam também a necessidade de introduzir formalmente uma disciplina nos currículos e desenvolver programas de capacitação permanente das equipes de saúde. (SOUZA; RIBEIRO; PENNA, *et. al.* 2009).

Educar é um ato no qual se desenvolve um processo de conhecer. Não existe educação sem conhecimento e o conhecimento acontece através do ato de ensinar do educador e do ato de aprender do educando, que só aprende quando apreende o objeto e não quando recebe de memória ou guarda mecanicamente a descrição do objeto (FREIRE, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. Para Marconi e Lakatos (2009), a pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características, por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

As pesquisas exploratórias possibilita uma melhor investigação sobre a problemática da pesquisa, proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses, além do aprimoramento de ideias ou a descoberta de ideias ou a descoberta de intuições. (GIL, 2007).

Segundo Minayo (2008), a abordagem qualitativa aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam.

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado com profissionais enfermeiros que atuam nas ESF no município de Timon no Estado do Maranhão, cujas ações desenvolvidas são embasadas na política do SUS e que tem como objetivo assistir à comunidade local na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram 24 enfermeiros que fazem parte das ESF na cidade de Timon-MA que concordaram em participar do estudo de acordo com a Resolução

466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos e foram informadas sobre o anonimato e sigilo, sendo identificados como “depoente n°”. Foi solicitado que, após aceitação verbal, os mesmos assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), que obedece aos preceitos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ.

Os critérios de inclusão foram profissionais enfermeiros que atuavam em alguma equipe na Estratégia da Saúde da Família por um período igual ou maior a um ano, que não estavam de férias ou licença e que atuavam na zona urbana da cidade de Timon. Como critério de exclusão aqueles que não possuíam vínculo empregatício formal na Estratégia Saúde da Família e que possuísssem formação diversa da pesquisada. Os dados foram coletados a partir da aplicação de roteiro de entrevista semiestruturado.

3.4 Técnica e instrumento para produção de dados

A entrevista foi realizada verbalmente ou por escrito, incluindo a presença e a interação direta entre o pesquisador e o profissional enfermeiro. A entrevista era composta de perguntas abertas e fechadas e levou em média 15 minutos para ser respondida com questões relativas ao cuidado na prevenção da violência contra o idoso. Houve agendamento prévio com sua realização em uma sala reservada nas dependências do cenário de estudo, conforme disponibilidade dos participantes. A transcrição foi na íntegra, preservando a fala dos participantes para o estudo posterior e análise dos dados colhidos. O encerramento se deu após a saturação dos depoimentos.

3.5 Processamento e Análise dos dados

O processamento dos dados foi realizado por meio da Classificação Hierárquica Descendente, ou seja, relação entre as classes conforme dendograma do software textual IRAMUTEQ, segundo Camargo e Justo (2013), esse programa informático viabiliza diferentes tipos de análise textuais, desde o bem simples até análises multivariadas, ele organiza a distribuição de vocábulos de forma facilmente compreensível e visualmente claro.

Nas análises léxicas clássicas, o programa identifica e reformata as unidades de texto, transformando Unidade de Contexto Inicial (UCI) em Unidade de Contexto Elementar (UCE); identifica a quantidade de palavras, pesquisa o vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes, cria dicionários de formas reduzidas, identifica formas ativa e suplementares. Os dados foram analisados pela Classificação Hierárquica Descendente.

Para essa fase do estudo, seguiram-se as etapas descritas a seguir. Realizou-se a transcrição das entrevistas (24 textos), construiu-se o corpus e colocou-se em um único arquivo de texto, conforme orientações do tutorial do IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2013b). O corpus foi formado pelo conjunto de textos a ser analisado, fragmentado, pelo software, em segmentos de texto. Durante a preparação do corpus fizeram-se leituras, correções e decodificações das variáveis fixas, conforme mostra o quadro a seguir:

Quadro 1- Banco de dados para decodificar variáveis

Sujeito	Ano de Formação	Tempo de Atuação	Idade
*suj_1 a *suj_24 (Sujeitos entrevistados)	*for_1 até 2005 *for_2 após 2005	*tem_1 1 ano-1 ano, 11 meses e 29 dias *tem_2 02-10 anos *tem_3 mais de 10 anos	*id_1 até 30 anos *id_2 31-40 anos *id_3 mais de 40 anos

Fonte: Dados da autora.

A análise dos *corpus* visa obter classes de segmentos de texto em que, a relação entre as classes é ilustrada em um dendograma. A organização dos discursos produzidos pelos participantes desse estudo, a partir do tratamento e análise dos dados descritos, possibilitou o alcance dos objetivos do estudo sobre a Formação do Enfermeiro na Prevenção da Violência com a Pessoa Idosa na Estratégia Saúde da Família.

3.6 Aspectos Éticos e Legais

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI e autorização do responsável pelo local da pesquisa Respeitando a resolução 466/2012 do CNS e só executado após parecer favorável para a realização do mesmo.

3.7 Riscos e benefícios

Os participantes do estudo correram riscos mínimos, como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou receio da crítica por parte dos pesquisadores. No entanto, para minimizar esses riscos, atentou-se para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. Os benefícios, mesmo que não imediatos, surgirão através de programas educativos que beneficiará a melhoria da qualificação dos participantes. A coleta de dados foi realizada somente após a submissão e aprovação pelo comitê de ética da UNINOVAFAPI sob o parecer nº 876.609/2014.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Manuscrito 01 - Formação do enfermeiro na prevenção da violência contra a pessoa idosa na estratégia saúde da família

Nurse formation in violence prevention against old people in health family strategy

Elaiane dos Santos Silva, Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), BRASIL. E-mail: elaianesantos@hotmail.com

Eliana Campêlo Lago, Odontóloga, Doutora em Biotecnologia, Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPI, Universidade estadual do Maranhão-UEMA e Faculdade Integral Diferencial FACID DEVRVY. Teresina (PI), BRASIL. E-mail: eliana@uninovafapi.edu.br

[Marcia Astrês Fernandes, Enfermeira, Doutora em Ciências, professora da Universidade Federal do Piauí \(UFPI\). Teresina \(PI\), BRASIL. E-mail: \[mfernandes@uninovafapi.edu.br\]\(mailto:mfernandes@uninovafapi.edu.br\)](#)

[Maria Eliete Batista Moura, Enfermeira, Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa – Portugal. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário – UNINOVAFAPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: \[mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu\]\(mailto:mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu\).](#)

[Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida. Enfermeira. Doutora em Ciências.](#) Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAPI. Teresina (PI), BRASIL. E-mail: camila@uninovafapi.edu.br

Resumo

O idoso é rejeitado no decorrer da velhice sendo considerado improdutivo, tendo sua autonomia comprometida, se tornando dependente e vulnerável a todos os tipos de violência. Objetivos: analisar a formação do enfermeiro na prevenção da violência contra o idoso na

Estratégia Saúde da Família; pontuar os aspectos que interferem na formação do enfermeiro na prevenção da violência contra a pessoa idosa; descrever como a formação dos enfermeiros contribui para a prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada com 24 enfermeiros que atuam na ESF do Município de Timon-MA. Os dados foram produzidos através de entrevista semi-estruturada, processado no software IRAMUTEQ e analisada pela Classificação Hierárquica Descendente. Resultados: Os resultados destacaram seis classes. Classe 04: A educação permanente no serviço na atenção ao Idoso vítima de violência; Classe 03: Dificuldade do atendimento à pessoa idosa vítima de violência na ESF; Classe 02: Formação dos Enfermeiros na prevenção da violência contra a pessoa idosa; Classe 05: Pacientes idosos vítimas de violência na Estratégia Saúde da Família; Classe 01: O cuidado dado a pessoa idosa vítima de violência na ESF; Classe 06: Cuidados na visita domiciliar à pessoa idosa vítima de violência. Conclusão: É necessária a educação permanente desses profissionais a fim de que estejam preparados e orientados para intervenções nos casos de violência, sendo o enfermeiro um dos principais profissionais deste processo, tem a oportunidade de detectar in loco situações de violência contra a pessoa idosa e realizar as devidas intervenções.

Palavras-chaves: Idoso. Violência. Enfermeiros. Estratégia de Saúde da Família

Abstract

The elderly are still rejected in the course of old age by they being seen like a unproductive parcel of society, having their autonomy compromised, becoming dependent and vulnerable to all kinds of violence. Objectives: to analyze the training of nurses in the prevention of violence against the elderly in the Family Health Strategy; point out the aspects that interfere in nursing education in preventing violence against the elderly; describe how the training of nurses contributes to the prevention of violence against the elderly in the Family Health Strategy. Methodology: This is a qualitative survey of 24 nurses working in the FHS of the

Municipality of Timon of Maranhao. The data was produced by semi-structured interview, processed in IRAMUTEQ software and analyzed by Hierarchical Classification Descending. Results and discussion: The results highlighted six classes. Class 04: permanente education in the service in attention to elderly victims of violence; Class 03: difficulties in attendance to the elderly victim of violence in the FHS; Class 02: Training of Nurses in preventing violence against the elderly; Class 05: Elderly victims of violence in the Family Health Strategy; Class 01: The care given to elderly victims of violence in the FHS; Class 06: Care in home visits to the elderly victim of violence. Conclusion: the nurses professionals need training / continuing education so they can act correctly in case of violence. A home visit is presented as a fundamental step in the early detection of abuse against the elderly and should be performed routinely, as well as the guidance of family, community and health services about the various aspects related the topic at hand

Keywords: Elderly. Violence. Nurses. Family Health Strategy

Introdução

A violência é uma situação que ocorre em toda sociedade, das mais diversas formas, assumindo diversos matizes, e no contexto da terceira idade vem aumentando significativamente. Sabe-se que o número de idosos que sofrem algum tipo de abuso é tão grande que o fato é, atualmente, questão de Saúde Pública.

A violência contra o idoso impacta diretamente o setor da saúde, em 2008, 20.303 idosos morreram por causas externas (acidentes e violência), significando 3,1% das mortes dessas pessoas no Brasil. Nesse mesmo ano, 65,4% dos mortos por essas causas precisaram de atendimento e faleceram quando ainda estavam sendo atendidos em uma unidade de saúde.

(1)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua maus-tratos a pessoa idosa como ato único ou repetido, ou ainda, como ausência de ação apropriada que ocasione dano,

sofrimento ou angústia, e que ocorra dentro de um relacionamento de confiança. Essa violência e violação dos direitos humanos trata-se de um fenômeno biopsicossocial. (2)

No Brasil, as violências contra os idosos também se expressam sob formas de discriminação, sendo os idosos denominados como “descartáveis e um peso social”. A negligência e os maus-tratos contra idosos não é um acontecimento novo, no entanto, somente nas últimas duas décadas é que esse problema começou a despertar o interesse da comunidade científica. (3)

Devido ao preconceito cultural que ainda existe contra o idoso em nosso país, faz-se necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados na prevenção, identificação e tratamento de maus-tratos em idosos, uma vez que os serviços de saúde em geral, e mais particularmente os setores de emergência e os ambulatorios, constituem uma das principais portas de entrada das vítimas de maus-tratos (4)

Os movimentos de mudança da atenção e formação em saúde no Brasil possuem uma elevada influência do educador Paulo Freire já que se toma a educação como elemento transformador dos sujeitos em indivíduos capazes de refletir criticamente sobre sua realidade para realizar a intervenção de acordo com a necessidade. (5)

A preocupação com a formação dos profissionais enfermeiros surge pelo fato destes profissionais estarem inseridos na equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, realizando suas atividades de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento juntamente com outros profissionais, por meio de buscas ativas em visitas domiciliares, bem como atendimentos em hospitais, postos de saúde, ambulatorios, home care, apresentando assim, uma maior proximidade e oportunidade de conviver com o público em questão. Diante dessa problemática, o estudo tem como objeto a formação do enfermeiro na prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família.

O estudo teve como objetivos: analisar a formação do enfermeiro na prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família; pontuar os aspectos que interferem na formação do enfermeiro na prevenção da violência contra a pessoa idosa; descrever como a formação dos enfermeiros contribui para a prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família; elaborar uma cartilha educativa abordando os primeiros sinais de violência contra idosos, a legislação e o que fazer diante da situação de violência.

Metodologia

Os participantes do estudo foram 24 profissionais enfermeiros atuantes nas equipes de Estratégia Saúde da Família, no município de Timon, Maranhão, Brasil. Foram incluídos na pesquisa profissionais que atuavam em alguma equipe da Estratégia da Saúde da Família por, no mínimo, um ano e que não estavam de férias ou licença, devendo os mesmo atuarem somente na zona urbana da cidade. A coleta dos dados ocorreu em fevereiro e março de 2015; foram feitas entrevistas individuais com os sujeitos, guiadas por um roteiro semiestruturado, com 04 questões abertas, sobre o cuidado na prevenção da violência contra o idoso. A entrevista foi realizada em sala reservada, com duração de 15 minutos, em média. Foram respeitados os critérios éticos e o caráter sigiloso.

Para o processamento dos dados utilizou-se o software IRAMUTEC (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texte set et de Questionnaires), o qual permite diferentes formas de análises estatísticas sobre o corpus textual e as tabelas de indivíduos por palavras. Para a análise do texto, definiu-se a Classificação Hierárquica Descendente.

Realizou-se a transcrição das entrevistas (24 textos), construiu-se o corpus e colocou-se em um único arquivo de texto, conforme orientações do tutorial do IRAMUTEC (6). O corpus foi formado pelo conjunto de textos a ser analisado, fragmentado, pelo software, em segmentos de texto. Durante a preparação do corpus fizeram-se leituras, correções e decodificações das variáveis fixas, conforme mostra o quadro a seguir:

Sujeito	Ano de Formação	Tempo de Atuação	Idade
*suj_1 a *suj_24 (Sujeitos entrevistados)	*for_1 até 2005 *for_2 após 2005	*tem_1 1 ano-1 ano, 11 meses e 29 dias *tem_2 02-10 anos *tem_3 mais de 10 anos	*id_1 até 30 anos *id_2 31-40 anos *id_3 mais de 40 anos

Quadro 1- Banco de dados para decodificar variáveis

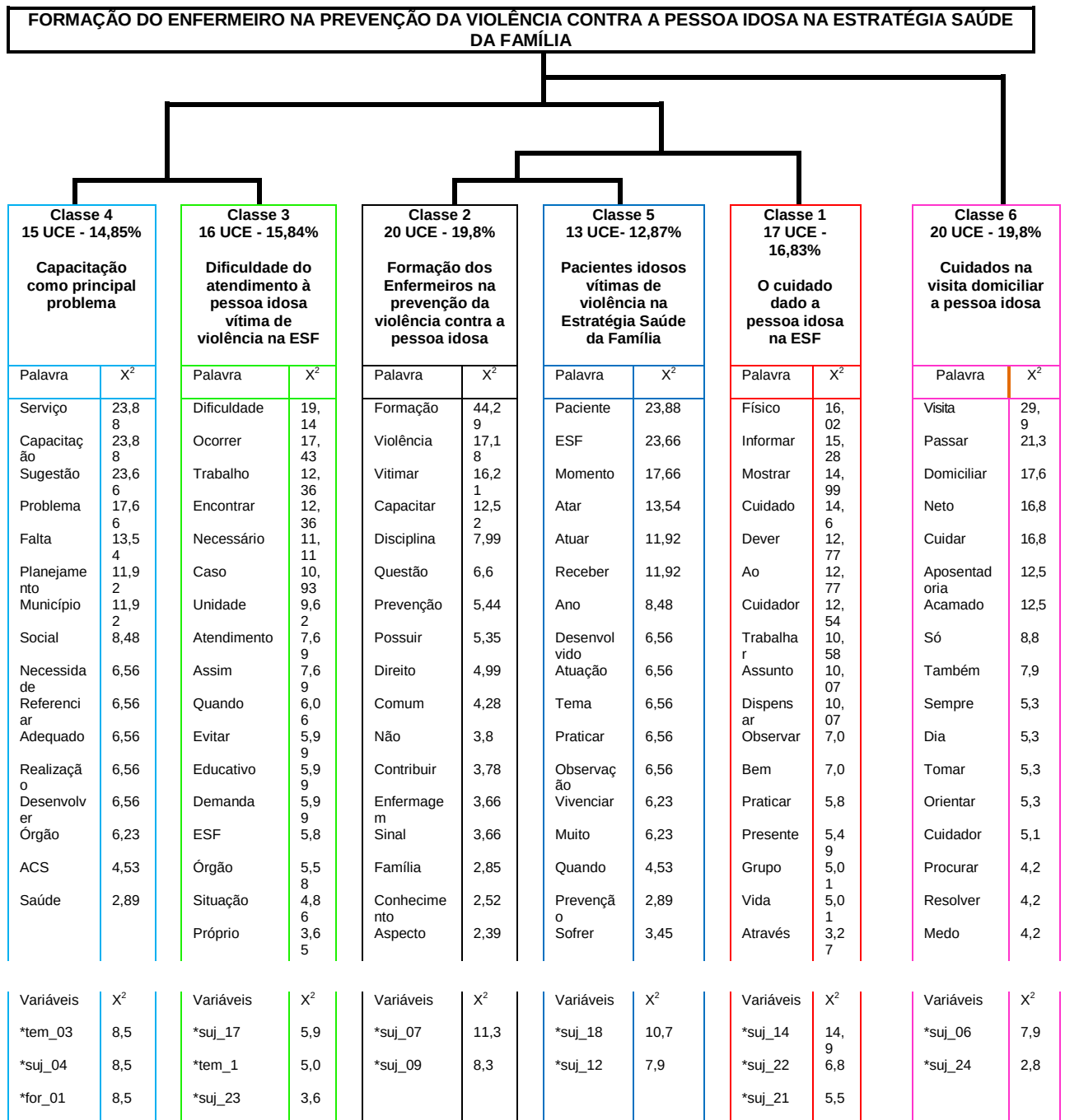
Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI e autorização do responsável pelo local da pesquisa Respeitando a resolução 466/2012 do CNS e só executado após parecer favorável para a realização do mesmo.

Resultados

O IRAMUTEC reconheceu a separação do corpus em 101 unidades de texto elementares (UCE) divididas em 121 segmentos de texto, com 83,47% de aproveitamento do material.

A relação entre as classes, como expressa no dendograma (FIGURA 1), demonstra que a formação do enfermeiro possui reflexos na prevenção da violência contra a pessoa idosa atendida na Estratégia Saúde as Família. Esta formação é "complementada", por cursos e programas de capacitação deste profissional enfermeiro, gerando reflexos no trabalho de toda a equipe. A falha conceitual ou procedimental do enfermeiro torna, ou parece tornar, a equipe impossibilitada de realizar um trabalho com qualidade relacionado a prevenção da violência.

Figura 01. Estrutura temática da formação do enfermeiro na prevenção da violência contra a pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família.



Discussão

Com base na análise pela Classificação Hierárquica Descendente, buscou-se a identificação e a análise dos domínios textuais, e a interpretação dos significados, dando-lhes nomes com seus respectivos sentidos em classes, como se segue.

Classe 04: Capacitação como principal problema

A classe 4, associa-se diretamente à classe 3, constituída por 15 UCEs, concentra 14,85% das UCEs classificadas. Assim os vocábulos em suas formas reduzidas selecionados pela frequência e pelos valores de χ^2 mais elevados na classe, apresentaram a falta de planejamento das Equipes Saúde da Família como o principal problema.

“formação não adequada e não foca na violência ao idoso, falta de capacitação dos profissionais e a própria dificuldade dos profissionais em lidar com esses tipos de situação” suj. 02

Nesse sentido, torna-se necessária a capacitação dos profissionais de saúde visando a identificar e intervir com competência na violência sofrida pelos idosos, resgatando sua dignidade. Na prática direta com os idosos que usam os serviços de saúde, cabe ao profissional de saúde investigar e identificar os casos de violência e maus-tratos contra os idosos e agir coordenadamente com outros profissionais para traçarem intervenções eficazes (7).

“a temática é trabalhada diante da necessidade ou sugestão feita pela equipe não para desenvolver ações e atividades abordando essa questão, acho que seria de suma relevância a realização de capacitação aos profissionais de saúde com abrangência em todos os setores... outra sugestão interessante seria a criação das semanas de combate a esse tipo de violência assim poderíamos tratar de maneira incisiva dentro do município” suj. 05

A tarefa dos profissionais junto às vítimas de maus tratos é bastante difícil porque, além de acolher e detectar os casos, é preciso acompanhar as vítimas. A falta de preparo para lidar com situações de violência está relacionada ao sentimento de impotência, que surge quando o profissional se depara com casos e não se sente suficientemente capacitado para

abordá-lo. Além desse sentimento, existe o medo do profissional pela perda de controle da situação, de ser invasivo e ofensivo, de cometer injustiça com a pessoa atendida, caso a suspeita não se confirme e o medo da exposição e de represálias por parte do agressor (8).

“não tenho capacitação o que é feito para a prevenção são palestras e busca ativa com o apoio dos ACS, não interferências baixo poder aquisitivo falta de informação aos familiares omissão de caso, sugestões” suj. 17

Classe 03: Dificuldade do atendimento à pessoa idosa vítima de violência na ESF

A classe 3, associa-se diretamente à classe 4, constituída por 16 UCEs, concentra 15,84% das UCEs classificadas. Assim os vocábulos em suas formas reduzidas selecionados pela frequência e pelos valores de χ^2 mais elevados na classe, apresentaram a dificuldade do atendimento à pessoa idosa vítima de violência na ESF.

“não fornecendo aporte a nós profissionais a fim de evitarmos que situações como essas ainda ocorram nos dias atuais o que pode ajudar nesses casos é um trabalho conjunto de todos os órgãos responsáveis, assistentes sociais, psicólogos... a fim de que o trabalho realizado seja o mais produtivo possível e que situações como essas não ocorram mais” suj. 03.

Estudos têm reconhecido que os profissionais de saúde são considerados essenciais na identificação de indivíduos e grupos populacionais de risco para a violência, pela posição que ocupam na prestação de serviços à população, e para a promoção e prevenção. Entretanto, a crescente necessidade de atendimento às vítimas de violência que chegam aos serviços de saúde, evidencia precariedade na estrutura do sistema de saúde e dificuldades de seus profissionais no atendimento e acompanhamento dessas pessoas, contribuindo para a

reincidência e agravamento de casos. Muitos desses problemas estão relacionados ao processo de formação e capacitação dos membros das equipes de saúde. (9).

“uma das principais dificuldades é identificar a violência uma vez que a maioria das vezes pessoas só considera violência a física, mas é bem comum a exploração financeira e do trabalho” suj. 08

Os direitos dos idosos preconizam a promoção do envelhecimento ativo com adoção de comportamentos, ambientes saudáveis e acolhedor, o direito à atenção integral à saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS); a capacitação dos recursos humanos e a orientação dos cuidadores/familiares certificando a qualidade da atenção oferecida; garante a obrigação da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de violência aos órgãos públicos e as ações de prevenção desses agravos. (1).

“o ideal seria se houvesse mais discursões mais debates para o tema que este fosse mais vistos na mídia em geral, TV, internet, trabalhos científicos e ambientes onde há uma grande demanda dessa faixa etária como bancos hospitais unidades de saúde em geral” suj. 12

Outra dificuldade apontada pelos enfermeiros é a sobrecarga que os profissionais dos ESF sofrem com o grande numero de programas para o acompanhamento e muitos papéis para serem preenchidos.

“umas das dificuldades é que a demanda de atividades na unidade de saúde é extensa são vários programas para atuarmos e na maioria das vezes o tempo fica curto para desenvolvermos todas as ações desejadas” suj. 18

Classe 02: Formação dos Enfermeiros na prevenção da violência contra a pessoa idosa

A classe 2, associa-se diretamente à classe 5, constituída por 20 UCEs, concentra 19,8% das UCEs classificadas. Assim os vocábulos em suas formas reduzidas selecionados

pela frequência e pelos valores de χ^2 mais elevados na classe, apresentaram A Formação dos Enfermeiros na prevenção da violência contra a pessoa idosa. Um dos entrevistados enfatiza que:

“dentre vários aspectos aprendemos na formação de enfermagem que podemos intervir através da implantação de núcleos de prevenção as violências e promoção da saúde constando entre suas atividades a implementação da notificação de maus tratos e outras violências... alguns dos aspectos que interferem na prestação da assistência a pessoa idosa vitima de violência são por parte do idoso a dependência em todas as suas formas como física mental afetiva socioeconômica medo da vitima de possíveis represálias... sentimento de culpa a pessoa idosa pode pensar que é sua a culpa por estar sofrendo maus tratos pois não foi um bom pai ou uma boa mãe e agora está colhendo os resultados” suj. 07

A maior parte dos estudos que abordam a questão da capacitação de profissionais da saúde em relação à violência indica a necessidade de se desenvolver estratégias para prepará-los melhor sobre o tema. Além da necessidade de investir na conscientização dos profissionais sobre a violência e de recursos disponíveis para a sua abordagem, indicam também a necessidade de introduzir formalmente uma disciplina nos currículos e desenvolver programas de capacitação permanente das equipes de saúde. (9). Assim como alguns profissionais necessitam de formação, outros dizem que a graduação foi suficiente para a prevenção desse tipo de violência:

“contribuiu de forma que me permite identificar a violência tanto física sexual e psicológica e os maus tratos contra a pessoa idosa e saber ter a conduta correta para intervir diante da situação de

violência... os aspectos que interferem na identificação geralmente a família que se recusa a aceitar que o idoso esta sofrendo algum tipo de violência na maioria das vezes esse idoso não tem a alimentação adequada porque sua família ou cuidador usa o seu aposento ou benefício para outro fins” suj. 11

O artigo 230 da Constituição Federal descreve: "A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito a vida", ou seja, é dever da família e do Estado colaborar para uma velhice digna e tranquila. A família deve ser conscientizada de seu papel em relação à tutela jurídica e amparo, já que o Estado não poderá sozinho oferecer os subsídios necessários para os idosos (2).

“contribuir com o conhecimento teórico sim o conhecimento teórico me fez compreender a fragilidade do idoso levando a ter um olhar mais atento as suas necessidades, nunca tivemos na ESF qualquer treinamento relacionado a saúde do idoso” suj. 19

Classe 05: Pacientes idosos vítimas de violência na Estratégia Saúde da Família

A classe 5, associa-se diretamente à classe 2, constituída por 13 UCEs, concentra 12,87% das UCEs classificadas. Assim os vocábulos em suas formas reduzidas selecionados pela frequência e pelos valores de χ^2 mais elevados na classe, apresentaram casos de pacientes idosos vítimas de violência na ESF.

“não nesses quase dois anos de atuação no esf nunca me deparei ou presenciei violência contra a pessoa idosa” suj. 03

Os abusos físicos, psicológicos, sexuais, financeiros e negligências, assim como as outras formas de violência geralmente não chegam ao conhecimento das equipes de saúde, permanecendo, somente em ambiente familiar, ou sob o conhecimento dos prestadores de

cuidados aos idosos, porém, a detecção de fatores de risco é uma iniciativa para prevenção, detecção precoce e promoção de condutas apropriadas para evitar esse tipo de violência. (2).

“felizmente ate o presente momento ainda não vivenciei, um obstáculo que muitas vezes podem acontecer é a omissão, muitos idosos são violentados até mesmo por seus familiares mas possuem receio de procurar ajuda e confiança a quem procurar” suj. 12

A Educação em Saúde divide-se em: a Educação Continuada e a Educação Popular. A Educação Popular tem a finalidade de construir a autonomia do cidadão e fazer do paciente sujeito e não um objeto da atenção médica no processo de cura. Já a Educação Continuada dos profissionais de saúde visa à formação de um olhar crítico sobre o mundo e de uma postura reflexiva com relação ao processo saúde-doença. (10).

“naquele momento eu já tinha um contato direto com os paciente e pude conhecer os seus relatos e experiências vividas a partir de então despertou em mim uma atenção maior a esse tema e ou problemática... desde o inicio da minha atuação na ESF ate o momento não recordo de ter participado de capacitação para atuar contra a violência contra o idoso e quanto minha realidade na unidade de saúde que atuo esse é um aspecto que precisa ser mais praticado e dialogado, apesar desse déficit, ressalto que algumas vezes oriento os pacientes quando a esse tipo de violência durante as consultas e palestra... ate o momento não vivenciei esse tipo de situação na esf” suj. 18

Estudos destaca a importância da notificação por ser um instrumento no combate à violência, assim, o profissional de saúde possui o dever de notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência, no entanto a sua pesquisa destaca que existe um pouco de

dificuldade, por parte dos profissionais, para identificar e denunciar os casos de violência contra idosos, pois há muita negligência nessa área. (7)

“já vivenciei uma idosa de 85 anos deficiente visual que passava o dia inteiro abandonada e sendo negligenciada pela neta, a mesma sofria muitas agressões verbais como “você só serve porque tem um cartão de aposentadoria”... ficando o dia inteiro aos cuidados dos vizinhos depois de muita conversa com a neta, a neta resolveu pagar com o dinheiro da aposentadoria uma senhora para ficar com a avó durante o dia para fazer comida e ajudar a idosa com as necessidades básicas” suj. 16

Classe 01: O cuidado dado a pessoa idosa na ESF

A classe 1, associa-se diretamente a classe 2 e 5, constituída por 17 UCEs, concentra 16,8 % das UCEs classificadas. Dessa forma os vocábulos selecionados pela frequência e pelos valores de χ^2 evidenciaram o cuidado dado a pessoa idosa na ESF.

Os participantes da pesquisa informaram que em sua atuação nas ESF, os cuidadores não estão preparados para cuidar de uma pessoa idosa, como se pode observar nas UCEs a seguir:

“o convívio familiar estressante e cuidadores despreparados ou sobrecarregados tendem a agravar a situação do idoso, acompanhar rigorosamente através de visitas domiciliares, observar qualquer sinal de irregularidade como violência psicológica, física, violência econômica, financeira e patrimonial” suj. 04

A literatura referencia as tipologias da violência/maus-tratos que os idosos sofrem, tais como: maus-tratos físicos ; maus-tratos psicológicos; abuso financeiro ou material; abuso sexual; negligência; abandono; autonegligência; negligência social difusa; violação dos direitos humanos; abuso médico; segregação involuntária (2).

“diante de ser muito específico à atenção a este grupo pude observar e vivenciar que a graduação não é abordado sobre o tema de forma mais ampla, entendo que as disciplinas que relatam sobre este tema devem expandir as informações” suj. 24

Classe 06: Cuidados na visita domiciliar a pessoa idosa

A classe 6, está associada a todas as classes, constituída por 20 UCEs, concentra 19,8% das UCEs classificadas. Assim os vocábulos em suas formas reduzidas selecionadas pela frequência e pelos valores de χ^2 mais elevados na classe, apresentaram os cuidados na visita domiciliar a pessoa idosa pelos Enfermeiros das ESF.

“faço palestras e orientação aos cuidadores... um casal de idosos que moravam sozinhos em uma casa, praticamente sem nada, passava fome porque a filha era drogada e só ia visita-los no dia da aposentadoria... passavam o mês comendo petiscos, desnutridos e desidratados, acionei o conselho tutelar e foram entregues cestas básicas adquiridas com a equipe, é feito visita domiciliar bimestralmente e sempre que possível é feito doação de roupas objetos de casa e comida... a maior dificuldade é acionar as pessoas certas e não ter o retorno de resolução do caso, aqui em Timon deveria ter a casa do idoso desamparado e acamado que não tem familiares para cuidar” suj. 06

Mais de 13 milhões de cidadãos brasileiros, é impossível que os idosos e os problemas que lhes dizem respeito passem despercebidos no país. Embora a violência contra os idosos e suas manifestações seja facilmente reconhecida, esse problema não tem se apresentado como relevância social. Neste momento histórico, em que a quantidade de idosos tem crescido, torna-se um tema obrigatório da pauta de questões sociais.(11)

“as praticas desenvolvidas resume se na observação de toda a equipe, caso suspeito ocorreu durante consulta e na outra visita domiciliar orientamos e marcamos nova visita para apurarmos” suj. 10

Os maus-tratos contra o idoso representam uma grave violação de seus direitos como cidadãos, demonstrando assim, o retrocesso da evolução social quanto às afirmações dos direitos humanos, pois as mudanças ocorrem constantemente no país e no mundo. (12).

“as praticas que eu uso no meu PSF atual são abordagem do idoso acamado em domicilio nas visitas domiciliares semanais, onde trabalho com orientação e observações aos cuidados dispensados a estes idosos... ou a própria equipe que por não ser comunicada do abuso não faz visita rotineira a esses idosos, os próprios idoso que por medo ou ate mesmo por não ter condições de falar não relatam o ocorrido a alguém de confiança... suas condições de moradia, sua alimentação e por fim manter um feedback positivo com os cuidadores” suj. 22

Os serviços de atenção básica são estratégicos para lidar com casos de violência familiar, funcionando como a porta de entrada dos serviços públicos de saúde. A literatura da última década informa que os profissionais já vêm incorporando em suas rotinas as determinações de políticas públicas direcionadas ao enfrentamento da violência familiar. (8).

“na visita domiciliar realizamos o atendimento aqueles pacientes que estar impossibilitado de se deslocar, acamados pela doença e ou por inúmeros fatores... entretanto com o passar do tempo passei a contribuir mais para com este grupo idosos no momento da visita domiciliar procurando ouvir e compreender os aspectos mencionados no contexto familiar domiciliar destes idosos com seus familiares e ou

cuidador... já houve algumas situações vivenciadas, uma destas era uma senhora que era DM e HAS insulina dependente com problemas de depressão e a mesma convivia com a filha e neta... a equipe realizava visita domiciliar sempre orientava quanto ao uso de medicações e condutas que os mesmos deveriam tomar só que infelizmente a família não contribuía de nenhuma forma não havia ninguém da família para cuidar e a mesma foi a óbito por falta de aplicação e medicação no uso correto” suj. 24

É importante ressaltar que, embora os idosos estejam amparados legalmente pela lei, a violência que mais os atinge é a negação dos direitos de cidadania conquistados por eles. (13).

Neste estudo, a maioria dos profissionais relatou não ter recebido nenhum treinamento ou capacitação para atuar na prevenção da violência contra a pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família. Apesar dos profissionais de saúde serem fundamentais na identificação da violência contra a pessoa idosa, uma das principais dificuldades encontradas por eles, foi justamente a identificação desta violência, uma vez que os agressores são pessoas próximas e, muitas vezes, os idosos não denunciam os maus-tratos sofridos.

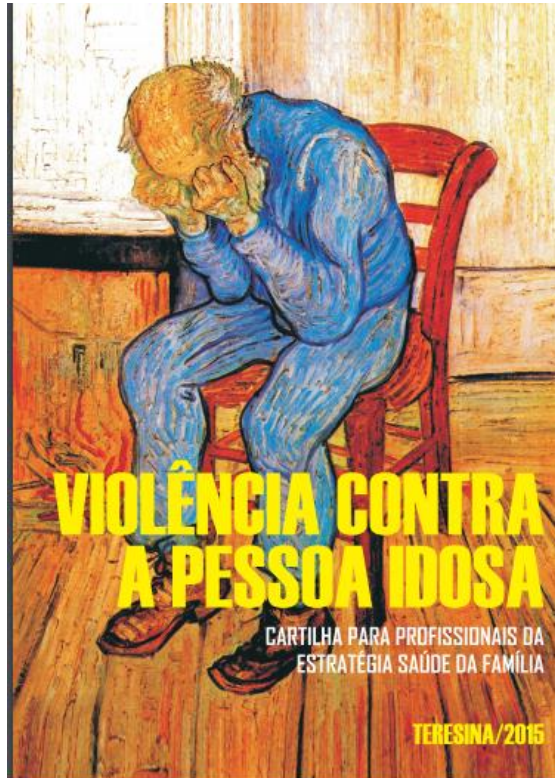
Como a UBS é porta de entrada do serviço de saúde para a população, torna-se necessário a valorização da educação permanente em saúde, e neste caso específico, relacionado aos múltiplos aspectos que compõem o tema violência. Neste aspecto, ressalta-se a importância da visita domiciliar como forma de aumentar o contato entre o profissional/idoso/família/cuidador com o objetivo de realizarem ações voltadas para a prevenção e detecção precoce da violência.

Referencias

1. Ribeiro, AP; Souza, ER de; Valadares, FC. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**. 2012, vol.17, n.5, pp. 1167-1177. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500011>. Acessado em: 07/03/2014.
2. Sousa, DJ de; White, HJ; Soares, LM; Nicolosi, GT; Cintra, FA; D'elboux, MJ. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2010, vol.13, n.2, pp. 321-328. ISSN 1809-9823. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200016&lng=pt. Acessado em: 08/03/2014.
3. Souza, JAV de; Freitas, MC de, Queiroz, TA de. Violência contra os idosos: análise documental. **Rev. bras. enferm.** 2007, vol.60, n.3, pp. 268-272. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300004>. Acessado em: 11/10/2013.
4. Freitas, Elizabete Viana de; Ligia Py; Flávio Aluizio Xavier Cançado; Johannes Doll; Milton Luiz Gorzoni; **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2006.
5. Cardoso, I. M. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 21, supl. 1,p. 18-28, maio 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500002. Acessado em: 08/06/2015.
6. Camargo, B. V.; Justo A. M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição- LACCOS. **Universidade Federal de Santa Catarina**. Brasil, 2013b.
7. Araujo, L. F.; Cruz, E. A., Rocha, R. A. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. **Psicol.**

- Soc.** 2013, vol.25, n.1, pp. 203-2012. ISSN 1807-0310. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822013000100022>. Acessado em: 07/03/2014.
8. Wanderbroocke, ACNS, More, CLOO. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2012, vol.17, n.8, pp. 2095-2103. ISSN 1413-8123. Disponível em<
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800020>.> Acessado em: 11/10.2013.
9. Souza, ER; Ribeiro, AP; Penna, LHG; Ferreira, AL; Santos, NC dos; Tavares, CMM. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009, vol.14, n.5, pp. 1709-1719. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500012>> Acessado em: 07/03/2014.
10. Costa, EMA; Carbone, MH. **Saúde da Família – Uma abordagem multidisciplinar**. – 2.ed. – Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.
11. Minayo, MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**. 2003, vol.19, n.3, pp. 783-791. ISSN 0102-311X. Disponível em
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300010>. Acessado em: 10/12/2013.
12. Gondim, LVC. Violência intrafamiliar contra o idoso: uma preocupação social e jurídica. **Ministério Público do Estado do Ceará**. Ed. 2. 2011. Disponível em: <
http://www.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/edi002_2011/artigos/04-Violencia.Intrafamiliar.Contra.o.Idoso.pdf> acessado em: 11/12/2013
13. Souza, ER, Ribeiro, AP, Atie, S, Souza, AC, Marques, CC. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciênc. saúde coletiva**. 2008, vol.13, n.4, pp. 1153-1163. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400011>. Acessado em: 07/03/2014

4.2 Produto – CARTILHAS: VIOLENCIA CONTRA A PESSOA IDOSA



CARTILHA DE ORIENTAÇÕES NA PREVENÇÃO DA
VIOLENCIA CONTRA PESSOA IDOSA PARA OS
PROFISSIONAIS DA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Aluna:
Elaiane dos Santos Silva

Professora orientadora:
Profa. Dra. Eliana Campelo Lago

Capa: *Old Man in Sorrow (On the Threshold of Eternity)*
por Vincent van Gogh, 1890.

FICHA CATALOGRÁFICA

S586c SILVA, Elaiane dos Santos

Cartilha de orientações na prevenção da
violência contra a pessoa idosa para os
profissionais da estratégia saúde da
família/Elaiane dos Santos Silva. Orientador(a):
Prof. Dr. Eliana Campelo Lago- Teresina, 2015.
14p.

Dissertação (Mestrado profissional em Saúde da
família) – Centro UNINOVAFAPI, Teresina, 2015.

1. Idoso. 2. Violência. 3. Enfermeiros. 4.
Estratégia de saúde da família. I. Título.

CDD 617.601

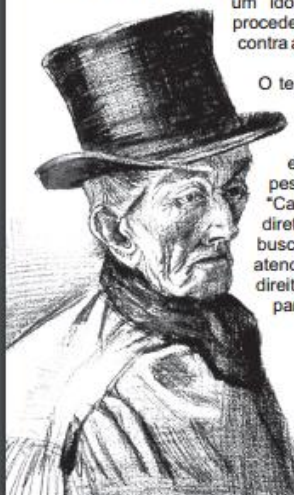
ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	4
POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	5
TIPOLOGIA DE VIOLÊNCIA	7
INDICADORES DE VIOLÊNCIA	7
COMUNICAÇÃO COM A PESSOA IDOSA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA	8
PREVENIR A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA	9
DIANTE DE UM CASO DE VIOLÊNCIA	10
REFERÊNCIAS	12

APRESENTAÇÃO

Os problemas relativos à violência vêm ganhando cada vez mais visibilidade, tendo se tornado uma questão importante para a Saúde Pública. Os diversos abusos e os maus tratos às pessoas idosas representam um grave problema. Infelizmente é um fenômeno pouco reconhecido e denunciado. Há resistência e dificuldade nos idosos, nos profissionais e na sociedade em falar sobre o tema e consequentemente a sua negação. É preciso romper com este silêncio.

Essa Cartilha trata-se de instrumento para os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica adquirirem conhecimento a cerca dos direitos da pessoa idosa, auxiliar na identificação de um idoso vítima de violência e como proceder diante de um caso de violência contra a pessoa idosa.



O tema possui sua relevância, dada a crescente importância que os direitos da pessoa idosa têm assumido na sociedade brasileira e pelo crescimento do número de pessoas com mais de 60 anos. A "Cartilha" busca, em linguagem clara e direta para informar os profissionais, buscando, ainda, indicar os locais de atendimento, no caso de violação de direitos, constituindo em um guia prático para o uso a que se destina.

Man with Top Hat
Vincent van Gogh, 1882

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como finalidade 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. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.



O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário. Cumpre notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (Lima-Costa & Veras, 2003).

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica.

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.



Woman at the Window, Knitting. Vincent van Gogh, 1882

TIPOLOGIA DE VIOLÊNCIA

- Maus-tratos físicos (uso da força física para compelir os idosos a fazerem o indesejado);
- Maus-tratos psicológicos (agressões verbais ou gestuais);
- Abuso financeiro ou material (uso não consentido de recursos financeiros patrimoniais);
- Abuso sexual (ato ou jogo sexual por meio de aliciamento, violência física ou ameaças);
- Negligência (recusa ou omissão de cuidados necessários pelos cuidadores);
- Abandono (ausência ou deserção dos responsáveis);
- Autonegligência (idoso que ameace a própria saúde ou segurança, pela recusa);
- Negligência social difusa (é a omissão, negligência dos direitos e representatividade social);
- Violação dos direitos humanos (privação de qualquer direito inalienável);
- Abuso médico (cuidados médicos de forma negligente ou imprópria);
- Segregação involuntária (qualquer forma de segregação em outro ambiente ou ala de um idoso residente, sem o consentimento de seu representante legal) (SOUSA; WHITE; SOARES, et. al. 2010).

INDICADORES DE VIOLÊNCIA

O que se deve observar:

- Os sinais físicos de maus-tratos nem sempre são recentes, pois a cicatrização do idoso é demorada, no entanto, quando provocadas, surge rapidamente;
- O idoso parece ter medo de um familiar ou de um cuidador profissional;
- Não querer responder quando se pergunta, ou olha para o cuidador antes de responder;
- Se comportamento muda quando o cuidador entra ou sai do espaço físico onde se encontra;
- Manifesta sentimento de solidão, diz que precisa de amigos, família, dinheiro, etc
- Expressa frases que indicam baixa autoestima: "não sirvo pra nada", "só estou incomodando"
- Se refere ao cuidador como uma pessoa com "gênio forte" ou que está frequentemente "cansada"
- Mostra exagerado respeito ao cuidador

7

COMUNICAÇÃO COM A PESSOA IDOSA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Para facilitar a comunicação com uma pessoa idosa vítima de violência deve-se:

- Adaptar a linguagem ao nível cultural da pessoa idosa, de forma que seja claro e compreensível;
- Propiciar um ambiente relaxado. Observar para que o lugar da entrevista ofereça as condições mínimas de segurança.
- Não julgar as opiniões, crenças ou pensamentos da pessoa idosa;
- Estabelecer uma relação empática, se colocando no lugar do idoso, pois cabe ao profissional dar o primeiro passo nesta relação;
- Manter uma postura que aproxime o profissional da pessoa idosa;
- Manter o contato visual;
- Cuidar dos outros aspectos da comunicação não verbal como a expressão facial, o tom de voz;
- Mostrar atenção;
- Mostrar uma atitude tranquila, tanto quando estiver perguntando (utilizando um tom de voz sereno, bem modulado, evitando parecer surpreso ou cansado) ou ouvindo as respostas, independentemente do que ela relate;
- Repetir alguma ideia expressada pela pessoa idosa, com as mesmas palavras que ela utilizou ou com suas próprias palavras, para compreender melhor e para que ela perceba o que está contando;

8

PREVENIR A VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Os profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, em muitas situações, são as únicas pessoas que têm contato com as pessoas idosas e muitos deles são os únicos que são autorizados a entrar nas casas e domicílios dos idosos, dessa forma, a responsabilidade destes profissionais aumenta muito na prevenção nas diversas situações de violência.

Os profissionais devem:

- Avaliar periodicamente o nível de independência nas suas atividades de vida diária, quando maior a dependência, maior será o risco da ocorrência de violência;
- Estimular a preservação da independência e autonomia para decidir as questões que envolvem a vida dos idosos;
- Incentivar que os idosos participem de atividades sociais, de lazer e recreação;
- Promover atividades para a informação e prevenção da violência.
- Orientar os idosos a evitar o isolamento social como: Ter um bom amigo com quem possa falar abertamente dos seus problemas; ter amigos que possam lhe visitar em casa; aceitar as oportunidades que aparecem para coisas novas; participar de atividades sociais da comunidade; participar dos serviços voluntários; ter controle dos seus pertences; ter o controle do seu cartão bancário; e ter alguém a quem recorrer quando se sentir maltratado.

9

Pair of Old Shoes, Vincent van Gogh, 1886



DIANTE DE UM CASO DE VIOLÊNCIA

• Para a abordagem e redução dos abusos e violências contra as pessoas idosas, é necessário uma atuação multisetorial e multidisciplinar e que participe os profissionais da justiça e dos direitos humanos, segurança pública, profissionais da saúde, da assistência, instituições religiosas, organizações e associações de idosos, poder legislativo e tantos outros atores e protagonistas sociais. A dificuldade para definir e reconhecer a violência contra a pessoa idosa não deve ser obstáculo para continuar investigando e intervindo.

• Diante de algum ato de violência contra a pessoa idosa, confirmado ou suspeito, o art. 8º da Lei nº 6.259 ressalta que a notificação compulsória é OBRIGATÓRIA para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente. (BRASIL, 2010).

• Estudos destacam a importância da notificação por ser um instrumento no combate à violência, assim, o profissional de saúde possui o dever de notificar os casos suspeitos ou confirmados de violência. Araújo, Cruz e Rocha (2013). A notificação deve ser encaminhada para a Vigilância Epidemiológica.

Deve-se orientar o idoso, também, a procurar o Promotor de Justiça, pois ele pode adotar medidas para proteger os idosos que estejam em situação de risco. Em qualquer desses casos, alguém da família, amigo ou vizinho pode procurar o Promotor de Justiça de Timon-MA para fazer uma denúncia.



10

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, out. 2006 b. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf> acessado em: 15/06/2015.

FIRMO J. O. A., BARRETO S. M., LIMA-COSTA., 2003. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. Cadernos de Saúde Pública; v. 19, n. 3, p. 817-827, mai/jun.

LIMA-COSTA M. F. F. & VERAS R., 2003. Saúde Pública e Envelhecimento. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, Mai/Jun. 2003a.

SOUZA, Danúbia Jussana de; WHITE, Harriet Jane; SOARES, Letícia Maria; NICOLosi, Glória Teixeira; CINTRA, Fernanda Aparecida; D'ELBOUX, Maria José. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2010, vol.13, n.2, pp. 321-328. ISSN 1809-9823. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200016&lng=pt. Acessado em: 08/03/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento: Séries Pacto pela Saúde, 2006, vol.12. Brasília-DF. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf acessado em: 15/06/2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Violência contra Pessoa Idosa. Coordenadoria de Desenvolvimento e Políticas de Saúde – CODEPPS. Secretaria Municipal de Saúde. São Paulo. 2007. Disponível em: http://midia.pgr.mpf.gov.br/pfdo/15dejunho/caderno_violencia_idoso_atualizado_19jun.pdf acessado em: 16/06/2015

ARAUJO, Ludgleydson Fernandes de; CRUZ, Edilene Alves da, ROCHA, Romulo Araujo da. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. Psicol. Soc. 2013, vol.25, n.1, pp. 203-2012. ISSN 1807-0310. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822013000100022>. Acessado em: 07/03/2014.

II

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, a maioria dos profissionais relatou não ter recebido nenhum treinamento ou capacitação para atuar na prevenção da violência contra a pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família.

Apesar dos profissionais de saúde serem fundamentais na identificação da violência contra a pessoa idosa, uma das principais dificuldades encontradas por eles, foi justamente a identificação desta violência, uma vez que os agressores são pessoas próximas e, muitas vezes, os idosos não denunciam os maus-tratos sofridos.

Como a UBS é porta de entrada do serviço de saúde para a população, torna-se necessário a valorização da educação permanente em saúde, e neste caso específico, relacionado aos múltiplos aspectos que compõem o tema violência. Neste aspecto, ressalta-se a importância da visita domiciliar como forma de aumentar o contato entre o profissional/idoso/família/cuidador com o objetivo de realizarem ações voltadas para a prevenção e detecção precoce da violência.

Vale salientar que as principais dificuldades encontradas para a realização desse trabalho foram a significativa resistência dos profissionais na participação da pesquisa e o tempo disponível para responderem ao questionário sem interrupções.

REFERENCIAS

ARAUJO, Ludgleydson Fernandes de; CRUZ, Edilene Alves da, ROCHA, Romulo Araujo da. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. **Psicol. Soc.** 2013, vol.25, n.1, pp. 203-212. ISSN 1807-0310. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822013000100022>. Acessado em: 07/03/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acessado em: 15/06/2015

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, out. 2006 b. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeDaPessoaIdosa.pdf> acessado em: 15/06/2015.

_____. Ministério da Saúde, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento; Séries Pacto pela Saúde, 2006, vol.12. Brasília-DF. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf acessado em: 15/06/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria – Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. Violência Intrafamiliar, orientações para a prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica Nº 8 Série A – Normas e Manuais Técnicos; nº 131. Brasília/DF. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf acessado em: 02/07/2015.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. **Temas em Psicologia** – 2013, Vol. 21, nº 2, 513-518. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acessado em: 02/12/2013.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO Ana Maria. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição-LACCOS. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil, 2013b.

CARDOSO, Ivana Macedo. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. *Saúde soc.*, São Paulo , v. 21, supl. 1,p. 18-28, maio 2012 .

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500002. Acessado em: 08/06/2015.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família – Uma abordagem multidisciplinar**. – 2.ed. – Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

DUQUE, Andrezza Marques; LEAL, Márcia Carrera Campos; MARQUES, Ana Paula de Oliveira; ESKINAZI, Fernanda Maria Vieira; DUQUE, Amanda Marques. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciênc. saúde coletiva**. 2012, vol.17, n.8, pp. 2199-2208. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800030>. Acessado em: 08/03/2014

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. edição. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREITAS, Elizabete Viana de; Ligia Py; Flávio Aluizio Xavier Cançado; Johannes Doll; Milton Luiz Gorzoni; **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2006.

_____. **Pedagogia da Compromisso: América Latina e educação popular**. 1. edição. Indaiatuba, SP: Villa das Letras , 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo:Atlas, 2007.

GONDIM, Lillian Virgínia Carneiro. Violência intrafamiliar contra o idoso: uma preocupação social e jurídica. **Ministério Público do Estado do Ceará**. Ed. 2. 2011. Disponível em: < http://www.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/edi002_2011/artigos/04-Violencia.Intrafamiliar.Contra.o.Idoso.pdf> acessado em: 11/12/2013.

HEIDEMANN, Ivonete Buss Schülte; BOEHS, Astrid Eggert.; WOSNY, Antônio Miranda; STULP, Karine Patrícia. Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. *Rev. Bras. Enferm.* 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a11v63n3.pdf>. Acessado em: 09/06/2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, Maristela Santini ; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Conhecimento de idosos sobre seus direitos. **Acta paul. enferm.** 2010, vol.23, n.4, pp. 479-485. ISSN 0103-2100. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000400006>.> Acessado em: 12/12/2013.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11. ed. Hucitec, São Paulo-SP, 2008.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilsa Ramos de and VALADARES, Fabiana Castelo. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**. 2012, vol.17, n.5, pp. 1167-1177. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500011>. Acessado em: 07/03/2014.

SOUZA, Danúbia Jussana de; WHITE, Harriet Jane; SOARES, Letícia Maria; NICOLSI, Gloria Teixeira; CINTRA, Fernanda Aparecida; D'ELBOUX, Maria José. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. 2010, vol.13, n.2, pp. 321-328. ISSN 1809-9823. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000200016&lng=pt. Acessado em: 08/03/2014.

SOUZA, Jacy Aurélia Vieira de; FREITAS, Maria Célia de, QUEIROZ, Terezinha Almeida de Violência contra os idosos: análise documental. **Rev. bras. enferm.** 2007, vol.60, n.3, pp. 268-272. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000300004>. Acessado em: 11/10/2013.

SOUZA, Edinilsa Ramos de, RIBEIRO, Adalgisa Peixoto, ATIE, Soraya, SOUZA, Amaro Crispim de, MARQUES, Christiane da Cunha. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. **Ciênc. saúde coletiva**. 2008, vol.13, n.4, pp. 1153-1163. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400011>. Acessado em: 07/03/2014.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; PENNA, Lúcia Helena Garcia; FERREIRA, Ana Lúcia; SANTOS, Neuci Cunha dos; TAVARES, Claudia Mara de Melo. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009, vol.14, n.5, pp. 1709-1719. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500012>> Acessado em: 07/03/2014.

WANDERBROOCKE, Ana Claudia Nunes de Souza, MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2012, vol.17, n.8, pp. 2095-2103. ISSN 1413-8123. Disponível em< <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800020>> Acessado em: 11/10.2013.

_____, Ana Claudia Nunes de Souza, MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde.

Cad. Saúde Pública. 2013, vol.29, n.12, pp. 2513-2522. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00174112>. Acessado em: 07/03/2014.

APÊNDICE

APÊNDICE A - ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO DADOS DA PESQUISA



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TÍTULO DA PESQUISA:

Formação do Enfermeiro na Prevenção da Violência contra a Pessoa Idosa na Estratégia Saúde da Família

Depoente nº: _____

Ano de Formação:

Tempo de atuação na ESF:

- 1 Em que sua formação contribuiu para você atuar na prevenção da violência contra a pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família?
- 2 Existem aspectos, na sua formação, que interferiram no processo da atuação na prevenção da violência contra o idoso? Se sim, comente.
- 3 Qual a sua formação na Estratégia Saúde da Família na prevenção da violência contra a pessoa idosa? (recebeu alguma capacitação). E quais práticas são desenvolvidas para a prevenção desse tipo de violência?
- 4 Diante das especificidades da atenção a saúde a Pessoa Idosa, relate sobre os aspectos que interferem para prestar assistência relacionados a violência contra a pessoa da Terceira Idade (todas as dificuldades encontradas, colocar críticas, sugestões e como poderia melhorar).

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

Depoente nº: _____

Pesquisador responsável: PROFA. DRA ELIANA CAMPÊLO LAGO

Pesquisadora Participante: ELAIANE DOS SANTOS SILVA

Este é um convite especial para você participar voluntariamente do estudo “FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA VIOLENCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA”. Por favor, leia com atenção as informações abaixo antes de dar seu consentimento para participar ou não do estudo.

JUSTIFICATIVA

A enfermagem atua na prevenção, percepção e tratamento da saúde do idoso, baseado em estudos científicos, com o aprimoramento sobre o conhecimento nessa área.

O fato que chamou atenção foi o nível da relação dos profissionais da saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) entre os idosos/seus cuidadores, os cuidados submetidos e a curiosidade, se há o procedimento e execução de maneira adequada do cuidado na prevenção da violência e dos maus tratos, a capacitação e formação desses profissionais, tendo em vista a decorrência desses fatores de modo subjetivo e denotativo.

Ao realizar trabalhos, ouvir relatos de outros profissionais e pesquisar sobre a temática, percebi que parte significativa do número de idosos com disfunções comportamentais, como por exemplo, dificuldade de se relacionar com outras pessoas, estavam relacionadas de alguma forma com algum tipo de violência intra ou extra familiar ou com a falta de cuidado por parte dos seus cuidadores.

A relevância desse estudo se dará por meio de produção de dados, com o uso de uma entrevista semi-estruturada (anexo) que será feita com os profissionais da saúde. Despertada a necessidade do trabalho para identificar a formação dos enfermeiros e desenvolver um plano de ações que possa favorecer a relação do profissional com a demanda, com vistas a melhorar as condições de vida do idoso.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Contextualizar o problema da violência na terceira idade no mundo, no Brasil e no Piauí; descrever a formação do enfermeiro na prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família pontuando os aspectos que interferem na formação do enfermeiro na prevenção da violência contra a pessoa idosa; analisar como a formação dos enfermeiros contribui para a prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família; e confeccionar uma cartilha educativa

abordando os primeiros sinais de violência contra idosos, a legislação e o que fazer diante da situação de violência.

PROCEDIMENTOS

A entrevista terá perguntas abertas e fechadas e levará em média 15 minutos para ser respondida e abordará questões sobre o cuidado na prevenção da violência contra o idoso, serão agendadas previamente e realizadas em uma sala reservada nas dependências do cenário de estudo, conforme disponibilidade dos participantes. Serão gravadas e transcritas na íntegra, preservando a fala dos participantes, para o estudo posterior e análise dos dados colhidos. O encerramento dar-se-á após a saturação dos depoimentos. As informações obtidas serão confidenciais e em qualquer momento que o profissional preferir não participar ou deixar de participar do estudo, tal atitude será compreendida pela pesquisadora.

BENEFÍCIOS

Os benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir através de programas educativos que beneficiem a melhoria da qualificação do serviço.

RISCOS

Os participantes do estudo correram riscos mínimos, como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou receio da crítica por parte dos pesquisadores. No entanto, para minimizar esses riscos, atentou-se para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações.

DESPESAS DO VOLUNTÁRIO

Todos os sujeitos participantes deste estudo estão isentos de qualquer custo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação nesse estudo é voluntária e você terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo ou constrangimento para você.

SIGILO

As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer informação divulgada em relatório ou publicação será feita de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Sua identificação será mantida sob segredo.

DÚVIDAS

Você pode fazer todas as perguntas que julgar necessário antes de concordar em participar do estudo.

COMITÊ DE ÉTICA

Fui informado (a) que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNINOVAFAPI e que no caso de qualquer problema ou reclamação em relação à conduta dos pesquisadores poderei procurar o referido comitê.

Diante do exposto, eu, _____

Abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa acima descrita. Declaro que fui informado sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa. Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém, além da pesquisadora, terá acesso aos nomes dos participantes da pesquisa. Entendo também, que tenho direito de receber informação adicional sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com a pesquisadora e/ou orientador da pesquisa. Fui informado, ainda, que a participação é voluntária e se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo a

qualquer momento, a pesquisadora compreenderá a opção. Declaro, não possuir nenhum grau de dependência com os pesquisadores envolvidos e, portanto não me sinto pressionado de nenhuma maneira a participar desta pesquisa, que compreendi tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento.

Teresina, _____ de _____ de 2014.

Participante
CPF:

Pesquisador(a) Responsável:
Dr^a. Eliana Campêlo Lago
CPF: 22902848315

Pesquisador Participante:
Elaiane dos Santos Silva
CPF:025.300.683-05

CONTATOS:

Pesquisadora Responsável: Dr^a. Eliana Campêlo Lago
Tel: (86) 9405-2535

Pesquisadora Participante: Elaiane dos Santos Silva
Rua Rodrigues Alves, 2265, Lourival Parente – Teresina (PI)
Tel: (86) 9980 1133

CEP UNINOVAFAPÍ
Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 Bairro Uruguai CEP: 64073-505
Teresina - Piauí Tel: (86) 2106-0700

APÊNDICE C - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO- PARTICIPANTE

30

APÊNDICE E - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-
PARTICIPANTE

**UNI
NOVAFAPI**

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa: FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA VIOLENCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co - responsabilidades como instituição co - participante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados dispondo de infra - estrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Autorizo os (as) pesquisadores (as) **Eliana Campêlo Lago** (Pesquisador Responsável) e da Pesquisadora Participante **Elaiane dos Santos Silva** realizarem a(s) etapa(s) de coleta de dados junto as Equipes da Estratégia de Saúde da Família, as atividades que serão realizadas nas dependências desta instituição utilizando-se da infra - estrutura desta Instituição.

Teresina, 23 de Julho de 2014.



MARCIO DE SOUZA SÁ
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TIMON-MA

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA VIOLENCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA

Pesquisador: ELIANA CAMPÊLO LAGO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37059014.0.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 879.609

Data da Relatoria: 16/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa que será realizada na ESF do Município de Timon do Maranhão. Os participantes do estudo serão os 56 enfermeiros que fazem parte das ESF na cidade de Timon-MA, que concordarem em participar do estudo serão informadas sobre o anonimato e sigilo e estes serão identificados como "depoente nº". Será solicitado que, após aceitação verbal, os mesmos assinem o termo de consentimento livre e esclarecido. Quanto ao critério de inclusão são profissionais que atuam em alguma equipe na Estratégia da Saúde da Família por, no mínimo, um ano e que não estejam de férias ou licença. Critério de exclusão é aqueles que não atuam na estratégia saúde da família e os que têm menos de um ano de atuação. Os dados serão coletados a partir da aplicação de uma entrevista semi- estruturada. A entrevista terá perguntas abertas e fechadas e levará em média 15 minutos para ser respondida e abordará questões sobre o cuidado na prevenção da violência contra o idoso, serão agendadas previamente e realizadas em uma sala reservada nas dependências do cenário de estudo, conforme disponibilidade dos participantes. Serão gravadas e transcritas na íntegra, preservando a fala dos participantes, para o estudo posterior e análise dos dados colhidos. A análise dos dados será realizada por meio do software de análise textual IRAMUTEQ.

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

UF: PI

Município: TERESINA

CEP: 64.073-505

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

Francisco Jereza Coelho Matos
Coordenador do
CEP UNINOVAFAPI

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 879.609

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever a formação do enfermeiro na prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família pontuando os aspectos que interferem na formação do enfermeiro na prevenção da violência contra a pessoa idosa.

Objetivo Secundário:

Contextualizar o problema da violência na terceira idade no mundo, no Brasil e no Maranhão; Analisar como a formação dos enfermeiros contribui para a prevenção da violência contra o idoso na Estratégia Saúde da Família; Confeccionar uma cartilha educativa abordando os primeiros sinais de violência contra idosos, a legislação e o que fazer diante da situação de violência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os participantes do estudo correrão riscos mínimos, como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações e/ou o receio da crítica por parte dos pesquisadores. No entanto, para minimizar estes riscos, atentar-se-á para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. As entrevistas serão realizadas com a presença do pesquisador. Ressalta-se, ainda, que as entrevistas serão previamente agendadas, respeitando a disponibilidade de tempo dos participantes e que o mesmo ficará à vontade para responder ou não os questionamentos e sua identificação não será revelada. O entrevistado poderá não se sentir à vontade para responder a alguma

pergunta, em caso de constrangimento e/ou desconforto, a entrevista será interrompida e reagendada em um novo momento em horário e local de preferência do entrevistado. Também, caso necessário, o entrevistado terá direito de desistir da divulgação de seus dados. Devido à longa duração do questionário o entrevistado poderá sentir cansaço ao responder ao mesmo. Para que isso seja evitado, o entrevistado terá um prazo suficiente para completar o questionário sem que ocorram interveniências deste tipo.

Benefícios:

Os benefícios, mesmo que não imediatos, poderão surgir através de programas educativos que beneficiem a melhoria da qualificação do serviço.

Francisca Tereza Coelho Matos
Coordenadora do
CEP-UNINOVAFPI

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

UF: PI

Município: TERESINA

CEP: 64.073-505

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 879.609

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo mostra-se relevante, pois destaca importante área no campo da saúde pública que merece especial atenção; visto que, com o envelhecimento da população, profissionais da saúde e serviços de saúde necessitam estar organizados e estruturados para atender este público.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente protocolo de pesquisa está estruturado com todos os documentos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluiu-se, após análise do presente protocolo de pesquisa, que o mesmo encontra-se elaborado conforme requer a Resolução CNS 466/2012, e está aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado considerou que o protocolo de pesquisa está aprovado porque encontra-se elaborado de acordo com as recomendações éticas constante na Resolução CNS 466/2012.

TERESINA, 20 de Novembro de 2014

Francisca Tereza Coelho Matos
Coordenadora do
CEP UNINOVAFAPÍ
Assinado por:
FRANCISCA TEREZA COELHO MATOS
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

UF: PI

Município: TERESINA

CEP: 64.073-505

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

ANEXO B - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.

Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de que o setor saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso;

Considerando a conclusão do processo de revisão e atualização do constante da Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999;

Considerando a publicação da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto; e

Considerando a pactuação da Política na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 5 de outubro de 2006 e a aprovação da proposta da Política, pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio do Memorando nº 500/SE/CNS/ 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cujas disposições constam do Anexo a esta Portaria e dela são parte integrante.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art.3º Fixar o prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, para que o Ministério da Saúde adote as providências necessárias à revisão das Portarias nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, e nº 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002, que criam os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, compatibilizando-as com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aprovada neste ato.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada a Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 237-E, de 13 de dezembro de 1999, página 20, seção 1.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

INTRODUÇÃO

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Esses preceitos constitucionais encontram-se reafirmados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996, que, por sua vez, regulamentam e definem estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do Sistema.

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, o princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde. Com o objetivo de reorganizar a prática assistencial é criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), tornando-se a estratégia setorial de reordenação do modelo de atenção à saúde, como eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde e estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância na saúde, na perspectiva da intersetorialidade (Brasil, 1994), denominando-se não mais programa e sim Estratégia Saúde da Família (ESF).

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que80 envelhece.

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002).

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito

há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, a participação da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Nacional de Saúde, no âmbito nacional, é de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade de questões apresentadas.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

1. FINALIDADE

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é 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. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

Considerando:

- a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;
- b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;
- c) o conhecimento atual da Ciência;
- d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;
- e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;
- f) o compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e
- g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

A necessidade de enfrentamento de desafios como:

- a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;
- b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental;
- c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e
- d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

2. JUSTIFICATIVA

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, contava com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002), em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa et al, 2003; Ramos, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003). A maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral (Lima-Costa et al., 2000). Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis (Lima-Costa et al., 2003).

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que esses indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo et al, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa, que hoje representa cerca de 9% da população, consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa et al, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.

Outro fato importante a ser considerado é que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002).

As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública - os idosos e as idosas com alto grau de dependência funcional -. É possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade (Lollar & Crews, 2002). Por isso mesmo, é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que se dispõe hoje.

2.1. O Grande Desafio: o Envelhecimento Populacional em Condição de Desigualdade Social e de Gênero

Envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (Carvalho & Garcia, 2003). No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003).

Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais de idade aumentou nove vezes (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004). Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo (Camarano et al, 1999). Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Cinquenta e cinco por cento da população idosa são formados por mulheres. A proporção do contingente feminino é tanto

mais expressiva quanto mais idoso for o segmento. Essa predominância feminina se dá em zonas urbanas. Nas rurais, predominam os homens, o que pode resultar em isolamento e abandono dessas pessoas (Camarano et al, 2004; Camarano et al, 1999; Saad, 1999).

Quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Cuidados institucionais não são prática generalizada nas sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar (Camarano & Pasinato, 2004). No entanto, os dados referentes à população idosa institucionalizada no Brasil são falhos. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório “V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil”. De acordo com o relatório, havia cerca de 19.000 idosos institucionalizados em todo o País, o que representa 0,14% do total de idosos brasileiros. É de se esperar que esse número seja bem maior levando-se em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e que grande parte funciona na clandestinidade.

A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento (Camarano et al, 2004).

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. (Lima-Costa & Veras, 2003).

Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo, de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptada à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

Cumprir notar que os idosos são potenciais consumidores de Serviços de Saúde e de Assistência. Esse grupo sabidamente apresenta uma grande carga de doenças crônicas e incapacitantes, quando comparado a outros grupos etários (Lima-Costa et al, 2003a; Lima-Costa et al, 2003b; Caldas, 2003). Disso resulta uma demanda crescente por serviços sociais e de saúde (Lima-Costa & Veras, 2003).

2.2. Contextualização: Responder às Demandas das Pessoas Idosas mais Frágeis dentre a População em Maior Risco de Vulnerabilidade

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional. Para Verbrugge & Jette (1994), a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la (Hébert, 2003). Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde - doenças, lesões, traumas etc - e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais. A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde (Hébert, 2003). No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade

funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador (Néri & Sommerhalder, 2002).

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). Mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis (Freedman, Martin e Schoeni, 2002). Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior risco para problemas de saúde e afins (Lollar & Crews, 2002). A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (Giacomin et al., 2004).

Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade entre idosos em cifras que variam de 2 a 45% dos idosos (Giacomin et al., 2005; Duarte, 2003; Lima-Costa, 2003; Rosa et al; 2003), dependendo da idade e do sexo.

Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência.

3 DIRETRIZES

Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas” (Plano de Madri, Artigo 6º).

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, analfabetos, os seqüelados de acidentes de trabalho, os amputados por arteriopatas, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais, e para eles também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

3.1. Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2002). Para tanto é importante entender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem perceber que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Envelhecimento bem sucedido pode ser entendido a partir de seus três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000). O Relatório Healthy People 2000 da OMS enfatiza em seus objetivos: aumentar os anos de vida saudável, reduzir disparidades na saúde entre diferentes grupos populacionais e assegurar o acesso a serviços preventivos de saúde. Além disso, é preciso incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal – cuidado consigo mesmo – ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e indivíduos devem se preparar para a velhice, esforçando-se para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida (OMS, 2002).

Com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde propõe “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a eles direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

Aproveitar todas as oportunidades para:

- a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;
- b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
- c) valorizar e respeitar a velhice;
- d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;
- e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;
- f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;
- g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;
- h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;
- i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;

- j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;
- k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;
- l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;
- m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;
- n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;
- o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;
- p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;
- q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;
- r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o auto-cuidado dos usuários do SUS;
- s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;
- t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e
- u) articular as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

3.2. Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa

A atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais - infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.

Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa.

Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.

Incorporação, na atenção especializada, de mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa: reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível. Contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no Sistema Único de Saúde.

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também faz parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o auto-cuidado. Grupos de auto-ajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância de todos os membros da equipe de saúde, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem, para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão e do comprometimento precoce da funcionalidade, dentre outros.

O modelo de atenção à saúde baseado na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção, em questões sociais, ficando muitas vezes restritas às complicações advindas de afecções crônicas. A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do idoso e de sua família. Pressupondo-se troca de informações e negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

Um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva. A partir da avaliação funcional coletiva determina-se a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município. Verifica-se como está distribuída a população adscrita à equipe do Saúde da Família, com base no inventário de risco funcional. Nos municípios que não dispõem da Estratégia Saúde da Família, as equipes das UBS poderão ser responsáveis por esse levantamento e acompanhamento. Assim, é possível conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a proporção daqueles com alta dependência funcional – acamados –, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) – como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão – e qual a proporção de idosos independentes.

Considera-se o idoso independente aquele que é capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária citadas acima. Esses idosos comporão a base da pirâmide.

Indivíduos idosos, mesmo sendo independentes, mas que apresentem alguma dificuldade nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva –, são considerados idosos com potencial para desenvolver fragilidade e por isso merecerão atenção específica pelos profissionais de saúde e devem ser acompanhados com maior frequência.

Considera-se idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que: vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica,

ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir a pessoa que cuida no ambiente familiar como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a reinserção da parcela idosa frágil na comunidade.

De acordo com a condição funcional da pessoa idosa serão estabelecidas ações de atenção primária, de prevenção – primária, secundária e terciária –, de reabilitação, para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional, e recuperação da saúde. Estarão incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis.

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.

Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

3.3. Estímulo às Ações Intersetoriais, visando à Integralidade da Atenção

A prática da intersetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

As ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais.

3.4. Provimento de Recursos Capazes de Assegurar Qualidade da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa. Os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Abaixo são apresentados os itens prioritários para a pactuação:

- a) provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar inclusive medicamentos;
- b) provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS;
- c) provimento de recursos para ações de qualificação e de capacitação de recursos humanos, e incremento da qualidade técnica dos profissionais de saúde do SUS na atenção à pessoa idosa;
- d) produção de material de divulgação e informativos sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, normas técnicas e operacionais, protocolos e manuais de atenção, para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- e) implementação de procedimento ambulatorial específico para a avaliação global do idoso; e
- f) determinação de critérios mínimos de estrutura, processo e resultados, com vistas a melhorar o atendimento à população idosa, aplicáveis às unidades de saúde do SUS, de modo que a adequação a esses critérios seja incentivada e mereça reconhecimento.

3.5. Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social

Deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências.

Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população.

3.6. Divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS

As medidas a serem adotadas buscarão:

- a) incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS;
- b) produzir material de divulgação, tais como cartazes, cartilhas, folhetos e vídeos;
- c) promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, respeitando as especificidades regionais e culturais do País e direcionadas aos trabalhadores, aos gestores, aos conselheiros de saúde, bem como aos docentes e discentes da área de saúde e à comunidade em geral;
- d) apoiar e fortalecer ações inovadoras de informação e divulgação sobre a atenção à saúde da pessoa idosa em diferentes linguagens culturais;
- e) identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa; e
- f) prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

3.7. Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisas.

3.8. Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas

Apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visando:

- a) fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- b) identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações;
- c) criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa realizadas no Brasil, interligando-o com outros bancos de abrangência internacional;
- d) identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento – Ministério da Ciência e Tecnologia, Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, terceiro setor e outros – para a pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa;
- e) apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre a saúde da pessoa idosa;
- f) priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS, visando o aprimoramento e a consolidação da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; e

g) implementar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população idosa brasileira.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

4.1. Gestor Federal

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) estabelecer diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa;
- d) manter articulação com os estados e municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;
- e) promover articulação intersetorial para a efetivação desta Política Nacional;
- f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
- g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e
- h) estimular pesquisas nas áreas de interesse do envelhecimento e da atenção à saúde da pessoa idosa, nos moldes do propósito e das diretrizes desta Política.

4.2. Gestor Estadual

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) Discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;
- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional;
- f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
- g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;
- h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu âmbito; e
- j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde.

4.3. Gestor Municipal:

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;

- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;
- f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;
- g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e
- h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde.

5. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

As diretrizes aqui definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos. Será buscada, igualmente, a participação de diferentes segmentos da sociedade, que estejam direta ou indiretamente relacionadas com a presente Política. No âmbito federal, o Ministério da Saúde articulará com os diversos setores do Poder Executivo em suas respectivas competências, de modo a alcançar os objetivos a seguir explicitados.

5.1. Educação

- a) inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias;
- b) adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta Política;
- c) incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que possam atuar de forma integrada com o SUS, mediante o estabelecimento de referência e contra-referência de ações e serviços para o atendimento integral dos indivíduos idosos e a capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando à qualificação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência à pessoa idosa; e
- d) discussão e readequação de currículos e programas de ensino nas instituições de ensino superior abertas para a terceira idade, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.2. Previdência Social

- a) realização de estudos e pesquisas de cunho epidemiológico junto aos segurados, relativos às doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária, sobretudo quanto aos seus impactos no indivíduo, na família, na sociedade, na previdência social e no setor saúde; e
- b) elaboração de programa de trabalho conjunto direcionado aos indivíduos idosos segurados, consoante às diretrizes fixadas nesta Política.

5.3. Sistema Único de Assistência Social:

- a) reconhecimento do risco social da pessoa idosa como fator determinante de sua condição de saúde;
- b) elaboração de inquérito populacional para levantamento e estratificação das condições de risco social da população idosa brasileira;
- c) elaboração de medidas, com o apontamento de soluções, para abordagem da população idosa sob risco social;
- d) criação de mecanismos de monitoramento de risco social individual, de fácil aplicabilidade e utilização por profissionais da atenção básica do SUS e do SUAS;
- e) difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades;

f) inclusão das diretrizes aqui estabelecidas em seus programas de educação continuada;

g) implantação de política de atenção integral aos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos;

h) promoção da formação de grupos sócio-educativos e de auto-ajuda entre os indivíduos idosos, principalmente para aqueles com doenças e agravos mais prevalentes nesta faixa etária;

i) implantação e implementação de Centros de Convivência e Centros-Dia, conforme previsto no Decreto nº 1948/96;

j) apoio à construção de Políticas Públicas de Assistência Social que considerem as pessoas, suas circunstâncias e o suporte social e que atuem como aliadas no processo de desenvolvimento humano e social, e não como tuteladora e assistencialista, tanto na proteção social básica, como na proteção social especial;

k) compromisso com a universalização do direito, inclusão social, equidade, descentralização e municipalização das ações, respeitando a dignidade do cidadão e sua autonomia, favorecendo o acesso à informação, aos benefícios e aos serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária; e

l) desenvolvimento de ações de enfrentamento à pobreza.

5.4. Trabalho e Emprego:

a) elaboração, implantação e implementação de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado;

b) implantação de ações para a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica das comunidades; e

c) levantamento dos indivíduos idosos já aposentados e que retornaram ao mercado de trabalho, identificando as condições em que atuam no mercado, de forma a coibir abusos e explorações.

5.5. Desenvolvimento Urbano:

a) implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade (Decreto Lei nº 5296/2004), de modo a auxiliar na manutenção e no apoio à independência funcional da pessoa idosa; e

b) promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos indivíduos idosos.

5.6. Transportes:

a) implantação de ações que permitam e/ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus. Em conformidade com a Lei da Acessibilidade, Decreto Lei nº 5296, de 2 de dezembro de 2004.

5.7. Justiça e Direitos Humanos:

a) promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei nº 8.842/94 e seu regulamento (Decreto nº 1.948/96), bem como a Lei nº 10.741/2003, que estabelece o Estatuto do Idoso. 5.8. Esporte e Lazer a) estabelecimento de parceria para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinados às pessoas idosas. 5.9. Ciência e Tecnologia: fomento à pesquisa na área do envelhecimento, da geriatria e da gerontologia, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e demais órgãos de incentivo à pesquisa, contemplando estudos e pesquisas que estejam, prioritariamente, alinhados com as diretrizes propostas nesta Política.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A operacionalização desta Política compreenderá a sistematização de processo contínuo de acompanhamento e avaliação, que permita verificar o alcance de seu propósito – e, conseqüentemente, o seu impacto sobre a saúde dos indivíduos idosos –, bem como proceder a eventuais adequações que se fizerem necessárias.

Esse processo exigirá a definição de critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, capazes de evidenciar, também, a repercussão das medidas levadas a efeito por outros setores, que resultaram da ação articulada preconizada nesta Política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo País em relação à atenção à saúde dos indivíduos idosos.

É importante considerar que o processo de acompanhamento e avaliação referido será apoiado, sobretudo para a aferição de resultados no âmbito interno do setor, pelas informações produzidas pelos diferentes planos, programas, projetos, ações e/ou atividades decorrentes desta Política Nacional.

Além da avaliação nos contextos anteriormente identificados, voltados principalmente para a verificação do impacto das medidas sobre a saúde dos indivíduos idosos, buscar-se-á investigar a repercussão desta Política na qualidade de vida deste segmento populacional.

Nesse particular, buscar-se-á igualmente conhecer em que medida a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem contribuído para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, na conformidade do Artigo 7º da Lei nº 8.080/90, entre os quais, destacam-se aqueles relativos à integralidade da atenção, à preservação da autonomia das pessoas e ao uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades (respectivamente incisos II, III e VII). Paralelamente, deverá ser observado, ainda, se:

a) o potencial dos serviços de saúde e as possibilidades de utilização pelo usuário estão sendo devidamente divulgados para a população de forma geral e, principalmente, à população idosa;

b) as ações, programas, projetos e atividades que operacionalizam esta Política estão sendo desenvolvidos de forma descentralizada, considerando a direção única em cada esfera de gestão; e

c) a participação dos indivíduos idosos nas diferentes instâncias do SUS está sendo incentivada e facilitada.

1. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELTRÃO K. I., CAMARANO A A, KANSO S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2004 (Texto para discussão, 1034). BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. –1. ed., 2ª reimpr. –Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, nº 237-E, pp. 20-24,, seção 1, 13 dez 1999.

BRASIL, 1994 . Política Nacional do Idoso BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. CALDAS C.P. Envelhecimento com dependência. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, Mai/Jun, 2003.

CAMARANO A A & PASINATO M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A A (org). Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?, Rio de Janeiro, IPEA, 2004

CAMARANO ET al, 1999 . Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A A (org). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros, Rio de Janeiro, IPEA, 1999 CAMARANO, A A (org). Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?, Rio de Janeiro, IPEA, 2004, 604p.

- CARVALHO J.A.M. & GARCIA R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, jun. 2003, vol.19, no.3, p.725-733. CIF, WHO, 2003. Towards a common language for functioning, disability and health. <http://www.who.int/classification/icf> Consultado em 24 de novembro de 2004 DATASUS (Departamento do Informática do SUS), 1997. Sistema de Informações sobre Mortalidade; 1994-96. CD-ROM, Brasília: Ministério da Saúde.
- DUARTE Y. A O, 2003. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: (Lebrão M. L. & DUARTE Y. A O - orgs.) SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial, Editora OPAS, Brasília – DF, p. 185-200.
- FIRMO J. O. A., BARRETO S. M., LIMA-COSTA., 2003. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cadernos de Saúde Pública*; v. 19, n. 3, p. 817-827, mai/jun.
- FREEDMAN V. A, MARTIN G. L., SCHOENI R. F. 2002, Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States – a systematic review. *JAMA*; 288: 3137-3146.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de Pesquisas, 2000. Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2000. Rio de Janeiro: IBGE.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de Pesquisas, 2002. Censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro: IBGE.
- GIACOMIN K. C. et al. 2004. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Área de concentração em Epidemiologia) – Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- GIACOMIN K. C., SARTINI C. M., MATOS S. G. 2005 , Modelo de atenção à saúde da pessoa idosa na rede SUS-BH. *Pensar BH / Política Social*, nº13, suplemento p. 3-9.
- GIACOMIN, K. C., UCHÔA, E., FIRMO, J. O. A. et al. 2005, Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad. Saúde Pública*, vol.21, no.1, p.80-91.
- HÉBERT R. La perte d'autonomie. *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, v. 3, p. 33-40, Jan/Fév., 2003.
- IEZZONI L. I., 2002. Using administrative data to study persons with disabilities. *The Milbank Quarterly*, 80 (2): 347 – 379.
- KALACHE A & KICKBUSCH I. 1997. Mechanisms of Ageing. In: *Epidemiology in Old Age*. EBRAHIM S. & KALACHE A (orgs.) Londres: BMJ Publishing Group.
- LIMA-COSTA M. F. F et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 745-757, Mai/Jun. 2003.
- LIMA-COSTA M. F. F. & VERAS R., 2003. Saúde Pública e Envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, Mai/Jun. 2003a.
- LIMA-COSTA M. F. F. 2004, A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE/FIOCRUZ/UFMG), 132p.
- LIMA-COSTA M. F. F. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 9, n.1, p. 23- 41, 2000.
- LOLLAR D.J. & CREWS J. E. 2003 Redefining the role of public health in disability. *Annu. Rev. Public Health*. 24:195–208.
- MS. Redes estaduais de atenção à saúde do idosos. Guia operacional e potarias relacionadas. Série A, Brasília, DF, 2002 (Normas e Manuais Técnicos)
- NAÇÕES UNIDAS. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Madrid, Espanha, 2002 (Resolución 57/167).

- NÉRI A. L.; SOMMERHALDER C. As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador. In: (Néri AL, Org.). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. São Paulo: Editora Alínea, 2002, Cap. 1, p. 9-63.
- PEOPLE HEALTHY. 2000. Disponível em www.health.gov/healthypeople RAMOS L. R., 2002. Epidemiologia do envelhecimento in: Tratado de Geriatria e Gerontologia, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Cap. 7, p. 72 - 78.
- ROSA T. E. C. et al., 2003. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública, 37(1): 40-48.
- ROWE JW, KAHN RL. Successful aging [comments]. Gerontologist 1997; 37:433-40.
- SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: CAMARANO, A A (org). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros, Rio de Janeiro, IPEA, 1999
- UCHÔA E.; FIRMO J. O. A. ; LIMA-COSTA M. F. F. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: M.C.S. Minayo e C.E.A. Coimbra Jr. (Org). Antropologia, Saúde e Envelhecimento, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, Cap. 1, p.25-50.
- VERBRUGGE L. M, JETTE A. M. The disablement process. Soc Sci Med. 1994; 38: 1-14.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Internacional classification of functioning disability and health (ICIDH-2) Geneva, 2001.
- WHO – Active ageing: a policy framework. WHO 7 NMH 7 NPH 7 02.8, 60p.
- WORLDBANK, 2005. Disability and the Fight Against Poverty. Development OUTREACH is a flagship magazine in the field of global knowledge for development SPECIAL REPORT - July 2005: <http://www1.worldbank.org/devoutreach/index.asp> Consultado em 10 de agosto de 2005.